

STUDI KASUS

Integrasi Kebijakan & Program HIV & AIDS
ke Dalam Sistem Kesehatan di Indonesia



Pusat Kebijakan & Manajemen Kesehatan
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada



STUDI KASUS

Integrasi Kebijakan & Program HIV & AIDS
ke Dalam Sistem Kesehatan di Indonesia

Studi Kasus Integrasi Kebijakan dan Program HIV dan AIDS ke dalam Sistem Kesehatan di Indonesia

Pengusun

Ita Perwira; Ignatius Praptoraharjo; Hersumpana; M. Suharni; Swasti Sempulur; Satiti Retno Pudjiati; Eviana Hapsari Dewi

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KTD)

Studi Kasus Integrasi Kebijakan dan Program HIV dan AIDS ke dalam Sistem Kesehatan di Indonesia/Ita Perwira; Ignatius Praptoraharjo; Hersumpana; M. Suharni; Swasti Sempulur; Satiti Retno Pudjiati; Eviana Hapsari Dewi

Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (PKMK FK UGM)

xi+xi halaman/xi x xi cm

Cetakan pertama, September 2016

ISBN: 978-602-73880-6-2

1. Studi Kasus 2. HIV dan AIDS 3. Integrasi 4. Indonesia

I. Studi Kasus Integrasi Kebijakan dan Program HIV dan AIDS ke dalam Sistem Kesehatan di Indonesia

Laporan ini disusun melalui kerjasama antara Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) dan PKMK FK UGM. Tulisan yang diungkapkan dalam laporan ini tidak mencerminkan pandangan Pemerintah Australia, maupun Pemerintah Indonesia.

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

Sitasi yang disarankan:

PKMK FK UGM. 2016. Studi Kasus Integrasi Kebijakan dan Program HIV dan AIDS ke dalam Sistem Kesehatan di Indonesia. Yogyakarta: PKMK FK UGM

Copyright ©2016

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

STUDI KASUS

Integrasi Kebijakan & Program HIV & AIDS
ke Dalam Sistem Kesehatan di Indonesia



Pusat Kebijakan & Manajemen Kesehatan
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada



Daftar Isi — iv

Daftar Tabel — vi

Daftar Isi

I. Pendahuluan — 1

- A. Situasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia dan Permasalahannya — 1
- B. Pertanyaan Penelitian — 5
- C. Tujuan Penelitian — 6
- D. Kerangka Konseptual — 6

II. Metodologi - 11

- A. Desain Penelitian — 11
- B. Lokasi dan Waktu — 14
- C. Instrumen dan Metode Pengumpulan Data — 14
- D. Informan — 14
- E. Manajemen dan Analisa Data — 15
- F. Keterbatasan Penelitian — 20
- G. Struktur penulisan laporan — 21

III. Studi Kasus - 23

1. Studi Kasus: Program Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS) pada Wanita Pekerja Seks — 24

- A. Gambaran Program — 24
- B. Analisis Kontekstual — 27
- C. Analisis Pemangku Kepentingan — 30
- D. Deskripsi Pelaksanaan Fungsi Sistem Kesehatan — 35
- E. Tingkat Integrasi Program PMTS pada WPS ke dalam Sistem Kesehatan — 52
- F. Faktor-faktor yang Memengaruhi Integrasi Program PMTS-WPS ke dalam Sistem Kesehatan — 54
- G. Efektifitas Program PMTS — 55
- H. Hubungan Tingkat Integrasi dengan Kinerja Program PMTS-WPS — 58

2. Studi Kasus: Program Layanan Alat Suntik Steril — 60

- A. Gambaran Implementasi Layanan Alat Suntik Steril (LASS) — 60
- B. Analisis Kontekstual — 61
- C. Analisis Pemangku kepentingan — 67
- D. Deskripsi Fungsi Sistem Kesehatan dalam Program LASS — 70
- E. Tingkat Integrasi Program LASS ke dalam Sistem Kesehatan — 82
- F. Faktor-faktor yang Memengaruhi Integrasi Program LASS ke dalam Sistem Kesehatan — 82
- G. Efektifitas Program LASS — 82
- H. Hubungan Integrasi dengan Efektifitas — 87

Daftar Gambar — vii

Daftar Akronim &
Singkatan — viii

Ringkasan Eksekutif — x

3. Studi Kasus: Program Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL) — 90

- A. Gambaran Program LSL — **90**
- B. Analisis Kontekstual — **92**
- C. Analisis Pemangku kepentingan — **96**
- D. Deskripsi Fungsi Sistem Kesehatan dan Program LSL — **100**
- E. Tingkat Integrasi Program PMTS LSL ke dalam Sistem Kesehatan — **113**
- F. Faktor-faktor yang Memengaruhi Integrasi terhadap Efektivitas Program — **115**
- F. Efektivitas Program LSL — **116**
- G. Hubungan Tingkat Integrasi dengan Kinerja Program LSL — **119**

4. Studi Kasus: Layanan Link To Care dan Tes HIV — 121

- A. Gambaran Layanan Link To Care dan Tes HIV — **121**
- B. Deskripsi Fungsi Sistem Kesehatan dalam Layanan Tes HIV dan *Link to Care* HIV — **123**
- C. Tingkat Integrasi Layanan Link to Care dan tes HIV ke dalam Sistem Kesehatan — **139**
- D. Faktor-faktor yang Memengaruhi Integrasi — **144**
- E. Efektivitas Layanan *Link To Care* HIV — **149**
- F. Hubungan Antara Integrasi Tes HIV ke dalam Pelayanan Puskesmas/Rumah Sakit Dengan Efektivitas Program Link To Care HIV — **151**

5. Studi Kasus: Program Anti Retroviral Treatment (ART) — 156

- A. Deskripsi intervensi program ART — **156**
- B. Analisis kontekstual — **158**
- C. Analisis pemangku kepentingan — **162**
- D. Deskripsi Fungsi Sistem Kesehatan dalam Layanan ARV — **168**
- E. Tingkat Integrasi Layanan ARV ke dalam Sistem Kesehatan — **180**
- F. Faktor-faktor yang Memengaruhi Integrasi — **181**
- G. Efektivitas Program — **182**
- H. Hubungan antara Tingkat Integrasi dengan Kinerja Program ART — **185**

IV. Pembahasan - 189

- A. Integrasi Penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam Sistem Kesehatan — **189**
- B. Pengaruh Integrasi terhadap Efektivitas Program — **197**

V. Kesimpulan - 213

- A. Tingkat Integrasi — **213**
- B. Integrasi dan Efektivitas Program — **215**

V. Rekomendasi - 219

- A. Fungsi kebijakan dan regulasi — **219**
- B. Fungsi pembiayaan — **220**
- C. Fungsi Pengelolaan Informasi Strategis — **220**
- D. Fungsi Penyediaan Farmasi dan Alat Kesehatan — **221**
- E. Fungsi Pengelolaan SDM — **221**
- F. Fungsi Penyediaan Layanan — **221**
- G. Fungsi Penggerakan Partisipasi Masyarakat — **222**

Daftar Tabel

13

Tabel 1. Universitas, lokasi dan pilihan studi kasus

23

Tabel 2. Daftar studi kasus, universitas peneliti dan wilayah penelitian

24

Tabel 3. Tujuan & Komponen Program PMTS

38

Tabel 4. Sumber Pembiayaan untuk Pembangunan Kesehatan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Medan, Kupang dan Merauke

41

Tabel 5. Perbandingan Anggaran untuk Kegiatan Promotif/Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif di Kota Kupang

42

Tabel 6. Jumlah Peserta JKN dan Jamkesda di Merauke dan Kupang (2014)

44

Tabel 7. Komposisi dan Jumlah Tenaga Kesehatan yang Terlibat dalam Program HIV dan AIDS di Kota Medan

53

Tabel 8. Penilaian Tingkat Integrasi Program PMTS WPS ke Dalam Sistem Kesehatan

56

Tabel 9. Data Cakupan Program pada WPS berdasarkan STBP

57

Tabel 10. Data Cakupan Program pada WPS berdasarkan Data Program

64

Tabel 11. Sumber Pendanaan Untuk Program Penanggulangan AIDS di DKI Jakarta Tahun 2012

77

Tabel 12. Jenis Pelatihan yang diikuti oleh LSM

83

Tabel 13. Penilaian Tingkat Integrasi

85

Tabel 14. Sebaran Populasi Penasun di DKI Jakarta Tahun 2012

86

Tabel 15. Target Pencapaian Intervensi Program LASS

87

Tabel 16. Cakupan Program LASS Tahun 2014

102

Tabel 17. Anggaran penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Surabaya tahun 2014 dan 2015

103

Tabel 18. Anggaran Upaya Penanggulangan HIV di Kota Denpasar

104

Tabel 19. Proporsi Anggaran Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS untuk Kegiatan Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif di Kota Surabaya tahun 2015

113

Tabel 20. Tingkat integrasi per dimensi dan per sub-sistem program LSL di Surabaya dan Denpasar

117

Tabel 21. Cakupan Program LSL di Kota Denpasar 2014

118

Tabel 22. Cakupan dan perubahan perilaku LSL di Kota Surabaya berdasarkan IBBS 2007 dan 2011

145

Tabel 23. Penilaian Tingkat Integrasi Sub-Sistem Kesehatan

160

Tabel 24. Gambaran Pendapatan Asli Daerah (PAD) Provinsi DKI Jakarta Tahun 2008-2015

166

Tabel 25. Gambaran Kekuasaan pada Rumah Sakit di Berbagai Tingkatan

171

Tabel 26. Estimasi Kebutuhan Dana untuk Penanggulangan HIV dan AIDS (dalam Milyar)

177

Tabel 27. Jumlah Layanan ARV di Fasyankes Daerah

180

Tabel 28. Tingkat Integrasi pada Sub-sistem Fungsi Kesehatan dan Dimensinya 208

190

Tabel 29. Tingkat Integrasi Penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam Sistem Kesehatan berdasarkan jenis intervensi spesifik (PMTS WPS, PMTS LSL, LASS, KTS dan ART)

Daftar Gambar

193

Tabel 30. Dana penanggulangan HIV dan AIDS di Kota/Kabupaten Terpilih

198

Tabel 31. Cakupan Intervensi dan Tingkat Integrasi

203

Tabel 32. SDM Dalam Penanggulangan HIV dan AIDS

2

Gambar 1. Prevalensi HIV menurut kelompok populasi kunci

7

Gambar 2. Bagan kerangka konseptual integrasi

12

Gambar 3. Tahapan penelitian studi kasus

16

Gambar 4. Bagan tahapan pengolahan data primer menggunakan metode *framework approach*

19

Gambar 5. Analisis faktor-faktor yang memengaruhi hubungan antara integrasi dan efektifitas

31

Gambar 6. Posisi Pemangku Kepentingan berdasarkan Kepentingan dan Kekuasaannya

66

Gambar 7. Posisi Pemangku Kepentingan Berdasarkan Kepentingan dan Kekuasaannya

94

Gambar 8. Anggaran SKPD untuk penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Surabaya Tahun 2014 -2015

97

Gambar 9. Posisi Pemangku Kepentingan Program LSL berdasarkan Kepentingan dan Kekuasaannya

152

Gambar 10. Jumlah Pasien Yang Mengikuti Test HIV

153

Gambar 11. Jumlah ODHA yang Mengikuti Tes dan Perawatan HIV

157

Gambar 12. Alur perawatan ARV dan tempat layanannya

158

Gambar 13. Pengadaan ARV di Indonesia

163

Gambar 14. Kuadran Tingkat Kepentingan dan Kekuasaan Para Pemangku Kepentingan

184

Gambar 15. Cascade Program ART DKI Jakarta dan Sulawesi Selatan

192

Gambar 16. Analisis Pemangku Kepentingan dalam Pencegahan dan Perawatan HIV

196

Gambar 17. Struktur organisasi penanggulangan HIV dan AIDS dan Tingkat Integrasinya

201

Gambar 18. Kebutuhan, ketersediaan dan sumber pendanaan program HIV dan AIDS 2015-2019

Daftar Akronim & Singkatan

ADB	<i>Asian Development Bank</i>	Fasyankes	Fasilitas dan Layanan Kesehatan
ADD	Alokasi Dana Desa	FHI	<i>Family Health International</i>
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>	FK	Fakultas Kedokteran
AIPH	<i>The Australia–Indonesia Partnership for HIV</i>	FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
APBN/D	Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional/Daerah	GF	<i>Global Fund</i>
ART	<i>Antiretroviral Treatment</i>	GF-ATM	<i>Global Fund AIDS, TB dan Malaria</i>
ARV	<i>Antiretroviral</i>	GWL-INA	Jaringan Gaya Warna Lentera - Indonesia
AS	Amerika Serikat	HAART	<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i>
ASA	Aksi Stop AIDS	HAM	Hak Asasi Manusia
Bappeda	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah	HAPP	<i>HIV/AIDS Prevention Program</i>
Bappenas	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional	HCPI	<i>The HIV Cooperation Program for Indonesia</i>
BKKBN	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional	HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
BLUD	Badan Layanan Umum Daerah	HPTN	<i>HIV Prevention Trial Network</i>
BNN	Badan Narkotika Nasional	HR	<i>Harm Reduction</i>
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan	ICA	<i>Investment Case Analysis</i>
BP2KB	Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana	IDF	<i>Institutional Development Framework</i>
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial	IHPCP	<i>Indonesia HIV/AIDS Prevention and Care Project</i>
BPS	Badan Pusat Statistik	IMS	Infeksi Menular Seksual
CATS	<i>Community Access to Treatment Services Study</i>	IO	Infeksi Oportunistik
CCM	<i>Country Coordinating Mechanism</i>	IPF	<i>Indonesian Partnership Fund</i>
CFR	<i>Case Fatality Rate</i>	IU	<i>Implementing Unit</i>
CSR	<i>Corporate Social Responsibility</i>	JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
Depkes	Departemen Kesehatan (sekarang menjadi Kementerian Kesehatan)	K3	Keselamatan dan Keamanan Kerja
DFAT	<i>Department of Foreign Affairs and Trade, Government of Australia</i>	KDS	Kelompok Dukungan Sebaya
DfID	<i>The Department for International Development</i>	Kemenkes	Kementerian Kesehatan
Dinkes	Dinas Kesehatan	Kepmenkes	Keputusan Menteri Kesehatan
Dinsos	Dinas Sosial	Kepres	Keputusan Presiden
DKAI	Dana Kemitraan AIDS Indonesia	KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
DKI	Daerah Khusus Ibukota	KIE	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
		KPA (N/P/D)	Komisi Penanggulangan AIDS (Nasional/Provinsi/Daerah)
		KPP	Komunikasi Perubahan Perilaku
		KPS	Kartu Papua Sehat
		KTIP	Konseling dan Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan

KTP	Kartu Tanda Penduduk	Penasun	Pengguna Napza Suntik	SOP	<i>Standard of Procedures</i>
KTS	Konseling Tes Sukarela	PEPFAR	<i>President's Emergency Plan for AIDS Relief</i>	SPM	Standar Pelayanan Minimum
LAJSS	Layanan Jarum dan Alat Suntik Steril	Perda	Peraturan Daerah	SR	<i>Sub Recipient</i>
Lapas	Lembaga Pemasyarakatan	Permendagri	Peraturan Menteri Dalam Negeri	SRAN	Strategi dan Rencana Aksi Nasional
LASS	Layanan Alat Suntik Steril	Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan	SRAN/D	Strategi dan Rencana Aksi Nasional/Daerah
LBH	Lembaga Bantuan Hukum	Permenkokesra	Peraturan Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat	SSP	Survei Surveilans Perilaku
LBT	Lelaki Berisiko Tinggi	Perpres	Peaturan Presiden	SSR	<i>Sub Sub-Recipient</i>
LKB	Layanan Komprehensif dan Berkelanjutan	Perwakos	Persatuan Waria Kota Surabaya	STBP	Surveilans Terpadu Biologi dan Perilaku
LSL	Lelaki berhubungan seks dengan lelaki	PKBI	Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia	STBP	Survey Terpadu Biologis dan Perilaku
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat	PKNI	Persaudaraan Korban Napza Indonesia	Stranas	Strategi nasional
MDGs	<i>Millenium Development Goals</i>	PKR	Pusat Kesehatan Reproduksi	SUFA	<i>Strategic Use of ARV</i>
Mendagri	Menteri Dalam Negeri	PMTS	Pencegahan Melalui Transmisi Seksual	SUM	<i>Scaling Up For Most-At-Risk Populations</i>
MK	Manajer Kasus	PNS	Pegawai Negeri Sipil	TB	Tuberkulosis
MMDP	Majelis Masyarakat Desa Pakaraman	PP	Peraturan Pemerintah	TNI	Tentara Nasional Indonesia
Monev	Monitoring dan Evaluasi	PPIA	Pencegahan Penularan Ibu dan Anak	UGM	Universitas Gadjah Mada
MoU	<i>Memorandum of Understanding</i>	PPK	Pusat Penelitian Kependudukan	UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
MPI	Mitra Pembangunan Internasional	PR	<i>Principal Recipient</i>	UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat
Musrenbang	Musyawarah Perencanaan Pembangunan	PSK	Pekerja Seks Komersial	UKP	Upaya Kesehatan Perorangan
NAPZA	Narkoba, Psikotropika dan Zat Aditif lainnya	PTRM	Program Terapi Rumatan Metadon	UN	<i>United Nations</i>
NASA	<i>National AIDS Spending Assessment</i>	Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat	UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
NGO	<i>Non-Government Organization</i>	Renja	Rencana Kerja	UNGASS	<i>United Nations General Assembly Special Session</i>
NU	Nadhatul Ulama	RI	Republik Indonesia	UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
OAT	Obat Anti Tuberkulosis	RPJMD	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah	UPT	Unit Pelaksana Teknis
OBM	Organisasi Berbasis Masyarakat	RS	Rumah Sakit	US	<i>United States</i>
OCAT	<i>Organizational Capacity Assessment Tool</i>	RSCM	Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo	USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
ODHA	Orang dengan HIV dan AIDS	RSU	Rumah Sakit Umum	UU	Undang-Undang
OMS	Organisasi Masyarakat Sipil	RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah	WHO	<i>World Health Organization</i>
OPSI	Organisasi Perubahan Sosial Indonesia	RUK	Rencana Usulan Kegiatan	WPSL	Wanita Pekerja Seks Langsung
Otsus	Otonomi Khusus	Rutan	Rumah Tahanan	WPSTL	Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung
P2	Pengendalian Penyakit	Satpol PP	Satuan Polisi Pamong Praja	YMM	Yayasan Mitra Masyarakat
PBB	Perserikatan Bangsa-Bangsa	SDM	Sumber Daya Manusia		
PBR	erawatan Berbasis Rumah	SIHA	Sistem Informasi HIV dan AIDS		
PDP	Perawatan, Dukungan dan Pengobatan	SK	Surat Keputusan		
PELITA	Pembangunan Lima Tahun	SKN	Sistem Kesehatan Nasional		
		SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah		

Ringkasan Eksekutif

Tujuan integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan untuk memperkuat efektivitas, efisiensi dan keadilan penanggulangan HIV dan AIDS beserta sistem kesehatannya. Penelitian-penelitian tentang integrasi sebelumnya lebih banyak melihat program penanggulangan HIV dan AIDS secara keseluruhan. Jika dicermati lebih lanjut setiap intervensi dalam program penanggulangan HIV dan AIDS memiliki karakteristik dan problematika yang berbeda. Hal ini tentunya berpengaruh terhadap tingkat integrasinya ke dalam sistem kesehatan. Kajian kasus integrasi intervensi spesifik dalam penanggulangan HIV dan AIDS yang disajikan dalam buku ini merupakan kajian pelaksanaan intervensi-intervensi yang mencakup pencegahan HIV melalui transmisi seksual (PMTS) bagi wanita pekerja seks (WPS), lelaki yang berhubungan dengan lelaki (LSL), pengurangan dampak buruk napza suntik yang secara spesifik melihat layanan alat suntik steril (LASS), keterkaitan antara tes HIV baik secara sukarela (KTS) maupun inisiatif dari penyedia layanan (KTIP) dengan perawatan HIV (KTS & *link to care*) dan pengobatan ARV yang dilaksanakan di tingkat kabupaten/kota. Tujuan dari kajian kasus ini untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi tingkat integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan serta untuk mengeksplorasi mekanisme kontribusi tingkat integrasi tersebut terhadap efektivitas penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat kabupaten.

Kajian kasus ini mengadaptasi konsep integrasi yang dikembangkan oleh Atun et al., (2010a) dan Coker et al., (2010) untuk mengukur tingkat integrasi intervensi spesifik program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan dan mekanisme kontribusi tingkat integrasi terhadap efektivitas. Kerangka tersebut secara sederhana akan memandu dalam pengumpulan data yang difokuskan pada upaya untuk menjawab tiga pertanyaan dasar tentang integrasi yaitu: 1) 'apa yang diintegrasikan?' (mencakup analisis tentang fungsi sistem kesehatan di mana integrasi diharapkan terjadi – peraturan, pembiayaan, sumber daya, logistik, informasi strategis dan partisipasi masyarakat); 2) 'bagaimana integrasi dilakukan?' (mengkaji interaksi antar pemangku kepentingan dalam sistem kesehatan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang memperlihatkan sejauh mana integrasi tersebut dijalankan; 3) 'apa yang dihasilkan dari

integrasi?’ untuk melihat dampak dari integrasi dan mekanismenya, di mana dengan adanya integrasi memungkinkan intervensi yang dilakukan memberikan dampak pada kinerja/hasil kesehatan.

Ada delapan kota yang terpilih menjadi lokasi kajian kasus ini. Tiga kota menelaah tentang intervensi PMTS pada WPS (Medan, Kupang, dan Merauke), Denpasar dan Surabaya difokuskan pada intervensi PMTS pada LSL. Sementara LASS dan *link to care* dilakukan hanya di satu kota yaitu DKI Jakarta dan Manokwari. Penelitian ini merupakan penelitian multi-center yang melibatkan sembilan universitas di berbagai daerah di Indonesia dan PKMK FK UGM berperan sebagai koordinator dalam pelaksanaan penelitian. Penelitian di masing-masing kota dilakukan oleh Universitas Sumatera Utara untuk Kota Medan, Universitas Cendrawasih untuk Kabupaten Merauke, Universitas Nusa Cendana untuk Kota Kupang, Universitas Airlangga untuk Kota Surabaya, Universitas Udayana untuk Kota Denpasar, Universitas Atmajaya dan UPT HIV RSCM – UI untuk Provinsi DKI Jakarta. Universitas Hasanuddin untuk Makassar dan Universitas Papua untuk Manokwari. Penulisan hasil penelitian dilakukan dalam dua tingkat, yaitu laporan pada tingkat universitas yang merupakan hasil penelitian yang dilakukan pada masing-masing kota berdasarkan intervensi spesifik yang telah dipilih, dan yang kedua adalah laporan gabungan yang merupakan sintesis hasil penelitian yang dilakukan delapan kota tersebut.

Temuan Pokok

Dengan memberikan fokus pada tiga intervensi pencegahan (PMTS-WPS, PMTS-LSL dan LASS) serta dua intervensi perawatan dan pengobatan HIV (*link to care* dan ART), kajian kasus yang disajikan dalam buku ini bertujuan untuk menggali secara analitis pengaruh tingkat integrasi antara upaya penanggulangan HIV dan AIDS dan sistem kesehatan terhadap efektivitas program. Selain itu, bertujuan pula untuk mengidentifikasi mekanisme di mana integrasi berkontribusi pada efektivitas program. Dari hasil kajian kasus ini setidaknya ada dua hal yang diharapkan, yaitu 1) menyediakan bukti tentang manfaat potensial integrasi kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS ke

dalam sistem kesehatan, baik untuk efektivitas dan jaminan keberlanjutan program di masa depan di tingkat daerah maupun nasional; maupun 2) untuk memperkuat sistem kesehatan yang berlaku. .

Secara umum kelima kajian status tersebut telah menunjukkan bahwa integrasi kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS belum sepenuhnya terwujud dalam fungsi-fungsi utama sistem kesehatan. Dinamika faktor eksternal yang tampak dalam interaksi antar aktor dalam penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat nasional maupun daerah yang kurang mendukung integrasi, yakni komitmen politik yang berubah-ubah, hukum dan regulasi yang seringkali berbenturan dengan kepentingan penanggulangan HIV dan AIDS serta karakteristik dari permasalahan HIV dan AIDS sendiri yang multi sektoral. Konsep integrasi yang sudah dicita-citakan dalam berbagai dokumen penanggulangan HIV dan AIDS selama ini ternyata masih bersifat normatif dan jauh dari implementasinya karena adanya faktor-faktor eksternal tersebut. Pelaksanaan fungsi-fungsi program penanggulangan HIV dan AIDS yang sangat dipengaruhi oleh faktor eksternal tersebut belum mampu mencerminkan substansi dan semangat integrasi. Dengan demikian, efektivitas program yang tampak dalam cakupan intervensi spesifik menjadi bervariasi, baik pada jenis intervensinya maupun lokasi di mana intervensi tersebut dilaksanakan.

xi

Apa yang diintegrasikan dan seberapa jauh tingkat integrasinya?

Kecenderungan tingkat integrasi yang ditunjukkan oleh kelima kasus intervensi tersebut, menunjukkan bahwa intervensi-intervensi pencegahan dan perawatan HIV belum sepenuhnya terintegrasi ke dalam sistem kesehatan. Artinya bahwa berbagai fungsi-fungsi pokok intervensi spesifik tersebut belum menjadi bagian pelaksanaan fungsi sistem kesehatan di daerah berdasarkan 17 dimensi integrasi dari ketujuh fungsi sistem kesehatan yang mencakup fungsi manajemen dan regulasi, pembiayaan, pengaturan sumber daya manusia, penyediaan obat dan alat kesehatan, pengelolaan

informasi strategis, penyediaan layanan dan pengelolaan partisipasi masyarakat. Pada intervensi pencegahan, dari 17 dimensi ternyata hanya dua dimensi yang menunjukkan tingkat integrasinya lebih tinggi, yaitu dimensi regulasi dan dimensi penyediaan layanan. Tingkat integrasi yang seperti ini konsisten dengan kecenderungan bahwa respons penanggulangan HIV dan AIDS cenderung bersifat normatif melalui respons kelembagaan dan produksi kebijakan dari pada respons yang bersifat implementatif. Sementara itu pada program perawatan dan pengobatan ARV, integrasi yang lebih tinggi tampak pada penyediaan pelayanan karena pada dasarnya berbagai program penanggulangan HIV dan AIDS saat ini bertumpu pada fasilitas layanan kesehatan primer yaitu puskesmas. Integrasi tidak terjadi baik pada program pencegahan maupun perawatan dan pengobatan ARV pada fungsi-fungsi pembiayaan, penyediaan obat dan alat kesehatan, pengelolaan sumber daya manusia, informasi strategis dan partisipasi masyarakat.

Bagaimana integrasi dilakukan?

Berbagai faktor yang bisa diidentifikasi dari kajian kasus intervensi spesifik di atas, yang mungkin bisa memengaruhi tingkat integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan antara lain:

- a. Interaksi antar aktor pada tingkat nasional maupun antar aktor nasional dan daerah saat ini menunjukkan kepentingan pragmatis yang cukup dominan di mana sebagian besar masih menghendaki penanggulangan HIV dan AIDS berjalan paralel karena menguntungkan baik bagi aktor daerah maupun nasional.
- b. Cita-cita bahwa integrasi akan membawa upaya penanggulangan HIV dan AIDS lebih terdesentralisasi tidak bisa didukung oleh kajian-kajian kasus dalam penelitian ini. Skema pembiayaan hibah dan APBN pada dasarnya bisa dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk penguatan sistem kesehatan jika ada kemauan politik baik dari donor maupun pemerintah pusat. Pada sisi aktor daerah, adanya

pendanaan dari pusat tidak ditangkap sebagai peluang untuk memperkuat respons daerah terhadap penanggulangan HIV dan AIDS, tetapi lebih dianggap sebagai peluang untuk mengalokasi pendanaan daerah untuk masalah kesehatan prioritas yang lain.

- c. Gambaran tentang intervensi pencegahan dan perawatan HIV menunjukkan bahwa pada tingkatan normatif, kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di daerah sudah menjadi bagian dari sistem regulasi yang umum ditempuh daerah untuk mengembangkan program pembangunannya. Sayangnya, regulasi-regulasi tersebut tidak mampu tercermin dalam pelaksanaan program karena daerah sudah memiliki penugasan berdasarkan perencanaan dan sumber daya dari pusat. Tidak sambungnya antara perencanaan pusat dan regulasi di tingkat daerah berimplikasi pada sulitnya mendorong upaya untuk mengatur pendanaan, administrasi, pengorganisasian dan skenario programatik yang dirancang untuk menciptakan konektivitas, keselarasan, dan kolaborasi di tingkat *frontline*.
- d. Upaya pencegahan sebagai respons multi sektoral tidak bisa dikendalikan dengan hanya mengandalkan sektor kesehatan semata. Hal ini menjadi hambatan untuk mengintegrasikannya ke dalam sistem kesehatan. Sebaliknya integrasi bisa lebih mudah dilakukan pada upaya perawatan HIV karena intervensi ini berada dalam kendali medis pada satu sisi dan pada sisi yang lain keterlibatan pasien terhadap proses perawatan ini cenderung lebih besar karena secara langsung bisa dilihat dampak ketidakpatuhannya terhadap kendali medik tersebut.
- e. Desentralisasi dalam penanggulangan HIV dan AIDS pada dasarnya bisa berjalan dengan baik selain tergantung dari kapasitas teknis, juga dari kapasitas administratif dari daerah. Kapasitas administratif yang dimaksud berupa kapasitas untuk merencanakan program dan mobilisasi sumber daya. Dari hasil kajian kasus di atas menunjukkan bahwa intervensi pencegahan dan perawatan HIV merupakan kebijakan vertikal di mana kewenangan administratif dan teknis ada di tingkat pusat dengan mengembangkan

sebuah struktur terpisah dari pelayanan kesehatan. Struktur ini terdiri dari OMS/OBK yang bertanggungjawab langsung kepada pusat.

Apa hasil dari integrasi?

Intervensi PMTS pada WPS dan LSL serta LASS yang dianalisis dalam kajian status ini menunjukkan bahwa cakupan intervensi yang ditargetkan secara nasional belum bisa dicapai oleh ketiga jenis intervensi tersebut. Dilihat dari tingkat integrasinya, ketiga intervensi tersebut tidak terintegrasi dengan pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan yang berlaku di tingkat daerah. Meski tidak mencapai target yang ditentukan secara nasional, intervensi KTS/*link to care* dan ART menunjukkan cakupan yang lebih tinggi dibandingkan dengan intervensi pencegahan. Demikian pula dari tingkat integrasinya, dua intervensi dalam perawatan HIV tersebut memiliki tingkat integrasi sebagian dengan pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan di tingkat daerah.

Bagaimana integrasi bisa memengaruhi efektivitas?

Secara umum, analisis tentang hubungan tingkat integrasi dengan efektivitas kelima jenis intervensi tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan fungsi-fungsi program penanggulangan HIV dan AIDS masih belum konsisten dengan berbagai asumsi dan kondisi yang diharapkan dalam upaya melakukan integrasi. Pelaksanaan fungsi program yang terfragmentasi dari fungsi-fungsi sistem kesehatan yang berlaku di daerah ini menjadikan intervensi tidak mampu mencapai target intervensi yang telah ditetapkan. Gambaran pelaksanaan fungsi-fungsi program penanggulangan HIV dan AIDS yang menjadi mekanisme integrasi berkontribusi terhadap efektivitas intervensi, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Ketersediaan data program dan data stratejik penanggulangan HIV dan AIDS yang hanya terdapat di tingkat nasional,

menunjukkan adanya dominasi pusat atas daerah terkait kepemilikan data. Kepemilikan data ini sebenarnya juga bersifat parsial karena masing-masing pengelola program dalam penanggulangan HIV dan AIDS mengembangkan sistem pengumpulan dan pemanfaatan data sesuai dengan kepentingannya masing-masing. Adanya sistem informasi strategis yang paralel ini telah menyebabkan perencanaan, monitoring dan evaluasi program menjadi terfragmentasi baik dari segi laporan, SDM, pembiayaan, maupun sediaan farmasi dan alat kesehatan di tingkat daerah.

- b. Model perencanaan penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat nasional menjadi tidak bisa digunakan sebagai acuan bagi daerah karena disusun tanpa memerhatikan prinsip desentralisasi pada bidang kesehatan. Dengan demikian, perencanaan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia pada dasarnya merupakan perencanaan nasional yang tidak mencerminkan kepentingan daerah. Sebagai konsekuensinya, sumber pembiayaan pun hanya didedikasikan untuk mendanai perencanaan pusat.
- c. Ketidakpastian masa depan pendanaan dari mitra pembangunan internasional serta adanya ketidakpastian standard dan renumerasi SDM, telah berimplikasi pada ketidakpastian atas masa depan SDM yang selama ini bekerja. Ketidakpastian seperti ini terjadi pada intervensi pencegahan yang selama ini menggantungkan pendanaannya pada mitra pembangunan internasional, seperti ditunjukkan pada kajian kasus intervensi WPS, LSL dan LASS di lima daerah. Situasi ini sedikit berbeda dengan intervensi perawatan HIV (KTS/*link to care* dan ART) di mana sebagian besar SDMnya merupakan pegawai pemerintah daerah yang ditempatkan di layanan kesehatan di daerah tersebut.
- d. Sistem penyediaan farmasi dan alat kesehatan dalam penanggulangan HIV dan AIDS telah memberikan keuntungan yang potensial dari pengelolaan terpusat, tetapi tidak bisa dipungkiri bahwa masih banyak hambatan-hambatan yang terjadi di lapangan. Keputusan

untuk melakukan pengadaan di tingkat pusat yang tujuannya adalah efisiensi, pada kenyataannya justru tidak efisien ketika dilaksanakan di tingkat daerah bahkan jika dikaitkan dengan kinerja justru menjadi salah satu hambatan yang utama untuk mencapai layanan komprehensif dan berkesinambungan.

- e. Prinsip intervensi penanggulangan HIV dan AIDS yang komprehensif dan berkesinambungan belum tampak dalam fungsi penyediaan layanan di tingkat lapangan karena masing-masing intervensi masih tampak sebagai intervensi yang mandiri dan kurang memperhitungkan intervensi sebelum dan sesudahnya. Puskesmas atau OMS sebagai pelaksana di lapangan selama ini hanya berisi berbagai program-program yang berasal dari pusat yang tidak terkoordinasi dengan baik. Upaya untuk mengintegrasikan layanan HIV dan AIDS ke dalam layanan kesehatan umum di tingkat lapangan (frontline) menjadi sulit untuk diwujudkan karena tidak adanya kewenangan administratif dalam menentukan dan memobilisasi sumber daya yang dimilikinya. Padahal kewenangan administratif tersebut merupakan syarat utama dalam upaya integrasi di tingkat layanan terdepan.
- f. Kebijakan sektor non-kesehatan secara langsung memberikan pengaruh terhadap efektivitas penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat daerah dan secara tidak langsung memengaruhi adopsi ke dalam sistem kesehatan. Hal ini terjadi melalui kebijakan pemerintah daerah yang melakukan kriminalisasi pekerja seks atau homoseksual. Kriminalisasi ini terjadi melalui pembentukan perda anti maksiat, anti prostitusi atau ketertiban umum. Sebagai konsekuensinya atas situasi ini menyebabkan keterlibatan sektor kesehatan (dinas kesehatan dan puskesmas) dalam intervensi pencegahan pada populasi kunci menjadi relatif minimal karena bertentangan dengan kebijakan daerah.
- g. Pragmatisme pada OMS dan populasi kunci dalam partisipasinya di dalam penanggulangan HIV dan AIDS menjadi hal yang bisa menentukan efektivitas intervensi. Keinginan untuk menjadi pelaksana program dari pada

sebagai pemantau yang memastikan program berjalan dengan baik, menyebabkan partisipasi 'semu' dari OMS/OBK dalam penanggulangan HIV dan AIDS di pusat maupun daerah. Akibatnya ruang dialog yang seharusnya membuka kesempatan interaksi yang kritis tidak bisa terjadi dan advokasi kepentingan konstituennya pun selanjutnya jadi melemah bahkan cenderung menjadi kompromi-kompromi ekonomi. Dampak dari hal ini adalah terabaikannya kepentingan konstituen dan lebih jauh lagi adalah kemauan untuk memanfaatkan layanan pun menjadi semakin berkurang.

Rekomendasi

Rekomendasi yang disajikan di bawah ini berpegang pada asumsi bahwa dalam situasi program yang masih menggantungkan dengan dukungan finansial dan teknis dari inisiatif kesehatan global, integrasi merupakan strategi yang tepat untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi dan keberlanjutan program HIV dan AIDS di masa depan. Beberapa upaya yang bisa dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Menyusun Norma dan Standar Pelaksanaan Kerja (NSPK) sebagai sebuah road map tentang pembagian wewenang, peran serta tanggung jawab yang jelas antara aktor yang ada di pusat dan daerah dan sebagai acuan pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS untuk mewujudkan prinsip desentralisasi kesehatan. Road map ini dikembangkan berdasarkan pemetaan yang mencakup **1)** jenis program (pencegahan, perawatan dan pengobatan, mitigasi dampak); **2)** status program saat ini (lingkup program dan aktifitas); **3)** pelaksanaan fungsi-fungsi programatik; dan **4)** kinerja program.
2. Sumber pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS yang dikelola secara paralel dengan pembiayaan kesehatan secara umum telah menimbulkan dampak pada pengelolaan program yang juga paralel dengan program kesehatan secara umum. Untuk itu menjadi penting mengintegrasikan pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS khususnya yang

berasal dari inisiatif kesehatan global ke dalam mekanisme APBN atau APBD.

3. Perawatan dan pengobatan HIV sebaiknya menjadi skema manfaat dari JKN termasuk tes diagnostik dan obat-obatan terkait dengan perawatannya. Hal ini untuk memastikan keberlangsungan rantai logistik dan cakupan program yang lebih tinggi. Perlu juga diperhatikan skema di JKN yang mampu memberikan ruang bagi kelompok populasi kunci yang memiliki status kependudukan yang tidak lengkap agar bisa menjadi peserta JKN sebagai upaya untuk mengurangi inequity.
4. Pemerintah daerah harus memiliki sistem dalam mengelola informasi yang terkait dengan situasi epidemik, data program, dan data hasil atau dampak agar mampu membuat perencanaan dan penganggaran program yang sesuai dengan kebutuhan daerah. Saat ini informasi strategis tersebut sepenuhnya dikelola oleh pusat, baik pemerintah maupun mitra pembangunan internasional. Untuk itu perlu ada pemberian kewenangan dan keleluasaan bagi pemerintah daerah dalam mengumpulkan, memproduksi, memanfaatkan, dan mendiseminasikan informasi strategis tersebut kepada publik.
5. Perlu adanya regulasi baru dalam penyediaan farmasi dan alat kesehatan termasuk alat pencegahan untuk penanggulangan HIV dan AIDS, termasuk kondom dan alat suntik steril yang menegaskan kembali bahwa sektor kesehatan sebagai penanggung jawab untuk menjamin keberlangsungan proses penyediaan dan distribusinya di masa depan.
6. Pengelolaan SDM dalam penanggulangan HIV dan AIDS yang memiliki karakteristik berbeda (tenaga kesehatan dan tenaga non-kesehatan; PNS, honorer dan staf OMS) mengimplikasikan perlu adanya terobosan dalam kebijakan SDM di daerah mengingat secara normatif hal ini belum diatur di sebagian besar daerah. Terobosan dalam bidang SDM yang bisa dilakukan selain dengan membangun payung hukum yang inklusif, bisa juga dilakukan dengan melakukan inovasi pada aspek pembiayaan layanan. Pemerintah daerah bisa melakukan

kontrak individu maupun secara organisasional dengan menggunakan dana APBD atau BLUD.

7. Perlunya membangun mekanisme pengembangan kapasitas sumber daya kesehatan daerah baik bagi staf yankes maupun OMS melalui berbagai pelatihan untuk berbagai jenis layanan. KPAD dan Dinkes perlu bertanggungjawab dalam merencanakan hal ini mengingat selama ini pengembangan kapasitas ini dilakukan oleh pusat (Kementerian Kesehatan, KPAN atau MPI) Untuk itu, tersedianya mekanisme pengembangan kapasitas yang berkelanjutan di tingkat daerah menjadi keharusan jika pelaksanaan kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS diharapkan berkelanjutan. Skema pengembangan kapasitas ini perlu dipahami oleh perencana program di tingkat daerah, sehingga bisa dijadikan mata anggaran rutin dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan di daerah tersebut.
8. Diperlukan pemahaman bersama dan konsensus serta terbangunnya peta jalan untuk kesinambungan penyediaan layanan berbasis pada layanan frontline termasuk layanan yang disediakan oleh organisasi masyarakat sipil yang bekerja untuk program promosi dan pencegahan pada populasi kunci yang selama ini mayoritas bersumber dana donor, sehingga seolah-olah berada di luar sektor kesehatan.
9. Permasalahan terkait dengan layanan penanggulangan HIV dan AIDS banyak terjadi di tingkat lapangan yang tidak mudah dipotret pada tingkat nasional, khususnya praktek-praktek diskriminasi pada populasi kunci dalam mengakses pelayanan kesehatan dan munculnya berbagai peraturan dan regulasi di tingkat daerah yang menghambat pelaksanaan program. Menjadi sangat penting keterlibatan OMS di tingkat daerah dalam penentuan kebijakan strategis dalam penanggulangan HIV dan AIDS di daerahnya. Hal ini hanya bisa terjadi jika pengembangan kebijakan dan program bisa didesentralisasikan di tingkat daerah.

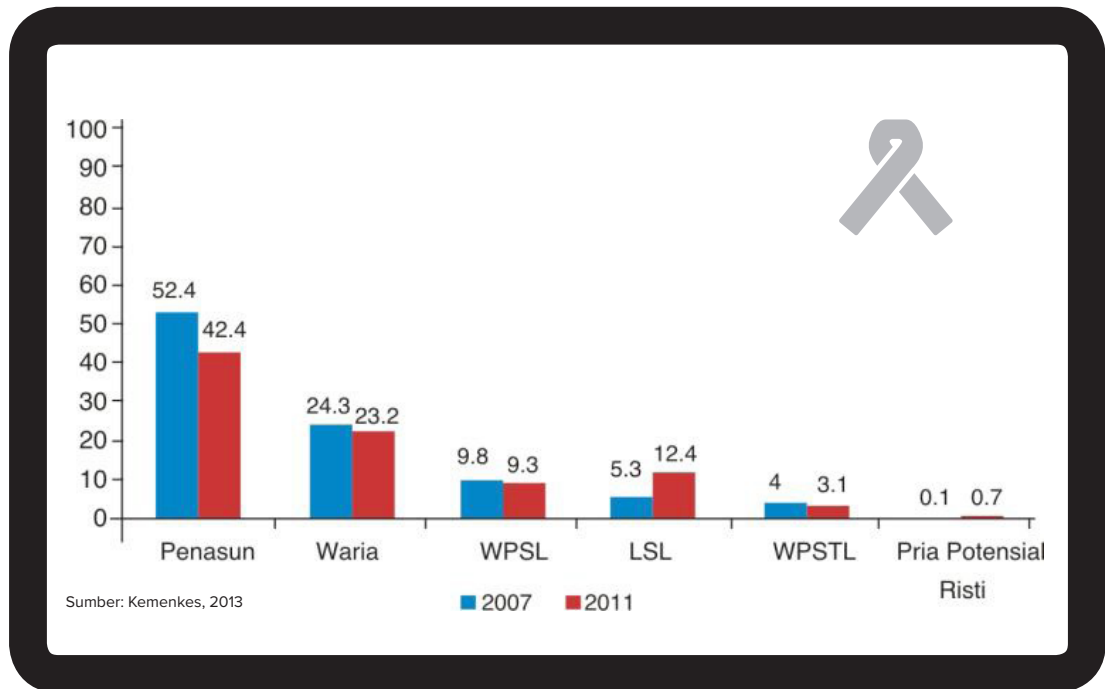
I. Pendahuluan

A. Situasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia dan Permasalahannya

Meskipun upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Asia Pasifik menunjukkan hasil yang cukup baik dengan penurunan infeksi HIV baru sebesar 31% antara tahun 2000 dan 2014, upaya yang telah dilakukan di Indonesia selama hampir tiga dekade ini masih menghadapi tantangan. Indonesia masih menjadi salah satu dari tiga penyumbang terbesar infeksi HIV baru bersama dengan China dan India yang ketiganya menyumbang sekitar 78% kasus (UNAIDS, 2014). Menjelang tahun 2016, komitmen global untuk penanggulangan HIV dan AIDS memiliki target baru yaitu sepuluh target *fast track* untuk tahun 2020, yang tujuannya adalah mengakhiri epidemi AIDS pada tahun 2030. Untuk mencapai target tersebut, Indonesia sebagai bagian dari komunitas global perlu memiliki komitmen yang lebih besar dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Salah satunya melalui upaya menjangkau populasi yang dianggap paling membutuhkan yang selama ini masih terlupakan atau mengalami diskriminasi dan stigma untuk mencapai inklusi sosial dalam upaya *universal health access*. Beberapa kelompok populasi kunci yang dianggap masih sering terabaikan di Indonesia antara lain adalah kelompok wanita pekerja seks (WPS), lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL), wanita pria (waria), pengguna narkoba suntik (penasun), warga binaan, dll.

Penularan infeksi baru HIV di Indonesia sebagian besar terjadi melalui pola perilaku berisiko pada populasi kunci WPS, waria, LSL, dan penasun. Mengingat tingginya kompleksitas epidemi HIV dan AIDS dan hubungannya dengan aspek perilaku dan aspek sosial lainnya, penanganan epidemi tersebut dan penyakit IMS membutuhkan kebijakan pemerintah yang komprehensif dan melibatkan lintas sektor, mulai dari pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi.

Beberapa kebijakan sebenarnya telah dikembangkan untuk mengintegrasikan upaya pencegahan dan pengobatan IMS dan HIV ke dalam sistem kesehatan melalui intervensi program spesifik pada populasi kunci seperti Penularan Melalui Transmisi Seksual (PMTS) untuk WPS, Program LASS (Layanan Alat Suntik Steril) untuk penasun, Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) untuk ibu hamil dan ibu



2

Gambar 1. Prevalensi HIV menurut kelompok populasi kunci

yang memiliki bayi yang hidup dengan HIV serta program pengobatan dengan *Anti Retroviral Treatment* (ART) bagi orang hidup dengan HIV dan AIDS (ODHA). Meskipun demikian, kajian sistematis mengenai sejauh mana hubungan integrasi dengan efektifitas dan keberlanjutan dari intervensi program spesifik tersebut masih sangat terbatas. Apakah program tersebut terintegrasi dalam sistem kesehatan yang ada sehingga terjamin keberlanjutannya melalui mekanisme layanan kesehatan komprehensif (*continuum of care*) mulai dari pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi? Untuk mengetahui hal tersebut, diperlukan kajian pada beberapa kasus pencegahan dan pengobatan HIV dan IMS untuk melihat secara analitis hubungan tingkat integrasi program HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan dan kontribusinya terhadap efektifitas layanan di tingkat provinsi/kabupaten/kota.

Kebijakan desentralisasi yang sudah sejak tahun 2001 digulirkan oleh pemerintah pusat di satu sisi telah memberikan kewenangan bagi daerah untuk mengatur urusan kesehatan sebagai urusan wajib daerah dan di sisi lain telah memengaruhi komitmen pemerintah daerah terhadap upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Secara konkrit pengaruh desentralisasi terhadap komitmen pemerintah daerah terhadap upaya penanggulangan HIV dan AIDS telah nampak pada kebijakan dan peraturan daerah serta implementasinya melalui komitmen anggaran untuk penanggulangan HIV dan AIDS

di daerahnya. Adanya komitmen pemerintah daerah untuk mengalokasikan anggaran HIV dan AIDS di APBD menjadi penting dengan semakin menurunnya dukungan program dan pembiayaan dari inisiatif global. Kehadiran inisiatif kesehatan global di Indonesia telah mendorong pemerintah Indonesia menjadi lebih aktif dalam mengembangkan upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Komitmen pemerintah Indonesia dalam hal anggaran telah mengalami peningkatan hingga 40 persen dari total pembiayaan, dibandingkan dengan pendanaan dari sumber global yang berupa bantuan dana bilateral maupun multilateral (Nadjib, 2013).

Dengan semakin surutnya pendanaan global, diperlukan komitmen pemerintah daerah untuk dapat memberikan pendanaan yang bersumber dari APBD secara lebih memadai guna menjamin keberlanjutan upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Beberapa kajian memperkuat pandangan bahwa integrasi penanggulangan penyakit tertentu (misalnya HIV dan AIDS) ke dalam sistem kesehatan dipandang sebagai strategi potensial dalam mengamankan keberlanjutan dan efektivitas intervensi dan penguatan sistem kesehatan (Kawonga et al, 2012; Maher 2010; Grepin dan Reich, 2008; Cash-Gibson dan Rosenmoller 2014; Shigayeva et al, 2010). Untuk itu, pengintegrasian upaya penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan dipercaya akan menjadi jalan alternatif bagi keberlanjutan upaya penanggulangan HIV dan AIDS.

Beberapa penelitian lain juga mendukung asumsi bahwa semakin tinggi tingkat integrasi mengindikasikan kinerja intervensi yang lebih baik. Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan oleh Atun et al (2009) bahwa tingkat integrasi yang lebih tinggi dapat berkontribusi mengurangi fragmentasi, penghematan melalui penggabungan pendanaan dan keahlian, serta meningkatkan sumber daya. Hal ini karena konsep integrasi secara intrinsik terkait dengan kerjasama, kemitraan, kolaborasi, perawatan yang terkoordinasi dan berkelanjutan, keselarasan dan jaringan (Shigayeva et al., 2010). Senada dengan Shigayeva, Coker et al. (2010) mendefinisikan integrasi sebagai spektrum pengaturan organisasi yang terkait dengan pendanaan, administrasi, pengorganisasian,

pelayanan dan skenario klinis yang dirancang untuk menciptakan konektivitas, keselarasan dan kolaborasi. Keadaan ini akan menghasilkan kinerja intervensi yang lebih baik, misalnya dalam hal cakupan, aksesibilitas dan pemerataan layanan.

Studi lain seperti yang dilakukan di Malawi dan Ethiopia juga memperkuat asumsi bahwa integrasi program ART berkontribusi terhadap efektivitas fungsi sistem kesehatan di beberapa aspek, seperti perluasan tenaga kerja kesehatan yang memfasilitasi pelaksanaan pendekatan kesehatan masyarakat dan desentralisasi progresif perawatan ART ke tingkat kesehatan primer (Rasschaert et al, 2011). Studi integrasi tes HIV dan konseling dalam pelayanan antenatal di Morogoro Tanzania juga menunjukkan bahwa integrasi telah meningkatkan cakupan tes HIV, terutama di kalangan masyarakat di wilayah yang sulit dijangkau, serta meningkatkan kenyamanan, efisiensi dan kerahasiaan yang sekaligus mengurangi stigma bagi perempuan (An et al, 2015). Dengan demikian, tingkat integrasi yang lebih tinggi mengarahkan kemampuan sistem kesehatan untuk meningkatkan kinerjanya melalui peningkatan status kesehatan, peningkatan kepuasan pemanfaat dan kenyamanan bagi semua pihak.

Di sisi lain, ada pula berbagai hasil penelitian yang menunjukkan bahwa integrasi suatu intervensi spesifik ke dalam sistem kesehatan belum menjamin tercapainya efektivitas (Atun et al, 2010a, b; Conseil et al, 2013; Desai et al, 2010; Dongbao et al, 2008; Kawonga et al, 2012; Shakarishvili et al, 2010). Penelitian-penelitian ini mencatat bahwa integrasi tidak akan memberikan pengaruh yang maksimal apabila sistem kesehatan yang akan diintegrasikan tersebut masih lemah. Dengan demikian, penguatan sistem kesehatan secara umum sebenarnya merupakan prasyarat untuk terjadinya integrasi antara program intervensi spesifik upaya penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan. Hal ini telah direkomendasikan oleh para ahli (Atun et al, 2010; Coker et al, 2010; Kawonga, 2012).

Dari berbagai studi tentang efektivitas penanggulangan HIV dan AIDS yang dilakukan untuk monitoring dan evaluasi program (Grassly et al, 2001; Homan et al, 2002; Paltiel, 2005; Walensky et al, 2006; Fairall et al, 2008; Lagu et

al, 2015; dan Wilson et al, 2015), dapat disimpulkan beberapa kriteria umum terkait efektifitas intervensi program spesifik. **Pertama**, intervensi dinilai efektif jika mencapai tujuannya; apakah tujuannya untuk mengurangi insiden IMS dan HIV, meningkatkan penggunaan kondom atau alat suntik steril, perubahan pengetahuan dan perilaku, meningkatkan jumlah orang yang dijangkau, perubahan pola ketergantungan dan pengobatan, dan sebagainya (Sadler, 1996; Schillinger 2010). Sebagai contoh, sebuah studi oleh Wilson et al. (2015) menyimpulkan bahwa terapi substitusi cukup efektif sebagai bagian dari gabungan pendekatan pengurangan dampak buruk (*harm reduction*), karena hal itu telah menyebabkan tercapainya tujuan intervensi, yakni mengurangi risiko penularan HIV sebesar rata-rata 54% di kalangan penasin.

Kedua, intervensi yang efektif harus dapat diterapkan dalam kehidupan nyata dengan memperhitungkan konteks epidemiologi lokal sebelum direplikasi di lingkungan masyarakat lainnya untuk pengembangan ke konteks yang lebih besar (Brook dan Lohr, 1991; Gartlehner et al., 2006; dan UNAIDS, 2010). Misalnya, Grassly et al. (2001) menekankan bahwa intervensi yang ditargetkan pada pekerja seks komersial mungkin lebih efektif di daerah perkotaan. Namun demikian, tidak berarti bahwa intervensi ini akan berhasil di semua daerah perkotaan karena konteks epidemiologi juga dapat bervariasi dari satu daerah perkotaan dengan daerah lainnya di negara yang sama. Oleh karena itu, intervensi yang efektif adalah intervensi yang secara khusus dirancang agar sesuai dengan konteks masyarakatnya.

Ketiga, keterbatasan sumber daya mendorong para pengambil kebijakan untuk mengembangkan intervensi yang memungkinkan *value for money* atau “hemat biaya/cost-effective” (Palmer dan Torgerson, 1999). Misalnya studi intervensi PPIA menunjukkan bahwa ketika ada dua intervensi HIV yang bersaing, yang dianggap efektif adalah yang lebih hemat biaya dengan manfaat kesehatan yang potensial (Van Deusen et al; 2015).

Untuk memberikan penilaian atas efektivitas suatu intervensi/program dilakukan studi evaluasi yang cukup ketat dan berdasarkan pengetahuan ilmiah serta analisis informasi yang dibangun berdasarkan tujuan dari intervensi.

Banyak organisasi yang melaksanakan program penanggulangan HIV dan AIDS yang telah mengembangkan sendiri indikator efektivitas mereka, baik untuk intervensi tertentu dan juga untuk tingkat program secara menyeluruh *Alliance* (2008), misalnya, memiliki 56 indikator, *Global Fund* (2011) memiliki total 48, PEPFAR (2009) memiliki 147, UNGASS (2010) memiliki 23, USAID (2000) memiliki 50, UNAIDS (2000) memiliki 47, dan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional Indonesia (2010) memiliki 28 indikator. Beberapa indikator yang digunakan oleh berbagai organisasi, ada yang serupa ataupun tumpang tindih satu sama lain. Misalnya, beberapa indikator yang digunakan oleh *Global Fund* juga merupakan indikator PEPFAR, dan sebagian besar indikator yang digunakan oleh USAID serupa dengan indikator yang digunakan oleh UNAIDS.

Meskipun ada variasi dalam jumlah dan jenis indikator efektifitas, biasanya indikator-indikator tersebut dapat dikategorikan sebagai berikut; **(1)** indikator program, proses, atau masukan, **(2)** indikator keluaran (*output*), **(3)** indikator hasil (*outcome*), dan **(4)** indikator dampak (*impact*). Sebagian besar sumber sepakat bahwa pada dasarnya efektivitas program HIV dan AIDS dapat diukur dengan indikator dua kategori terakhir (*Alliance*, 2008; *Global Fund*, 2011; Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2010). Kesamaan kriteria penilaian efektifitas dari sumber-sumber tersebut adalah penekanan pada pentingnya indikator cakupan. UNAIDS (2010) mendefinisikan cakupan sebagai sejauh mana suatu program/ intervensi dilaksanakan di tempat yang tepat (cakupan geografis) dan mencapai target populasi yang dimaksudkan (cakupan individu). Bila dilihat dari keempat indikator di atas, maka cakupan yang dimaksud masuk pada indikator keluaran (*output*). Cakupan merupakan indikator penting karena menunjukkan apakah program mencapai dan melayani populasi sasaran yang tepat.

Disamping itu, indikator kualitas layanan yang masuk pada indikator pertama pada kategori yang dijelaskan di atas, menjadi elemen penting lainnya dari pengukuran keluaran. Berbeda dengan cakupan yang lebih mudah untuk diukur, indikator kualitas layanan agak sulit untuk didefinisikan karena sangat ditentukan oleh persepsi pribadi

individu dan keyakinan, sehingga membuat proses penjaminan kualitas cukup subjektif. Hal ini merupakan alasan mengapa indikator kualitas tidak dominan dalam indikator yang ditetapkan oleh berbagai organisasi. Meskipun demikian, seperti yang ditunjukkan oleh *Alliance* (2008) minimal indikator kualitas harus menilai akses ke layanan program, keterkaitan dengan layanan lain, dan keterlibatan pemangku kepentingan masyarakat.

Banyak faktor yang telah diidentifikasi sebagai prediktor efektivitas penanggulangan HIV dan AIDS seperti keterlibatan sektor masyarakat (WHO, 2001; 2006; 2008; dan Lee, 2010) (Travis et al 2004), kapasitas sistem kesehatan yang ada untuk mengatasi masalah HIV dan AIDS, serta integrasi program kesehatan dan sistem kesehatan (Atun et al 2008; 2010; Coker et al, 2010; Grepin dan Reich, 2008; Shigayeva et al, 2010). Satu pertanyaan penting yang harus dijawab dalam menilai hubungan antara tingkat integrasi dan efektivitas intervensi kesehatan tertentu adalah mekanisme yang memungkinkan terjadinya kontribusi dari tingkat integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas penanggulangan HIV dan AIDS.

Penelitian sebelumnya (PKMK, 2015) telah diidentifikasi faktor-faktor yang mungkin bisa memengaruhi tingkat integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan yang mencakup komitmen politik, situasi epidemi setempat, regulasi dan hukum yang mendukung atau menghambat penanggulangan HIV dan AIDS dan situasi ekonomi daerah. Penelitian sebelumnya menunjukkan beberapa faktor yang memengaruhi tingkat integrasi, antara lain keterlibatan pemangku kepentingan, dan prosedur pengetahuan dan teknologi yang jelas (Biesma et al, 2009; Corbin dan Mittelmark, 2008; Conseil, A. et al, 2010; Desai et al, 2010; Hanvoravongchai et al, 2010; Rasschaert et al, 2011; VanDeusen et al, 2015). Secara spesifik, Coker et al. (2010) menunjukkan mekanisme bagaimana integrasi memengaruhi efektivitas bisa diidentifikasi berdasarkan pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan. Fungsi-fungsi sistem kesehatan tersebut adalah: **(i)** pengawasan dan tata kelola; **(ii)** pembiayaan; **(iii)** perencanaan; **(iv)** pemberian layanan; **(v)** monitoring dan evaluasi; dan **(vi)** permintaan yang timbul. Keterlibatan yang

lebih besar dari para pemangku kepentingan dalam pengambilan keputusan untuk mengkoordinasikan dan mengelola penanggulangan HIV dan AIDS diindikasikan oleh Conseil et al. (2010) dan Rasschaert et al. (2011) sebagai mekanisme di mana integrasi memberikan kontribusi terhadap efektivitas intervensi tertentu.

Tujuan integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan adalah untuk memperkuat efektivitas, efisiensi dan keadilan terkait penanggulangan HIV dan AIDS tersebut beserta sistem kesehatannya. Pada penelitian terdahulu yang dilakukan oleh PKMK, integrasi untuk penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan telah digali dan menghasilkan variasi tingkat integrasi yang berbeda antara program pencegahan, perawatan dan pengobatan, dan mitigasi dampak. Penelitian tersebut belum secara rinci melihat seberapa jauh pengaruh tingkat integrasi tersebut dengan tingkat efektivitas untuk masing-masing program. Demikian juga, penelitian tentang integrasi layanan spesifik juga cenderung melihat tingkat integrasi untuk penyakit spesifik dengan sistem kesehatan dan belum banyak melakukan pendalaman tentang hubungan tingkat integrasi dan efektivitas programnya (Shigayeva et al, 2010). Untuk itu, dalam rangka memberikan bukti atas manfaat dari integrasi terhadap efektivitas, penelitian lanjut ini bertujuan untuk menggali secara analitis pengaruh tingkat integrasi antara penanggulangan HIV dan AIDS dan sistem kesehatan terhadap efektivitas program dan untuk mengidentifikasi mekanisme di mana integrasi berkontribusi pada efektivitas program.

B. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan deskripsi di atas, pertanyaan utama dalam penelitian ini adalah “Apakah integrasi kebijakan dan program HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan memberikan kontribusi pada efektivitas pencegahan HIV dan AIDS dan perawatan di tingkat kabupaten?”. Secara khusus penelitian ini akan menjawab pertanyaan-pertanyaan di bawah ini:

- Apakah integrasi manajemen dan peraturan terkait penanggulangan HIV dan AIDS ke

dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap efektivitas pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS? Bagaimana kontribusinya?

- b. Apakah integrasi pembiayaan kesehatan terkait penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS? Bagaimana cara kerjanya?
- c. Apakah integrasi sumber daya manusia terkait penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS? Bagaimana cara kerjanya?
- d. Apakah integrasi penyediaan pasokan dan peralatan medis terkait penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS? Bagaimana cara kerjanya?
- e. Apakah integrasi informasi strategis terkait penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS? Bagaimana cara kerjanya?
- f. Apakah integrasi partisipasi masyarakat terkait penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS? Bagaimana cara kerjanya?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor eksternal yang memengaruhi integrasi dan untuk mengeksplorasi kontribusi integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat kabupaten, serta mengidentifikasi mekanisme di mana integrasi tersebut berkontribusi terhadap efektivitas penanggulangan HIV dan AIDS. Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

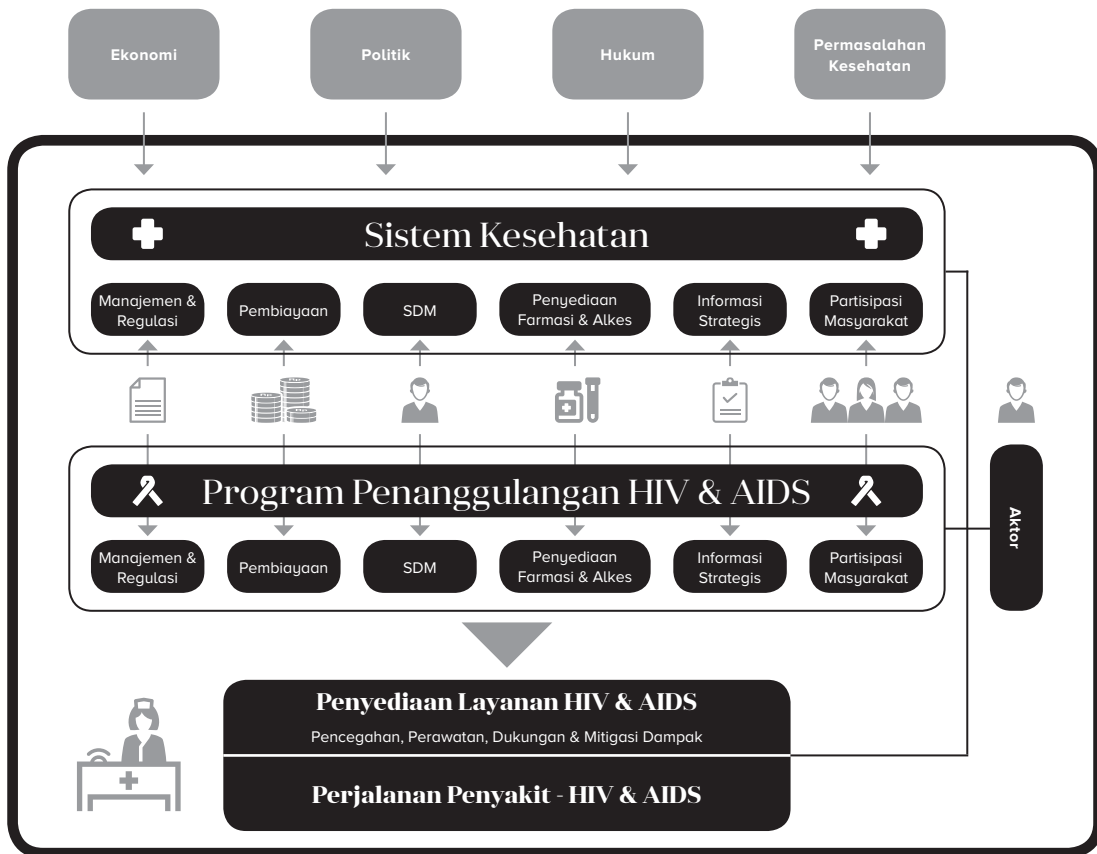
- a. Untuk menggali kontribusi integrasi sistem manajemen dan regulasi dalam penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam

sistem kesehatan terhadap efektivitas intervensi pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS;

- b. Untuk menggali kontribusi integrasi sistem pembiayaan kesehatan dalam penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas intervensi pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS;
- c. Untuk menggali kontribusi integrasi sistem penyediaan pasokan obat dan alat kesehatan dalam penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas intervensi pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS;
- d. Untuk menggali kontribusi sistem pengelolaan sumber daya manusia di bidang kesehatan dalam penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas intervensi pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS;
- e. Untuk menggali kontribusi integrasi sistem informasi strategis dalam penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas intervensi pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS; dan
- f. Untuk menggali kontribusi integrasi sistem pengelolaan partisipasi masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas intervensi pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS.

D. Kerangka Konseptual

Penelitian ini mengadaptasi konsep integrasi yang dikembangkan oleh Atun et al., (2010a) dan Coker et al., (2010) untuk mengukur integrasi intervensi spesifik program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan yang divisualisasikan dalam kerangka konseptual seperti yang digambarkan di bawah ini. Kontribusi tingkat integrasi terhadap efektivitas dipengaruhi oleh (1) karakteristik dari permasalahan, kebijakan dan program HIV dan AIDS (pencegahan dan perawatan, dukungan, dan pengobatan); (2) interaksi berbagai pelaku dalam lingkup sistem kesehatan dan penanggulangan HIV dan AIDS; (3) pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan dan interaksinya antara satu dengan yang lain; (4) konteks politik, ekonomi, hukum dan regulasi



Gambar 2. Bagan kerangka konseptual integrasi

di mana sistem kesehatan dan penanggulangan HIV dan AIDS berlangsung (Atun et al., 2010, Coker et al., 2010). Diasumsikan bahwa keempat komponen ini akan berinteraksi dan secara bersama-sama memengaruhi tingkat integrasi dan sekaligus akan menentukan tingkat efektivitas dari penanggulangan HIV dan AIDS.

Kerangka konseptual di atas membantu lebih dalam jalannya proses integrasi dalam tiga hal, yaitu: 1) ‘apa’, untuk melihat fungsi sistem kesehatan di mana integrasi diharapkan terjadi – peraturan, pembiayaan, sumber daya, logistik, informasi strategis dan partisipasi masyarakat; 2) ‘mengapa’, untuk melihat dampak dari integrasi dan mekanisme di mana integrasi memungkinkan intervensi yang dilakukan memberikan dampak pada kinerja/hasil kesehatan; dan 3) ‘bagaimana’, untuk mengkaji interaksi antar pemangku kepentingan dalam sistem kesehatan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang memperlihatkan sejauh mana integrasi tersebut dijalankan.

Dalam penelitian ini, integrasi didefinisikan sebagai upaya pengaturan organisasional yang ditujukan untuk mengadopsi program HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan di tingkat daerah.

Pengaturan organisasi ini meliputi dua aspek; **(1)** fungsional: melalui koordinasi, adaptasi, konteksitas dan jaringan di antara program yang berbeda untuk tujuan penyederhanaan pelaksanaan program masing-masing, dan **(2)** struktural: melalui penggabungan layanan dari program yang berbeda dalam satu atap (layanan satu atap). (Criel, et al, 1997). Efektivitas didefinisikan sebagai kemampuan intervensi HIV dan AIDS untuk mencapai tujuannya berdasarkan kerangka kerja sistemik (UNAIDS, 2010). Menggunakan kerangka berfikir seperti ini maka penelitian ini mengasumsikan bahwa integrasi antara program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan akan memberikan kontribusi positif terhadap cakupan pelayanan HIV dan AIDS melalui pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan dalam penanggulangan HIV dan AIDS yang tidak terpisah dari fungsi sistem kesehatan untuk pelayanan kesehatan yang lain di tingkat daerah.

II. Metodologi

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan studi kasus dengan metode kualitatif. Desain studi kasus dipilih karena secara metodologis dianggap relevan dengan tujuan penelitian ini, sebagaimana dikonseptualisasikan oleh Yin (1994) dan Crowe et al. (2011) bahwa untuk melakukan penggalian dan memperoleh pemahaman secara mendalam mengenai konteks dan masalah yang berkaitan dengan pelayanan tertentu untuk menginformasikan kebijakan (Burchett et al., 2014; El-Jardali et al., 2014; Aantjes et al., 2014; Jenkins et al., 2013). Hal ini sangat bermanfaat saat melakukan penggalian kompleksitas integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan, serta menilai bagaimana integrasi memberikan kontribusi terhadap efektivitas penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat kabupaten.

Definisi studi kasus menurut Green dan Thorogood (2009) adalah penelitian yang dilakukan secara mendalam atas satu kasus tertentu yang bisa merupakan lokasi, individu atau kebijakan. Desain ini juga sesuai untuk penelitian ini berdasarkan teori dari Yin (1994) yang menyatakan bahwa studi kasus 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. Studi kasus dalam penelitian ini melihat integrasi yang terjadi pada program penanggulangan HIV dan AIDS yang meliputi layanan pencegahan antara lain PMTS pada WPS dan LSL, LASS, mengkaitkan tes HIV dengan 'link to care' serta layanan perawatan yaitu pada program ART.

Penelitian ini merupakan penelitian *multi center* yang melibatkan sembilan universitas di delapan provinsi di Indonesia dan PKMK FK UGM berperan sebagai koordinator dalam pelaksanaan penelitian. Karena bentuknya yang *multi center*, dalam penelitian ini ada dua tingkatan dalam penyampaian hasil penelitian yaitu laporan penelitian pada masing-masing universitas berdasarkan intervensi spesifik yang telah dipilih, dan yang kedua adalah laporan gabungan yang merupakan elaborasi dari seluruh hasil penelitian dari kesembilan

universitas. Secara umum studi kasus dalam penelitian ini dilakukan melalui tiga tahapan yang digambarkan pada **gambar 3**.

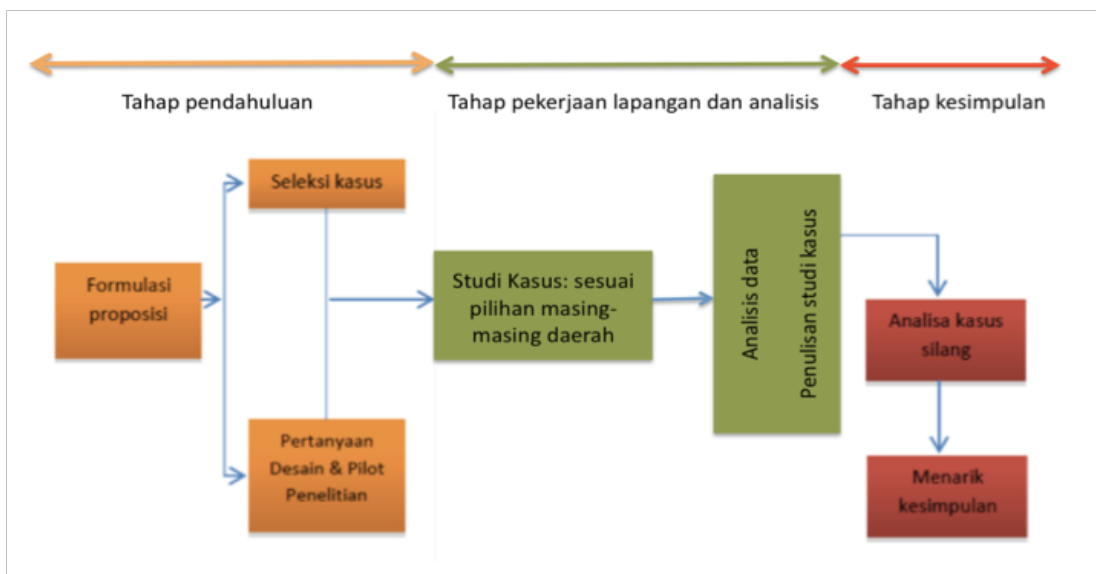
a. Tahap pendahuluan

Tahap ini merupakan persiapan dengan mengembangkan protokol studi kasus untuk menggali data upaya penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan pada tingkat daerah dan kontribusinya terhadap efektivitas intervensi program spesifik dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Tahap ini juga melakukan penentuan kasus, lokasi penelitian di tingkat kabupaten/kota. Pemilihan kasus intervensi program spesifik di tingkat daerah mempertimbangkan aspek ketersediaan data, tingkat urgensinya di daerah dan keterjangkauan sumber dayanya.

b. Tahap pengumpulan data dan analisis

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan pengumpulan data sekunder yang relevan dengan kasusnya. Data yang dikumpulkan adalah data terkait sistem kesehatan dan intervensi program spesifik yang dilakukan di daerah penelitian. Data primer dan sekunder yang dikumpulkan kemudian diklasifikasikan berdasarkan konteks, pemangku kepentingan dan fungsi sistem kesehatan. Selanjutnya data-data tersebut dianalisa pada tingkat universitas menggunakan pendekatan kerangka kerja mulai dari familiarisasi, kodifikasi, *indexing*, dan interpretasi dan pemaknaan terhadap kesimpulan dari temuan data dari masing-masing kasus. Sejalan dengan proses analisa di tingkat

Gambar 3. Tahapan penelitian studi kasus



No	Universitas	Kasus	Lokasi
1	Universitas Sumatera Utara	PMTS pada WPS	Medan
7	Universitas Cenderawasih	PMTS pada WPS	Merauke
9	Universitas Nusa Cendana	PMTS pada WPS	Kupang
2	Universitas Airlangga	PMTS pada LSL	Surabaya
6	Universitas Udayana	PMTS pada LSL	Denpasar
3	Universitas Atmajaya	HR – LASS	DKI Jakarta
4	UPT HIV RSCM – UI	ARV	DKI Jakarta
5	Universitas Hasanuddin	ARV	Makassar
8	Universitas Papua	Test HIV dengan Link to Care	Manokwari

Tabel 1. Universitas, lokasi dan pilihan studi kasus

universitas, seluruh data dari sembilan universitas dikompilasi oleh PKMK FK UGM. Analisa lanjut menggunakan pendekatan yang sama kemudian dilakukan interpretasi dan pemaknaan terhadap kesimpulan dari temuan data yang sudah dikelompokkan berdasarkan masing-masing studi kasus. Selain analisa secara spesifik berdasarkan masing-masing studi kasus, di tingkat ini juga dilakukan pembahasan gabungan yang mengelaborasi kesembilan studi kasus tersebut ke dalam pembahasan gabungan.

c. Tahap kesimpulan dan rekomendasi

Di tahap ini dilakukan identifikasi seluruh temuan penelitian yang telah diklasifikasikan ke dalam konteks, pemangku kepentingan dan fungsi sistem kesehatan. Hasil identifikasi tersebut kemudian diinterpretasikan dan ditarik kesimpulan serta dianalisa bagaimana implikasinya dari masing-masing studi kasus ke dalam sistem kesehatan. Kajian lebih lanjut dilakukan untuk melihat keterkaitannya dengan faktor-faktor yang memengaruhi tingkat integrasi dan kontribusinya terhadap efektifitas program. Selain itu, identifikasi berbagai upaya kebijakan dilakukan berdasarkan atas interpretasi dan kesimpulan. Hal ini dilakukan untuk memperkuat program spesifik penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan dalam bentuk rekomendasi kepada pengambil kebijakan di tingkat daerah, Komisi Penanggulangan AIDS dan Kementerian Kesehatan. Proses yang sama juga dilakukan untuk pengambilan kesimpulan dan rekomendasi dalam laporan gabungan ini.

B. Lokasi dan Waktu

Lokasi penelitian ini meliputi delapan provinsi yakni; Sumatera Utara, DKI Jakarta, Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Selatan, Papua dan Papua Barat. Pemilihan lokasi ini mempertimbangkan keterwakilan perkembangan situasi epidemi di Indonesia bagian barat, bagian tengah dan Indonesia bagian timur. Penelitian ini mengkaji kasus intervensi program spesifik pada tingkat kabupaten/kota. Dua kajian intervensi spesifik yang berbeda dilakukan oleh PPH (Pusat Penelitian HIV dan AIDS) Universitas Atma Jaya dan UPT HIV RSCM-UI pada tingkat provinsi (DKI Jakarta). Untuk detail lokasi, universitas dan intervensi spesifik yang dipilih digambarkan pada tabel di bawah ini.

Penelitian ini dilaksanakan selama kurang lebih sembilan bulan dimulai dari persiapan instrumen yang dilakukan dalam workshop penyusunan instrumen bersama dengan sembilan universitas pada April 2015, kemudian pengumpulan data, baik primer dan sekunder mulai Juni 2015 dilanjutkan dengan analisa data di tingkat universitas. Laporan ini merupakan pembacaan terhadap data gabungan yang dihasilkan oleh sembilan universitas tersebut.

C. Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

Instrumen dikembangkan sesuai dengan kerangka konseptual yang digunakan untuk pengumpulan data pada aspek sistem kesehatan dan program spesifik HIV dan AIDS, meliputi data sebagai berikut:

- a. Konteks penanggulangan HIV dan AIDS yang mencakup data terkait sistem kebijakan dan operasionalisasinya dalam intervensi program dari empat kategori meliputi; komitmen politik daerah, hukum dan peraturan terkait HIV dan AIDS, situasi ekonomi dan permasalahan kesehatan umum di daerah.
- b. Pemangku kepentingan kunci penanggulangan HIV dan AIDS dan sistem kesehatan di daerah dengan menggali data dari tiga aspek yakni; kepentingan yang dimiliki dari masing-masing pemangku kepentingan kunci, sumber daya yang dimiliki, dan kekuasaan politik dalam

arti kapasitas untuk pengambilan keputusan terkait upaya penanggulangan HIV dan AIDS di daerah.

- c. Fungsi-fungsi sistem kesehatan dalam penanggulangan HIV dan AIDS yang mencakup pelaksanaan tujuh sub sistem fungsi manajemen dan regulasi, pembiayaan, pengelolaan sumber daya manusia, penyediaan kefarmasian dan alat kesehatan, pengelolaan informasi strategis, mobilisasi partisipasi masyarakat dan penyediaan layanan kesehatan. Setiap fungsi sistem kesehatan ini kemudian dikelompokkan berdasarkan sub-sub tema yang berupa dimensi-dimensi dari pelaksanaan fungsi tersebut. Secara keseluruhan ketujuh fungsi sistem kesehatan tersebut mencakup 17 dimensi.
- d. Efektifitas kinerja dari layanan meliputi cakupan hasil kinerja program intervensi spesifik dari masing-masing kasus di daerah baik dilihat dari data kuantitatif, perubahan perilaku dan kualitas layanan dari aspek penerima manfaat.

Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) terhadap informan kunci, dengan menggunakan format pertanyaan terstruktur yang telah diadaptasi sesuai kasus terpilih. Data sekunder yang dikumpulkan meliputi data terkait cakupan dari laporan lembaga-lembaga terkait, hasil survei (STPB, SCP) dan berbagai dokumen-dokumen relevan terkait kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS, situasi ekonomi dan situasi epidemi di daerah. Kompilasi data primer dan sekunder dari daerah ini menjadi materi pembacaan oleh Tim peneliti PKMK FK UGM.

D. Informan

Pemilihan informan dilakukan dengan mempertimbangkan ketercukupan kebutuhan informasi berdasarkan kategorisasi tertentu. Jumlah informan di setiap daerah bervariasi sesuai dengan konteks kasus program spesifik yang dipilih. Meskipun demikian, secara keseluruhan informan dari penelitian ini mewakili beberapa kategori berikut:

1. Informan untuk sistem kesehatan

Informan untuk sistem kesehatan meliputi (a) Badan Perencanaan Daerah yaitu; Kepala Badan Perencanaan Daerah, Kepala Divisi Kesejahteraan Sosial, (b) Dinas Kesehatan Kabupaten yaitu; Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Kepala Divisi Pelayanan Kesehatan, Kepala Divisi Sumber Daya Manusia, Kepala Divisi Ibu dan Anak (KIA), Kepala Unit Umum dan Program (di bawah Sekretariat Dinkes Kabupaten).

2. Informan untuk program HIV dan AIDS

Informan untuk program HIV dan AIDS mencakup; (a) Badan Perencanaan Daerah: manajer program atau penanggung jawab (*Person In Charge/PIC*) program GF di Dinas Kesehatan Kabupaten, (b) Pusat Kesehatan Masyarakat (PKM): manajer program atau penanggung jawab program tertentu (HR, VCT, PMTCT, PMS) dan pemegang data; (c) KPA Kabupaten, khususnya sekretaris KPA, manajer program atau PIC program tertentu (*Harm Reduction*, Transmisi Seksual, dan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan) dan Petugas M&E; (d) LSM yang melaksanakan program HIV dan AIDS meliputi; manajer program, petugas M&E, pekerja penjangkauan atau pendamping bagi ODHA.

3. Informan untuk sistem dan program spesifik yakni; (a) Kepala Divisi Pengendalian Penyakit Menular (P2PL) di Dinas Kesehatan Kabupaten (b) Rumah Sakit Rujukan (Klinik ARV-AIDS) terdiri kepala klinik (dokter penanggung jawab), perawat, pemegang data dan kepala puskesmas.

4. Informan untuk kualitas layanan adalah perwakilan dari populasi kunci di masing-masing daerah.

E. Manajemen dan Analisa Data

Data primer dari hasil wawancara mendalam berupa rekaman wawancara yang kemudian ditranskrip secara verbatim untuk memudahkan

proses analisa. Sedangkan untuk data sekunder dikumpulkan sesuai dengan kebutuhan berdasarkan isu atau studi kasus yang dibahas. Selanjutnya, tahapan analisis dilakukan seperti pada **gambar 4**.

a. Pengenalan

Tahap analisa ini merupakan upaya untuk memahami data dengan melakukan pembacaan atas transkrip hasil wawancara atau data sekunder dari masing-masing kasus yang dipilih oleh daerah untuk (1) menilai kelengkapan dari data yang telah terkumpul dan (2) mendapatkan tema-tema kunci di setiap transkrip atau data sekunder. Langkahnya dimulai dengan membaca transkrip atau mendengarkan kembali rekaman yang telah dibuat dan dokumen sekunder yang relevan beserta berbagai catatan yang dibuat selama pengumpulan data.

b. Identifikasi kerangka tematik

Selanjutnya, peneliti melakukan kodifikasi berdasarkan kata kunci, dimensi, atau tema yang muncul dari data primer dan sekunder. Langkahnya dengan melakukan pemeriksaan secara cermat data primer (transkrip) dengan memberikan kode-kode yang relevan dengan pandangan atau pengalaman yang muncul dalam data atau transkrip. Semua transkrip atau data sekunder diberikan kode sesuai dengan daftar kata kunci yang telah dibuat pada tahapan sebelumnya. Sub-kode atau sub-kata kunci juga dikembangkan sesuai dengan transkrip atau data sekunder yang tersedia ketika sudah memungkinkan lagi untuk mengkode menggunakan kata kunci yang ada.

c. Penyusunan indeks

Penyusunan indeks (*indexing*) adalah tahapan yang dilakukan setelah semua data selesai diberikan kode. Penyusunan indeks dilakukan dengan mengumpulkan, mengurutkan dan mengelompokkan kutipan/data yang berdasar kode-kode tertentu. Melalui *indexing* diketahui berbagai variasi jawaban untuk kode tertentu. Kecermatan dan kehati-hatian dalam penyusunan indeks ini sangat penting karena hasilnya digunakan sebagai dasar untuk



16

Gambar 4. Bagan tahapan pengolahan data primer menggunakan metode *framework approach*

mendiskripsikan tema-tema pokok dalam penelitian ini (dimensi dan sub sistem).

d. Penyusunan data

Penyusunan data dilakukan sebagai lanjutan atas hasil penyusunan indeks. Setiap sub- sistem dibuatkan sebuah matriks yang mencakup hasil penyusunan indeks untuk data primer dan sekunder. Penyusunan data primer dan sekunder ini bermanfaat untuk melengkapi topik-topik tertentu dan juga sebagai tahapan proses triangulasi untuk memastikan bahwa pernyataan atau kutipan dari data primer bisa direfleksikan dalam data sekunder atau sebaliknya.

Penyusunan data ini didasarkan pada tema-tema utama yang ingin digali dari penelitian ini yaitu konteks sistem kesehatan dan program HIV, peran pemangku kepentingan, tingkat integrasi, faktor-faktor yang memengaruhi integrasi dan penilaian efektivitas intervensi spesifik berdasarkan kinerja program.

e. Pemetaan dan interpretasi

Pemetaan dan interpretasi dilakukan untuk menentukan tipologi atau pola, menemukan hubungan antar tema, dan memberikan

penjelasan atas variasi tipologi atau pola. Proses pemetaan dilakukan dengan menggambarkan masing-masing tema besar yang telah disusun dalam tahap sebelumnya. Sementara interpretasi dilakukan untuk memahami gambaran tentang tema-tema utama agar mampu menjelaskan dan menjawab pertanyaan penelitian.

Secara lebih detail proses pemetaan dan interpretasi data sebagai berikut:

1. Analisis kontekstual

Analisa ini dilakukan dengan mendeskripsikan secara rinci hasil penyusunan data berdasarkan tema-tema pokok yang terkait dengan isu kontekstual yaitu komitmen politik, ekonomi, hukum dan regulasi, dan permasalahan kesehatan.

2. Analisis pemangku kepentingan

Analisa 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:

- a. Identifikasi peran dan fungsi pemangku kepentingan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di daerah berdasarkan kepentingan dan kekuasaan yang dimiliki dalam pengembangan kebijakan dan program HIV dan AIDS di daerah.
- b. Kepentingan adalah peran yang diinginkan atau diharapkan agar memberikan manfaat bagi pemangku kepentingan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di daerah.
- c. Kekuasaan yang dimaksud adalah sumber daya yang dimiliki dan kemampuan untuk memengaruhi atau mengontrol pelaksanaan perubahan kebijakan. Dalam hal ini kekuasaan yang dimiliki pemangku kepentingan dibedakan menjadi:
 - 1) Kekuasaan yang didasarkan pada posisi politik atau legal pemangku kepentingan

yang memungkinkan pemangku kepentingan untuk mengambil keputusan dan memobilisasi sumber daya.

- 2) Kekuasaan yang didasarkan pada besarnya sumber daya yang dimiliki oleh pemangku kepentingan dan kemampuan untuk memberikan pengaruh terhadap pemangku kepentingan yang memiliki kekuasaan politik.
- d. Pengkategorian berdasarkan tinggi (T) dan rendah (R) dilakukan dengan melihat peran normatif dan peran senyatanya dari para pemangku kepentingan HIV dan AIDS di daerah yang dilihat dari deskripsi yang dibuat pada matriks analisis pemangku kepentingan. Untuk penilaian kekuasaan didasarkan pada hasil penilaian kekuasaan sumberdaya dan kekuasaan politik.
- e. Berdasarkan posisi pemangku kepentingan, kemudian 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 pemangku kepentingan ke dalam kuadran 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.

3. Analisa tingkat integrasi

Analisa untuk melihat tingkat integrasi program HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan dilakukan melalui proses berikut:

- a. Mendeskripsikan pelaksanaan ketujuh fungsi (sub-sistem) kesehatan berdasarkan dimensi-dimensi untuk masing-masing fungsinya. Deskripsi diharapkan bisa memberikan gambaran bagaimana pelaksanaan masing-masing fungsi sistem kesehatan di masing-masing kabupaten/kota secara rinci sesuai dengan program intervensi yang dipilih. Sumber untuk melakukan deskripsi ini adalah

matriks yang dibuat pada tahap analisis data.

- b. Setelah masing-masing dimensi dideskripsikan dengan jelas dan logis maka tahap berikutnya adalah melakukan penilaian tingkat integrasi yaitu membandingkan konsistensi gambaran yang ada pada tingkat sistem dan tingkat program untuk dimensi-dimensi yang telah ditentukan. Untuk membantu menilai konsistensi, di bawah ini disusun tabel untuk masing-masing dimensi beserta pertanyaan kontrol yang mengarahkan penilaian tersebut.
- c. Selain itu untuk menilai integrasi juga digali faktor-faktor yang memengaruhi hubungan integrasi antara program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan yang dianalisa dari matriks hasil pengkodean data primer dan sekunder dari hasil analisis pada bagian :
 - 1) Konteks sebagai situasi sosial di mana sistem kesehatan dan program HIV dan AIDS berlangsung: politik, ekonomi, hukum dan regulasi, permasalahan kesehatan yang memengaruhi tingkat integrasi pada masing-masing sub-sistem.
 - 2) Pemangku kepentingan yang memiliki kepentingan dan kekuasaan dalam memengaruhi hubungan integrasi yang terjadi antara sistem kesehatan dan program penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat daerah.
- d. Penilaian tingkat integrasi berdasarkan konsistensi atas deskripsi di tingkat sistem dan program untuk masing-masing dimensi dilakukan dengan penilaian subyektif (subjective scoring). Berdasarkan matriks integrasi (lihat lampiran), masing-masing peneliti melakukan scoring secara terpisah untuk masing-masing dimensi. Jika terjadi perbedaan penilaian, kedua peneliti melakukan diskusi untuk verifikasi atas penilaian yang dibuat.
- e. Definisi tingkat integrasi yang digunakan adalah sebagai berikut:
 - 1) **Terintegrasi Penuh (P)**: apabila pelaksanaan dimensi fungsi sistem kesehatan dalam penanggulangan HIV dan AIDS di daerah tersebut mengacu atau konsisten dengan pelaksanaan fungsi sistem kesehatan untuk pengendalian penyakit menular pada umumnya.
 - 2) **Terintegrasi Sebagian (S)**: apabila pelaksanaan dimensi fungsi sistem kesehatan dalam penanggulangan HIV dan AIDS di daerah tersebut sebagian mengacu atau konsisten dan sebagian yang lain berbeda dengan pelaksanaan fungsi sistem kesehatan untuk pengendalian penyakit menular di daerah tersebut.
 3. **Tidak Terintegrasi (T)**: apabila pelaksanaan dimensi fungsi sistem kesehatan dalam penanggulangan HIV dan AIDS di daerah tersebut berbeda sepenuhnya dengan pelaksanaan fungsi sistem kesehatan untuk pengendalian penyakit menular pada umumnya.
- f. Untuk menentukan tingkat integrasi pada tingkat fungsi (sub-sistem) hasil penilaian untuk dimensi-dimensi yang relevan dengan masing-masing fungsi sistem kesehatan untuk setiap intervensi digabungkan. Penggabungan skor ini dilakukan melalui interpretasi atas penjumlahan skor di masing-masing dimensi dari sub-sistem dengan memberikan argumentasi untuk setiap skor gabungan yang dihasilkan. Demikian pula untuk menilai gambaran integrasi untuk semua sub-sistem secara keseluruhan bagi intervensi penanggulangan HIV dan AIDS dilakukan dengan cara yang sama.

4. Kontribusi integrasi terhadap efektifitas program

- a. Mengukur efektifitas dari pelaksanaan program penanggulangan HIV dan AIDS berdasarkan kuantitas dan kualitas.
 - 1) **Kuantitas**. Efektifitas dinilai sesuai data program meliputi *output* dan *outcome*

Gambar 5. Analisis faktor-faktor yang memengaruhi hubungan antara integrasi dan efektifitas

yang kemudian dibandingkan dengan target dari program di kabupaten/kota dan juga dibandingkan dengan target nasional. Untuk memudahkan analisa efektifitas program, sesuai dengan manajemen data untuk variabel efektifitas, data sekunder yang didapat (data terbaru tahun 2014) dipilih yang paling sesuai untuk menggambarkan cakupan, aksesibilitas, kualitas dan perubahan perilaku. Data dibuat matriks untuk membantu memudahkan analisa.

- 2) **Kualitas.** Diperoleh dari data primer mengenai penilaian kualitas layanan. Informasi ini diperoleh dari wawancara terhadap pemberi layanan (pelaksana program di puskesmas, rumah sakit atau klinik serta LSM untuk pendampingan) dan juga populasi kunci atau ODHA sebagai penerima manfaat. Dari data primer informasi ini dapat dilihat pada pertanyaan di sub-sistem partisipasi masyarakat pada dimensi akses dan pemanfaatan layanan. Analisa dilakukan dengan mendeskripsikan variasi-variasi yang ditemukan terkait akses, prosedur dan ketersediaan layanan dari para informan.



- b. Hubungan antara kinerja program intervensi khusus dengan tingkat integrasi, dianalisa untuk menjawab pertanyaan seberapa jauh kontribusi tingkat integrasi terhadap kinerja intervensi spesifik yang dipilih. Argumentasi dibangun dari analisa yang sudah dilakukan sebelumnya (faktor-faktor yang memengaruhi integrasi –analisis kontekstual dan analisis pemangku kepentingan dan deskripsi tentang masing-masing sub-sistem) sebagai konteks atau latar belakang hubungan antara tingkat integrasi dengan efektivitas. Secara sederhana analisa ini bisa dilihat pada **gambar 5**.

Langkah ini dilakukan untuk semua studi kasus. Hasil dari langkah ini merupakan argumentasi kualitatif yang menjelaskan tentang seberapa jauh dan bagaimana mekanisme tingkat integrasi pada masing-masing intervensi spesifik berhubungan atau tidak dengan efektivitas program.

- c. Tahap terakhir dari analisa kualitatif ini adalah penyimpulan tentang seberapa jauh tingkat integrasi intervensi spesifik secara keseluruhan berkaitan terhadap efektivitas dan bagaimana mekanisme tingkat integrasi ini bisa berpengaruh atau tidak terhadap efektivitas. Penyimpulan secara kualitatif dibuat berdasarkan layanan pencegahan dan perawatan untuk melihat perbedaan pada masing-masing layanan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS

F. Keterbatasan Penelitian

Keuntungan dipakainya penelitian studi kasus telah dibahas dalam sub-bab desain penelitian, di mana keuntungan-keuntungan tersebut menjadi pertimbangan mengapa dipilih metode ini. Namun, selain keuntungan-keuntungan tersebut, metode ini juga memiliki beberapa keterbatasan. Keterbatasan yang dimiliki juga meliputi keterbatasan yang dimiliki oleh penelitian kualitatif pada umumnya dan penelitian studi kasus secara khusus. Keterbatasan yang ditulis di sini adalah keterbatasan secara teori seperti yang dibahas oleh Hodskin (2001) dan

Zaidah (2007) dan juga keterbatasan yang spesifik antara lain:

- a. Penelitian dengan menggunakan studi kasus seringkali dianggap '*lack of rigour*'. Hal ini juga dibahas oleh Yin (1984) bahwa seringkali peneliti ceroboh dan memberikan pandangan yang bias untuk memengaruhi arah temuan dan kesimpulan. Dan sebaliknya hasilnya juga mudah didebat oleh pihak yang tidak memiliki pendapat yang sejalan. Untuk meminimalisasi hal ini beberapa tahapan dalam penelitian dilakukan seperti yang dijelaskan pada paragraf di bawah ini;
- b. Studi kasus biasanya sulit digeneralisasi karena menggunakan contoh kasus di satu atau beberapa wilayah saja sehingga tidak bisa atau sulit untuk digeneralisasikan ke wilayah lain. Keadaan ini sudah sepenuhnya disadari oleh tim peneliti sehingga dalam penelitian ini ada beberapa kasus yang diambil dari beberapa daerah untuk melihat adanya variasi. Hasilnya pun nantinya tidak akan bisa langsung digeneralisasikan ke daerah lain tetapi tetap harus melihat kondisi daerah lainnya tersebut;
- c. Kompleksitas dari studi kasus membuat metode ini sulit dipresentasikan secara sederhana. Untuk mengatasi hal ini tim peneliti sudah mencoba meminimalkan dengan mengembangkan metode penelitian yang akan memberikan panduan sampai dengan penulisan dan presentasi hasil sehingga diharapkan hasilnya tetap sejalan dan fokus dengan tujuan utama;
- d. Metode studi kasus juga identik dengan jumlah data yang besar, terutama bila dilakukan dalam skala besar (baik wilayah ataupun multi kasus). Untuk itu, penelitian ini dalam beberapa hal seperti analisis kontekstual kesehatan membatasi hanya pada empat konteks saja, meskipun pada kenyataannya ada banyak sekali konteks yang memengaruhi kesehatan. Hal ini dilakukan untuk membatasi jumlah dan disesuaikan dengan tujuan dan metode penelitian serta keterbatasan lain seperti sumber daya manusia, pendanaan dan waktu.

G. Struktur Penulisan Laporan

Laporan gabungan dari studi kasus intervensi spesifik ini terdiri dari lima bab. Bab I sebagai pendahuluan berisi tentang latar belakang penelitian yang menjelaskan bagaimana situasi penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia saat ini beserta segala permasalahan yang dihadapi, kemudian dari latar belakang tersebut maka muncul pertanyaan-pertanyaan penelitian yang menjadi tujuan dari penelitian serta kerangka konseptual yang dikembangkan dalam penelitian ini. Bab II dari laporan ini membahas secara rinci tentang metodologi yang digunakan dalam penelitian ini meliputi desain penelitian, lokasi dan waktu penelitian, instrumen yang digunakan serta metode pengumpulan data. Setelah itu dijelaskan juga dalam bab ini bagaimana manajemen dan pengolahan data serta proses analisisnya. Keterbatasan penelitian juga akan dibahas dalam bab ini diikuti dengan penjelasan bagaimana struktur penulisan dan penyajian laporan. Bab III membahas secara rinci berbagai intervensi spesifik melalui lima studi kasus yang berbeda yaitu: Studi kasus 1 - PMTS untuk WPS; Studi kasus 2 - PMTS untuk LSL; Studi kasus 3 – LASS; Studi Kasus 4 – Program *Link to Care*; dan Studi kasus 5 - Program ART. Struktur penulisan masing-masing studi kasus akan membahas mulai analisa kontekstual, analisa pemangku kepentingan, analisa tingkat integrasi dan bagaimana kontribusi integrasi terhadap efektifitas program.

Selanjutnya bab IV akan merangkum hasil seluruh studi kasus dalam pembahasan yang menjawab pertanyaan dan tujuan penelitian yang dibahas dari sisi pencegahan dan perawatan secara tersendiri. Bab terakhir yaitu bab V akan menyampaikan kesimpulan dan rekomendasi umum terkait integrasi program ke dalam sistem kesehatan untuk mencapai kinerja yang efektif. Dokumen-dokumen terkait proses penulisan laporan penelitian seperti instrumen, matriks data dan lain sebagainya dapat dilihat pada bagian lampiran.

III. Studi Kasus

Pada bagian ini, dibahas lima intervensi spesifik dari beberapa daerah. Intervensi spesifik yang dipilih beserta daerahnya dapat dilihat pada **tabel 2**. Berdasarkan tabel tersebut, masing-masing intervensi spesifik dibahas secara rinci pada sub-bab studi kasus, mulai dari gambaran umum pelaksanaan masing-masing program di wilayah penelitian dan analisis faktor-faktor yang memengaruhi integrasi yaitu analisis kontekstual dan analisis pemangku kepentingan.

Setelah itu dijelaskan tentang deskripsi dan analisis tingkat integrasi dengan membahas pada tingkat dimensi di masing-masing sub-sistem mulai dari manajemen dan regulasi; pembiayaan; sumber daya manusia; penyediaan farmasi dan alat kesehatan; informasi strategis; partisipasi masyarakat; dan upaya kesehatan. Pada bagian akhir sub-bab ini dilakukan penilaian integrasi secara umum dalam program intervensi spesifik tersebut. Sub-bab selanjutnya membahas faktor-faktor yang memengaruhi tingkat integrasi untuk menggambarkan bagaimana berbagai faktor eksternal tersebut memengaruhi tingkat integrasi program ke dalam sistem kesehatan yang ada.

Sub-bab selanjutnya membahas kontribusi integrasi terhadap tingkat efektifitas program. Untuk membahas hal ini, di awal sub-bab telah dideskripsikan terlebih dahulu mengenai kinerja masing-masing program berdasarkan hasil capaian dan juga efektifitas secara kualitatif dari program berdasarkan informasi dari penerima manfaat. Analisis selanjutnya adalah bagaimana kontribusi integrasi terhadap efektivitas kinerja program, bagaimana mekanisme kontribusi yang terjadi diantara keduanya. Selanjutnya adalah pembahasan dan diskusi yang menganalisa lebih lanjut hasil pembahasan pada sub-bab sebelumnya dengan disertai rujukan yang mendukung ataupun tidak mendukung dari berbagai penelitian sebelumnya. Dan terakhir adalah kesimpulan dan rekomendasi dari masing-masing intervensi spesifik tersebut.

Tabel 2. Daftar studi kasus, universitas peneliti dan wilayah penelitian

No	Studi Kasus	Universitas Peneliti	Provinsi/Kabupaten/ Kota
1	PMTS pada WPS	USU, Undana dan Uncen	Medan, Kupang dan Merauke
2	Program LSL	Unair dan Udayana	Surabaya dan Denpasar
3	Program LASS	PPH Atmajaya	DKI Jakarta
4	<i>Link to Care</i>	Unipa	Manokwari
5	Program ART	UPT HIV RSCM – UI dan Unhas	DKI Jakarta dan Makassar

01.

Studi Kasus : Program Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS) pada Wanita Pekerja Seks

A. Gambaran Program

Program Pencegahan Melalui Transmisi Seksual (PMTS) adalah upaya pencegahan penularan melalui jalur seksual secara komprehensif pada semua populasi kunci yang memiliki kerentanan tinggi dengan mendayagunakan kekuatan dari berbagai sektor yaitu pemerintah melalui berbagai SKPD, sektor swasta, masyarakat umum dan komunitas. Upaya ini dilakukan untuk memberdayakan WPS agar secara mandiri dapat

berperilaku aman dan mencegah penularan HIV. Pedoman PMTS Paripurna (KPAN, 2014) memiliki empat tujuan yang masing-masing direfleksikan dalam komponen program seperti yang terlihat di **tabel 3**.

Studi kasus PMTS-WPS ini dilakukan di tiga lokasi, yakni; Kota Medan, Kota Kupang dan Kabupaten Merauke. Gambaran tentang pelaksanaan PMTS pada WPS di ketiga kota tersebut di atas bisa di lihat di bawah ini:

No	Tujuan	Komponen Program
1	Mendorong terciptanya lingkungan yang kondusif dalam upaya pencegahan HIV bagi populasi kunci LBT, WPS, LSL dan waria.	Peningkatan peran positif pemangku kepentingan
2	Mendorong praktek perilaku aman baik pada tingkat individu, kelompok dan komunitas pada populasi kunci LBT, WPS, LSL dan waria.	Komunikasi Perubahan Perilaku
3	Memfasilitasi tersedianya kondom dan pelicin yang mudah diakses oleh populasi kunci LBT, WPS, LSL dan waria.	Manajemen pasokan kondom dan pelicin
4	Mendorong tersedianya layanan IMS, HIV dan AIDS yang mudah diakses oleh populasi kunci LBT, WPS, LSL dan waria.	Penatalaksanaan IMS dan HIV

Tabel 3. Tujuan dan Komponen Program PMTS

1. Peningkatan peran positif pemangku kepentingan

Penciptaan lingkungan kondusif merupakan kunci untuk mendorong optimalisasi pencegahan HIV pada kelompok risiko tinggi untuk mengurangi stigma dan diskriminasi di masyarakat. Oleh karena itu, PMTS melibatkan dukungan aktif multisektor terdiri dari instansi pemerintah, sektor swasta, dan komunitas. Hal ini dilakukan melalui pembentukan kelompok kerja (Pokja) PMTS yang terdiri dari pihak-pihak yang berkaitan dengan WPS di lokasi-lokasi *hotspot*, seperti pengelola tempat hiburan, RT dan RW setempat, penyedia layanan kesehatan, maupun instansi pemerintah seperti Satpol PP dan SKPD lainnya. Di Medan tidak terdapat lokalisasi sehingga Pokja PMTS ini disebut sebagai pokja kota:

"...kalau di tempat lain itu ada lokalisasi. Kalau di Medan itu namanya lokasi [*hotspot*] terpisah-pisah yang tidak mungkin dibuat adanya pokja lokasi. Kenapa? Karena oukup¹ itu gak kompak. Belum tentu kita bisa buat. Misalnya ada sekitar 80 oukup, gak mungkin kita buat 80 pokja lokasi. Jadinya yang ada itu pokja kota. Pokja kota itu pokja PMTS Kota Medan. Yang terlibat disitu dinas kesehatan, satpol PP, polisi, dinas pariwisata dan layanan." (Wawancara mendalam Tim USU dengan KPA Kota Medan, September 2015).

Peran Pokja PMTS, baik pokja lokasi dan pokja kota di bawah koordinasi KPA melakukan monitoring dan evaluasi konsistensi penggunaan kondom untuk WPS di lokalisasi dan tempat-tempat hiburan yang potensial terjadi perilaku seks yang tidak aman. Kutipan berikut menggambarkan sebagian peran yang dilakukan oleh beberapa pihak, seperti penanggung jawab lokasi pada kutipan pertama, serta LSM, Satpol PP, dan KPA pada kutipan berikut ini:

"Adapun masalah yang selama ini kami terapkan untuk pencegahan IMS dan HIV kepada seluruh anggota kita, kita tekankan untuk responsif penggunaan kondom. Kami ada pertemuan rutin setiap bulan.... Tentang penggunaan kondom, mungkin dari dokter PKR sendiri sudah setiap bulan menekankan ke anak-anak kami, biasakan setiap

pemeriksaan pasti dikasih penyuluhan." (Wawancara mendalam Tim Uncen dengan penanggung jawab lokalisasi Yobar di Merauke, Juli 2015).

"Tugas-tugasnya ini mengevaluasi, misalnya masalah layanan, nyaman gak-nya. Umpamanya kemaren, [ada] penangkapan-penangkapan oleh satpol PP kan ada kasus, yang termasuk orang [WPS] ODHA ditangkap. Ternyata dia masih konsumsi ARV, jadi WPS ini ODHA [yang] ditangkap sehingga terputus ARVnya. [Jadi] dengan adanya pokja ini kita inisiasi dengan satpol pp [agar saat] razia kalau ada WPS [yang] tertangkap dan butuh obat [agar] hubungi ke KPA. Nanti KPA yang menelfon ke LSM. Mohon difasilitasi obatnya, supaya dia tidak putus obatnya." (Wawancara mendalam Tim USU dengan KPA Kota Medan, September 2015).

Baik di Medan, Merauke dan Kupang, pihak keamanan seperti kepolisian dan khususnya Satpol PP secara khusus dijadikan bagian dari Pokja PMTS dengan tujuan agar mereka tidak menghambat kegiatan PMTS pada WPS. Dengan keterlibatan kepolisian di Medan, kepemilikan kondom sudah tidak lagi digunakan sebagai alat bukti untuk melakukan penangkapan WPS. Satpol PP masih melakukan tugasnya untuk melakukan razia, tetapi di Medan mereka menunjukkan dukungannya dengan tidak merazia tempat hiburan yang melaksanakan PMTS.

"Jadi istilahnya kalo semua tempat itu dirajia, akhirnya kan agak menyulitkan kita juga gitu. Jadi justru yang sebenarnya dirajia itu tempat-tempat yang nggak bisa kita ajak kerjasama. Aaa, kan jadi umpamanya ada satu tempat, ini nggak bisa diajak kerjasama, ya rajia terserah. Tapi kalau dia mau ya, janganlah." (Wawancara mendalam Tim USU dengan KPA Kota Medan, September 2015).

Dengan keterlibatan dari berbagai pihak, diharapkan bisa tercipta lingkungan yang mendukung bagi WPS untuk secara konsisten berperilaku aman dengan menggunakan kondom untuk mencegah penularan HIV/IMS.

2. Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP)

KPP merupakan pengembangan kesadaran untuk peningkatan pengetahuan komprehensif bagi WPS agar berperilaku aman. KPP ini

1) Oukup adalah sauna tradisional di Sumatera Utara, di mana tempat-tempat oukup tertentu menjadi tempat WPS berkumpul.

dilakukan melalui berbagai macam kegiatan komunikasi yang dilakukan secara sistematis kepada WPS, baik secara kolektif maupun secara individu. Hal ini dilakukan dengan merekrut pendidik-pendidik sebaya, yaitu WPS sendiri sebagai role model bagi kelompoknya dalam berperilaku aman supaya dapat menjadi pendidik yang efektif. Mereka biasanya dilatih oleh KPA atau oleh LSM yang berkoordinasi dengan KPA.

“....biasanya dari Yasanto yang kasih [pelatihan] PE atau bimbingan. Biasanya pekerja-pekerja yang dipanggil dari satu tempat biasanya dipanggil 2 orang, nanti teman-teman itu yang menjelaskan [ke] teman-temannya kembali. Jadi kita sangat mendukung hal itu, kalau ada penyuluhan-penyuluhan begitu. Ya dari sisi pekerjaan sih sebenarnya mereka rugi karena biasa [dilakukan dari pagi] sampai sore, tapi kan [dilakukan] untuk kebaikan semua jadi saya bilang tidak pa-palah.” (Wawancara mendalam Tim Uncen dengan Koordinator PHRI Panti Pijat di Merauke, Juli 2015).

Selain melalui pendidik sebaya, KPP juga dilakukan oleh kader lokasi yang biasa merupakan mucikari, pemilik losmen atau penginapan, dan pihak-pihak lain yang berada di sekitar lokasi WPS. Mereka bisa melakukan KPP kepada WPS secara person to person atau secara masal melalui penyuluhan dalam pertemuan-pertemuan. Komunikasi juga dilakukan secara tidak langsung melalui berbagai media komunikasi mandiri seperti poster, *leaflet* ataupun brosur. Informasi yang disampaikan tidak saja tentang bagaimana berperilaku seks aman tetapi juga di mana WPS bisa mengakses layanan untuk pemeriksaan IMS, HIV maupun kesehatan lainnya. Perekrutan dan pelatihan pendidik sebaya dilakukan secara terus menerus mengingat mobilitas WPS relatif tinggi.

3. Manajemen pasokan kondom dan pelicin

Pengelolaan pasokan kondom dan pelicin bertujuan untuk menjamin akses dan ketersediaan kondom bagi WPS untuk mencegah penularan HIV/IMS dan mengurangi dampak buruk yang lebih luas. Oleh karena itu, perlu

dipastikan bahwa WPS memiliki akses yang baik terhadap kondom dan pelicin. Komponen program ini dikoordinir dan difasilitasi oleh KPA melalui penyediaan kondom subsidi maupun kondom mandiri bagi WPS.

Kondom subsidi merupakan kondom yang disalurkan oleh KPAN kepada KPAK, kemudian oleh KPAK diteruskan kepada LSM atau kepada petugas penjangkau –baik dari KPA ataupun dari LSM– untuk diberikan kepada *outlet* kondom, pendidik sebaya, atau kepada WPS secara langsung melalui petugas penjangkau tersebut. Karena KPA yang mengoordinasikan PMTS, maka semua distribusi dan penggunaan kondom bersubsidi dan pelicin dicatat oleh petugas penjangkau atau lembaga yang mendapatkan distribusi dari KPA dan memberikan laporannya kepada KPA.

“Jadi saya udah ambil ke Medan Plus udah gak ke KPA lagi, saya ambil dari sana lalu ketika udah di sini saya kasih ke lokasi-lokasi pekerja-pekerja seks, nah di sana ada *outlet* kondomnya kan. *Outlet* kondomnya itu adalah pekerja seks itu juga, jadi saya ada juga sih yang langsung bagi perorang tapi yang udah ada *outlet* kondomnya terbentuk ada orang yang bisa dipercaya saya bagi ke satu orang, nanti mereka bagi ke temennya.” (Wawancara mendalam Tim USU dengan Manajer Program P3M, Agustus 2015).

Pembentukan *outlet* kondom merupakan salah satu kegiatan dalam manajemen pasokan kondom. KPA di masing-masing daerah mencatat bahwa di Merauke terdapat 89 *outlet* kondom, di Medan 158 *outlet*, dan di Kupang sebanyak 28 *outlet*. Terbentuknya *outlet-outlet* kondom ini sangat membantu terdistribusinya kondom dengan baik kepada WPS karena keberadaan mereka yang memang menjadi bagian dari lingkungan WPS sendiri.

Kondom subsidi diharapkan hanya menjadi bantuan saja yang sewaktu-waktu bisa berhenti, sehingga diharapkan daerah bisa menunjukkan kemandiriannya dalam pengelolaan distribusi kondom. Dari ketiga daerah ini, kemandirian sudah terlihat di Merauke di mana ada koperasi kondom yang pengadaannya dilakukan secara mandiri oleh pokja lokalisasi. Pengelolaan kondom mandiri ini dilakukan untuk mengurangi ketergantungan WPS pada kondom subsidi.

“Kita ada punya program kondom mandiri di lokalisasi Yobar, artinya bahwa itu kita diskusi, kita sepakatkan bahwa ada pendistribusian kondom, terus kemudian ada salah satu wisma di sana kita beri tanggung jawab, dia yang akan menjual kondom sutra, dengan harga sesuai dengan di apotek, lebih murah dari itu. Kita mengantisipasi supaya kebutuhan kondom yang diinginkan mereka tetap ada di lokalisasi Yobar. Kedua mereka tidak keluar dari Yobar. Dan juga yang ketiga, bahwa dengan adanya kondom mandiri dengan mereka beli kita punya cadangan mengantisipasi kalau nanti program kondom dari KPA nasional ini hilang.” (Wawancara Mendalam Tim Uncen dengan Sekretaris KPA Kabupaten Merauke, Juli 2015).

4. Penatalaksanaan IMS dan HIV

Puskesmas dan rumah sakit bertanggungjawab melaporkan kepada Dinkes Kota tentang berapa pasien yang dilayaninya, tetapi puskesmas tidak melapor kepada KPA. Di ketiga daerah ini, puskesmas juga melakukan kegiatan *mobile clinic* untuk pengobatan IMS dan VCT ke lokasi-lokasi *hotspot* bekerjasama dengan petugas penjangkau dari LSM.

“Kami turun ke lokasi. Jadi kalau untuk pembagian kondom, mereka sudah ada *outlet* sendiri. Itu mereka ada kerjasama langsung dengan KPA. Populasi kunci langsung kerjasama dengan KPA jadi kita tidak berhubungan dengan [kami untuk] distribusi kondom dan lain-lain cuman kita disediakan tempat, klinik untuk kita melakukan pelayanan pada mereka. Jadi, 1 minggu 1 kali di lokalisasi. Mereka mau untuk memeriksa. Cuman kita kendalanya lagi di sana itu pemeriksaan labnya tidak bisa, jadi paling sekedar pendekatan sindrom saja di sana. Kondom mereka sudah menyediakan disana, jadi hanya obat-obatan saja yang kita sediakan.” (Wawancara mendalam Tim Undana dengan Penanggungjawab Program IMS Puskesmas Alak Kupang, Agustus 2015).

Model layanan *mobile* menjadi metode yang efektif untuk meningkatkan cakupan IMS dan tes HIV seperti di Medan yang menargetkan kunjungan VCT *mobile* dua kali sebulan dan layanan IMS *mobile* empat kali per bulan. Meskipun demikian, cakupan tes dalam laporan tidak dipisahkan antara yang berasal layanan *mobile* dengan layanan statis di fasyankes. Implikasinya, data yang tersedia di SIHA adalah data keseluruhan tes VCT dan IMS. Misalnya, di Medan cakupan jumlah kunjungan WPS ke layanan IMS sebanyak 2.034 orang, dan yang

dites sipilis sejumlah 1.233 orang, jumlah kasus IMS yang ditemukan sebanyak 1.127 orang dan yang diobati sebanyak 891 orang. Sedangkan Dinkes menetapkan target sebesar 100% bagi yang kasusnya ditemukan, sehingga dari data tersebut terlihat bahwa masih ada kesenjangan antara target dengan capaian pengobatannya. Meskipun demikian, tes dan perawatan IMS juga menjadi pintu untuk merujuk pasien ke klinik VCT. Ada sebanyak 1.648 orang atau 81% dari WPS yang datang ke layanan IMS yang kemudian dirujuk untuk mendapatkan tes HIV.

B. Analisis Kontekstual

Dalam penelitian ini, konteks didefinisikan sebagai situasi sosial di mana integrasi program HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan berlangsung, meliputi aspek politik, ekonomi, hukum dan regulasi, serta permasalahan kesehatan. Berbagai faktor tersebut menentukan mekanisme bekerjanya proses adaptasi program spesifik seperti program PMTS ke dalam sistem kesehatan secara umum. Bagian ini menjelaskan pengaruh faktor-faktor situasi sosial tersebut.

27

1. Komitmen politik

Komitmen politik terhadap penanggulangan HIV dan AIDS telah diwujudkan sebagai kebijakan pemerintah melalui peraturan daerah, akan tetapi implementasinya masih terbatas. Misal, di Kabupaten Merauke terdapat kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS No. 3 Tahun 2013 yang merupakan pembaharuan atas kebijakan yang dikeluarkan pada 10 tahun sebelumnya. Penanggulangan HIV dan AIDS di kabupaten ini juga diperkuat dengan komitmen peningkatan efektifitas peran KPA melalui Perbup No. 16 Tahun 2015. Kebijakan-kebijakan ini berkonsekuensi pada penyediaan anggaran program HIV dan AIDS dan pendanaan KPA dan dukungan lintas sektoral termasuk kepada LSM dalam bentuk alokasi dari APBD. Sementara di Medan bentuk komitmen politik pemerintah daerah bisa dilihat dari rancangan Perwal sebagai penerjemahan dari Perda No. 1 Tahun 2012, SK Dinas Kesehatan No. 800 Tahun 2013

tentang pembentukan forum koordinasi LKB HIV dan AIDS. Di Kupang, bentuk komitmen politik pemerintah daerah untuk program HIV dan AIDS diwujudkan dengan kebijakan-kebijakan daerah terkait HIV seperti Perda No. 8 Tahun 2011 dan ditindaklanjuti dengan Perwali tahun 2013, hingga pengembangan regulasi tentang pokja lokalisasi dan SK Lurah tentang WPA.

Selain itu, penelitian ini menemukan bahwa ada pemaknaan yang berbeda tentang dampak desentralisasi dari perspektif pemerintah daerah dengan perspektif pelaksana program HIV dan AIDS di daerah setempat. Bagi pemerintah, desentralisasi dimaknai positif karena pemerintah daerah memiliki kewenangan untuk secara mandiri membuat kebijakan dan menentukan prioritas pembangunannya. Sementara bagi aktor-aktor pelaksana program HIV dan AIDS khususnya di Medan dan Kupang, desentralisasi dilihat sebagai sesuatu yang bisa berdampak kurang baik bagi pelaksanaan program, khususnya apabila di daerah tersebut pemimpinnya tidak memiliki kepedulian untuk penanggulangan HIV dan AIDS.

"Jadi, kalau dulu perintah dari atas itu lebih mudah dicerna. ..gambarannya kalau dulu kan dari tingkat pusat kalau ada perintah, ada Permendagri itu semua ikut langsung. Kalau sekarang, e kepala daerah kan bisa punya kajian macam-macam. Istilahnya, 'ah ini belum perlu kali.'" (Wawancara mendalam Tim USU dengan KPA Kota Medan, September 2015).

Kebijakan desentralisasi ini bagi penanggulangan HIV dan AIDS ditentukan oleh ada atau tidaknya kepedulian pemimpin setempat terhadap isu HIV dan AIDS. Hal ini bisa dibuktikan dari respons daerah yang berinisiatif memberikan komitmennya untuk peningkatan pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS sebagai bagian dari kewenangan desentralisasi yang dimilikinya. Sebaliknya, ada situasi di mana aktor-aktor pemerintah daerah bisa memiliki pemahaman yang bertlawanan dengan inisiatif program HIV dan AIDS dari pusat. Hal ini tentu saja bagi aktor program seperti KPA terasa menghambat penanggulangan HIV dan AIDS di daerah.

2. Ekonomi

Dalam beberapa tahun terakhir di ketiga daerah ini terdapat pertumbuhan ekonomi yang berdampak pada peningkatan pendapatan daerah. Kupang, contohnya, mengalami peningkatan PAD sampai 14% antara tahun 2012-2014. Peningkatan ini memungkinkan pemerintah masing-masing daerah untuk semakin meningkatkan alokasi anggarannya untuk berbagai bidang, termasuk kesehatan. Di Kupang, data sekunder menunjukkan anggaran daerah untuk kesehatan jumlahnya hampir mencapai 10% dari total APBD. Sementara di Kabupaten Merauke, kebijakan Otonomi Khusus (Otsus) juga memberikan dampak positif terhadap peningkatan anggaran pembangunan sektor kesehatan, khususnya untuk penanggulangan penyakit menular dan tidak menular termasuk IMS dan HIV.

"[Di] awal-awal [anggaran] itu memang kecil, mungkin sekitar 6-7% total APBD. Tapi terakhir-terakhir sudah hampir 9-10%. Memang saya lihat juga ini otsus sudah 15%. Cuma kalau otsus sudah besar, DAU biasa sudah tidak besar. Kalau kita bilang kesehatan penting, ketika kita lihat alokasi dana kabupaten memang di nomor 2 nomor 3, berarti itu betul." (Wawancara Tim Uncen dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke, Juli 2015)

Ketiga daerah ini juga memiliki komitmen dalam hal penganggaran sehingga anggaran untuk upaya penanggulangan HIV dan AIDS mengalami peningkatan secara signifikan. Di Merauke misalnya, besaran anggaran yang dialokasikan untuk penanggulangan IMS dan HIV menunjukkan peningkatan sekitar 48,15% dari total alokasi anggaran untuk penyakit menular yang besarnya Rp 2.409.315.000. Di Kupang, alokasi APBD untuk KPA Kota Kupang meningkat hampir 100% untuk anggaran tahun 2015. Peningkatan anggaran daerah untuk KPA di Kota Medan juga terjadi. Di ketiga daerah ini, besaran kontribusi dana dari MPI untuk IMS dan HIV ditemukan tidak signifikan jika dibandingkan dengan alokasi pendanaan dari APBD. Dukungan MPI lebih menjadi penyerta program yang sudah ada, di Merauke MPI sudah menarik dukungannya dari pemerintah setempat sehingga program penanggulangan

HIV dan AIDS dibiayai oleh pemerintah daerah dari APBN.

Di Medan terdapat kontribusi dana dari swasta (dana CSR) untuk penanggulangan HIV dan AIDS yang diberikan kepada LSM, namun skalanya masih terbatas dan lebih diberikan dalam bentuk kegiatan. Di Kupang dan Merauke tidak ditemukan dana dari pihak swasta. Dana masyarakat juga tidak dicatat oleh pemerintah daerah di ketiga lokasi ini karena jumlahnya yang tidak signifikan. Meski demikian, tetap ada dana masyarakat yang digunakan untuk mendukung program misalnya dalam bentuk donasi untuk koperasi kondom di Merauke.

Meski di satu sisi peningkatan status ekonomi di daerah membuat pemerintah setempat semakin mampu untuk mengalokasikan anggaran kesehatan serta penanggulangan HIV dan AIDS yang lebih besar, di sisi lain tetap ada masalah kesenjangan ekonomi dan sosial yang terjadi. Dokumen RPJMD Kota Kupang maupun Kota Medan secara khusus menyebutkan bahwa masalah kemiskinan masih menjadi salah satu isu yang perlu ditanggulangi. Karena faktor kemiskinan memengaruhi berkembangnya pekerja migran dan prostitusi yang berpotensi terjadinya penularan penyakit IMS dan HIV melalui transmisi seksual.

3. Hukum dan Regulasi

Meskipun tidak ada aturan hukum yang secara langsung menghambat akses untuk mendapatkan layanan kesehatan di ketiga daerah ini, akan tetapi pemerataan akses populasi kunci untuk mendapatkan layanan kesehatan masih belum optimal. Seperti pekerja seks yang berasal dari luar daerah umumnya tidak bisa mengakses layanan karena tidak memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) sebagai syarat mendapatkan layanan kesehatan.

Kebijakan yang berpotensi menimbulkan hambatan juga masih terjadi pada implementasi Perda Penanggulangan AIDS seperti di Merauke. Apabila pekerja seks diketahui menderita penyakit IMS/HIV dan tidak melaporkan diri, akan mendapatkan sanksi

denda maksimum Rp 50.000.000 atau 6 bulan kurungan penjara (Pasal 34 ayat 1 Perda No. 3 Tahun 2013). Hal ini berdampak pada rasa takut untuk memeriksakan diri karena ada petugas PPNS dan Satpol PP yang melakukan pemantauan dan penindakan.

“...kami Satpol PP selalu melaksanakan operasi maupun pengawasan-pengawasan penertiban Perda itu. Entah itu siang malam kami biasanya jalan biasanya di Yobar kami datang, di Belsumbor (Belakang Sumur Bor), kalau dulu Belrusak (Belakang Rumah Sakit) kami selalu datang dalam tugas Satpol PP melakukan penetrasi, dalam artian bahwa misalnya itu hanya memberikan teguran bahkan teguran administrasi, misalnya ijin apa dicabut. ...Jadi kami selalu rutin secara umum untuk mengawal semua Perda itu.” (Wawancara mendalam Tim Uncen dengan Satpol PP Kabupaten Merauke, Juli 2015).

Demikian halnya di Kota Medan dan Kupang, peraturan setempat yang secara tidak langsung memberikan hambatan terhadap akses WPS terhadap layanan kesehatan adalah peraturan terkait Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS). WPS dimasukkan ke dalam kategori ini sehingga menjadi objek untuk penangkapan oleh Satpol PP guna direhabilitasi dalam program-program pengalihan profesi yang dilakukan oleh Dinsos. Hal ini membuat WPS semakin sulit dijangkau, padahal pemerintah setempat tidak mengakui adanya lokalisasi sehingga keberadaan WPS sebenarnya sudah sangat tersembunyi.

4. Permasalahan kesehatan

Kapasitas daerah dalam memanfaatkan hasil survei yang dilakukannya melalui mekanisme-mekanisme yang ada masih terbatas. Akibatnya, daerah masih lebih mengandalkan hasil analisis yang dilakukan oleh pemerintah pusat untuk perencanaannya khususnya untuk penanggulangan HIV dan AIDS yang bersifat vertikal. Hal ini bisa dilihat dari pemanfaatan informasi strategis untuk pengembangan perencanaan program penanggulangan HIV dan AIDS, khususnya PMTS yang lebih mengandalkan desain program yang dilakukan oleh pusat dan donor. Meskipun sebenarnya

berdasarkan informan dari Dinkes Medan mengatakan bahwa secara rutin melakukan penentuan status kesehatan melalui surveilans rutin situasi epidemi daerah.

“Kalau berbicara mengenai epidemiologi kita tidak bisa lepaskan dari waktu tempat orang kita harus melihat secara detail, HIV AIDS ini menimpa siapa, penyebarannya itu lewat apa, termasuk wilayah-wilayah yang beresiko karena itu di dalam sero survei itu kami menyusuri wilayah-wilayah yang kami anggap berpotensi untuk melakukan penyebaran-penyebaran... saat sero survei itu kami melakukan pengumpulan data dan pengambilan sampel, kami tindak lanjuti dengan memberikan penyuluhan. Sero survei masih dilakukan secara rutin, termasuk sosialisasi di tingkat kelurahan.” (Wawancara Mendalam Tim Undana dengan Kadinkes Kota Kupang, Oktober 2015).

Di Merauke juga terdapat anggaran untuk survei epidemi di RKA, namun kenyataannya sejauh ini anggaran tersebut belum terealisasi. Hal ini menunjukkan bahwa meski secara normatif daerah menyatakan memiliki berbagai mekanisme untuk mengetahui besaran masalah kesehatan di daerahnya, pada prakteknya daerah masih lebih mengandalkan laporan yang dikumpulkan dari unit-unit layanan, baik untuk program kesehatan secara umum maupun untuk program HIV dan AIDS. Dengan demikian, perencanaan untuk penganggaran kesehatan mengacu pada data-data di tingkat lokal.

Perencanaan sektor kesehatan di daerah dalam batas tertentu sudah memanfaatkan data-data survei di tingkat populasi yang dilaksanakan oleh pemerintah pusat, seperti Riskesdas, SCP dan STBP. KPA Kota Medan juga secara rutin melaksanakan pemetaan populasi kunci bekerja sama dengan KPAN, salah satu MPI dan pernah pula didanai oleh APBD untuk pemetaan di tiga kelompok populasi kunci (waria, LSL dan WPS). Sayangnya tidak didapatkan informasi tentang sejauh mana hasil pemetaan ini digunakan di dalam perencanaan penanggulangan HIV dan AIDS di daerah. Lemahnya kapasitas daerah dalam menganalisa dan memanfaatkan data-data epidemi ini dapat dibuktikan dengan sulitnya mendapatkan data epidemi di tingkat kabupaten/kota. Implikasi dari lemahnya kemampuan daerah dalam pengolahan dan pemanfaatan data untuk pengembangan

program pada PMTS ini menyebabkan di ketiga daerah tersebut menjalankan desain program dari pusat, kecuali Merauke lebih mandiri karena sudah tidak dalam skema dukungan dari GF sehingga respons terhadap pencegahan dan penularan melalui jalur seksual menyesuaikan kebutuhan di tingkat daerah berdasarkan permasalahan kesehatan yang ada.

C. Analisis Pemangku Kepentingan

Analisis pemangku kepentingan di bawah ini dilakukan untuk memetakan seperti apa posisi para pemangku kepentingan dalam program PMTS pada WPS, dilihat dari segi kepentingannya serta kekuasaan berdasarkan sumber daya dan posisi secara politik. Posisi para pemangku kepentingan ini memiliki implikasi sejauhmana program PMTS dapat diintegrasikan ke dalam sistem kesehatan. Pemetaan pemangku kepentingan ini dilakukan terhadap pemangku kepentingan yang menjadi informan dari level sistem maupun program yang ada di tiga daerah penelitian. BPJS, PKR, Satpol PP dan Dinas Sosial merupakan informan yang hanya diwawancarai di Merauke saja, sehingga informasi yang disampaikan tentang para pemangku kepentingan ini tidak mewakili Medan dan Kupang.

Gambaran hasil analisa atas posisi dari berbagai pemangku kepentingan menurut kepentingan dan kekuasaan yang dimilikinya terhadap program PMTS pada WPS di Kupang, Merauke dan Medan bisa dilihat pada gambar 6.

1. Dinas Kesehatan

Kepentingan Dinkes terhadap PMTS rendah karena Dinkes hanya mengambil peran yang sesuai dengan tugas pokoknya, yakni tata laksana IMS yang menjadi kompetensinya dan tidak mengambil peran pada layanan pencegahan untuk perubahan perilaku. Padahal dalam Permenkes No. 21 Tahun 2013 diamanatkan bahwa Dinkes tidak hanya berperan kuratif tetapi juga memberikan layanan pencegahan. Demikian juga terkait dengan kekuasaan Dinkes, pembiayaan tata

KEPENTINGAN	Tinggi	PKR WPS	LSM Dinas Sosial* Satpol PP*	KPA
		Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Kupang dan Medan Rumah Sakit	Dinas Kesehatan Kab. Merauke BPJS Bappeda*	
	Rendah			
		Rendah	Tinggi	
		KEKUASAAN		

Keterangan:

Kepentingan Tinggi, Kekuasaan Rendah

Kepentingan Tinggi, Kekuasaan Tinggi

Kepentingan Rendah, Kekuasaan Rendah

Kepentingan Rendah, Kekuasaan Tinggi

* = memiliki kepentingan dan kekuasaan yang tinggi tetapi tidak digunakan untuk memberi manfaat bagi program PMTS

Gambar 6. Posisi Pemangku Kepentingan berdasarkan Kepentingan dan Kekuasaannya

laksana IMS di fasyankes masih mengandalkan sumber daya dari donor, khususnya untuk Kota Kupang dan Medan. Hal ini berbeda dengan di Merauke yang lebih mandiri karena Dinkes sepenuhnya menggunakan sumber dayanya sendiri untuk menyediakan layanan IMS dan VCT dengan target yang ditetapkan oleh Dinkes sendiri. Oleh karena itu, bisa disimpulkan bahwa kepentingan dan kekuasaan sumber daya Dinkes di Merauke tinggi.

2. Rumah Sakit

Kepentingan rumah sakit di Merauke terhadap PMTS rendah, sebab layanan IMS dan VCT dilakukan oleh PKR. Rumah sakit lebih bersifat pasif menunggu rujukan dari PKR atau puskesmas untuk memberikan layanan pengobatan IO atau pengobatan bagi yang positif HIV. Demikian juga di Kupang dan Medan, kepentingan rumah sakit rendah karena layanan VCT hanya merupakan layanan tambahan yang diinisiasi GF dan Dinkes, rumah sakit hanya menyediakan tempatnya saja. Layanan VCT tetap disediakan oleh rumah sakit demi mendapatkan pendanaan dari GF dan mendapatkan nilai tambah untuk status akreditasinya. Disamping itu, tugas layanan IMS dan VCT di rumah sakit dianggap oleh petugas rumah sakit sebagai tambahan kerja dengan penghargaan minim.

Dari aspek sumber daya rumah sakit tergolong rendah, sebab rumah sakit tidak mengalokasikan penambahan sumber daya

untuk layanan VCT dan IMS. Kekuasaan politik rumah sakit juga rendah sebab kemampuannya untuk memobilisasi sumber daya guna mendukung layanan VCT dan IMS yang diberikannya terbatas. Di Kupang, rumah sakit sempat mencoba untuk mendapatkan pemasukan tambahan dengan beberapa kali mengajukan permintaan hibah untuk digunakan dalam layanan VCT dan IMS. Namun pengajuan tersebut tidak disetujui oleh pemerintah daerah karena dipandang layanan HIV di rumah sakit sudah mendapatkan dana dari donor.

3. Puskesmas

Kepentingan puskesmas untuk PMTS rendah. Puskesmas ditunjuk oleh Dinkes sebagai penyedia layanan sehingga kepentingan puskesmas dalam menjalankan program ini sekedar untuk memenuhi tanggung jawabnya kepada Dinkes. Hal ini nampak di Merauke, sedangkan untuk kasus di Kupang dan Medan pertanggungjawabannya kepada donor.

“Kalau kita sebagai, ini ya, sebagai pelaksana di lapangan. Jadi kalau ada program yang turun, atau apa, kita tinggal melanjutkan saja, menjalankan saja.” (Wawancara mendalam Tim Undana dengan Penanggungjawab program IMS Puskesmas Alak, Agustus 2015).

Kekuasaan untuk mengalokasikan sumber daya bagi program PMTS juga rendah karena masih tergantung pada Dinkes. Dinkes yang menentukan disetujui atau tidaknya usulan program dan anggaran dari puskesmas. Hal ini terjadi karena puskesmas di daerah tidak memiliki kuasa anggaran untuk merencanakan dan mengalokasikan kebutuhan untuk layanan PMTS secara langsung, harus melalui Dinkes

4. KPA

Sebagai komisi yang memiliki mandat, KPA memiliki kepentingan tinggi karena dengan melaksanakan program ini maka KPA telah melaksanakan tanggung jawabnya dalam pencegahan penularan HIV melalui transmisi seksual di ketiga daerah. Selain itu di Medan

terlihat bahwa ada insentif yang didapat oleh sekretariat KPA dari pelaksanaan program PMTS, yaitu sesuai dengan desain program yang tertuang dalam panduan paripurna PMTS. KPA memiliki kemampuan untuk mengelola aspek-aspek program yang bukan menjadi keahlian dari Dinkes seperti mengoordinir LSM dalam melakukan penjangkauan bagi WPS, membentuk pokja lokasi, dan sebagainya.

Kekuasaan politik KPA dalam program PMTS di ketiga daerah ini tinggi karena KPA yang mengoordinir paling kurang tiga dari empat komponen program PMTS, kecuali penatalaksanaan IMS. Di Merauke, peran koordinasi KPA ini semakin diperkuat dengan Peraturan Bupati No. 16 Tahun 2015. Di Kupang, kekuasaan politik KPA terlihat dengan kemampuannya memobilisasi sumber daya yaitu meningkatkan jumlah anggaran daerah sebanyak 80% pada tahun anggaran 2015 dan mengalokasikan pembiayaan untuk PMTS mencapai 33%, sementara di Medan mengalokasikan 20% dari total anggarannya untuk PMTS. Di ketiga daerah ini, KPA memiliki sumber daya tinggi untuk mengelola anggaran daerah yang dialokasikan kepadanya.

5. LSM

Kepentingan LSM terhadap program PMTS pada WPS tinggi karena dari LSM mendapatkan sumber penghidupannya yang utama dari donor. Selain itu, LSM juga memiliki kepentingan untuk mempertegas posisinya sebagai sektor yang memiliki keahlian yang tidak dimiliki sektor kesehatan yaitu untuk menjangkau, mendampingi dan mewakili populasi tersembunyi seperti WPS. Keahlian inilah yang menjadi kekuasaan sumber daya utama yang dimiliki oleh LSM. Mereka telah terlibat sejak lama dalam program PMTS, dan beberapa LSM yang menjadi informan di Medan, Merauke dan Kupang memang didirikan untuk tujuan yang berhubungan dengan PMTS sehingga SDM nya memang memiliki kompetensi yang diakui.

“Sesuai dengan latar belakangnya, [kami] memiliki visi terkait tentang kesehatan masyarakat secara umum khususnya masyarakat yang memang

termarjinalkan..... Jadi kegiatan kita tu melakukan pendampingan, penjangkauan, kemudian dan pemeriksaan untuk IMS dan HIV nya... khususnya untuk LBT, pada saat itu lelaki beresiko tinggi sama pekerja seks khususnya pekerja-pekerja tidak langsung yang ada di massage atau oukup....." (Wawancara mendalam Tim USU dengan salah satu LSM di Medan, Agustus 2015).

Secara politik, LSM juga memiliki kapasitas memengaruhi pemangku kepentingan di tingkat politik. Contohnya, satu LSM di Medan pernah berhasil membuat nota kesepakatan dengan Dinkes agar mengalokasikan sumber dayanya untuk melakukan kegiatan VCT dan klinik bergerak di lokasi-lokasi *hotspot*. Selain itu, beberapa LSM di kota yang sama juga sempat mendesak pemerintah daerah untuk menambah jumlah layanan dan memastikan terpenuhinya rentang layanan, jauh sebelum konsep LKB diperkenalkan oleh Kemenkes. LSM memiliki sumber daya tinggi untuk melakukan advokasi ke pemerintah.

6. WPS

Kepentingan WPS terhadap program PMTS tinggi khususnya bagi WPS yang sudah memiliki kesadaran untuk melindungi kesehatannya. Dengan adanya program ini maka WPS bisa memeriksakan kesehatannya secara rutin lewat *mobile clinic* yang diadakan secara rutin ke lokasinya, serta mendapatkan layanan pemeriksaan IMS/HIV maupun perawatannya secara gratis di puskesmas. WPS juga bisa mendapatkan informasi maupun kondom bersubsidi dari penjangkau atau LSM.

Namun, sumber daya dan kekuasaan WPS rendah karena keberadaan mereka tidak diakui oleh penguasa daerah. Meskipun sudah berserikat, WPS akan sangat sulit untuk memberikan tekanan pada para pengambil keputusan. Seharusnya WPS bisa memiliki pengaruh misalnya dengan menuntut adanya layanan yang berkualitas dan bersahabat untuknya, akan tetapi contoh seperti ini tidak ditemukan pada informan yang ada di Medan dan Kupang. Posisi tawar WPS terhadap

klienya masih lemah dan karena sumber daya yang dimiliki oleh WPS terbatas. Dengan demikian, WPS merupakan penerima manfaat utama dari program PMTS dan lebih menjadi obyek program.

7. Bappeda

Bappeda merupakan salah satu pemangku kepentingan yang memiliki kekuasaan yang tinggi di dalam pemerintahan daerah. Akan tetapi, karena tidak mendapatkan insentif dari program PMTS pada WPS, Bappeda memiliki kepentingan rendah. Berdasarkan posisi politiknya, Bappeda memiliki kekuasaan yang tinggi untuk mengarahkan SKPD agar lebih berperan dalam upaya penanggulangan kesehatan termasuk program-program HIV dan AIDS seperti PMTS. Sayangnya di Medan dan Kupang ditemukan bahwa Bappeda justru menjadi pihak yang membatasi SKPD untuk bekerja sesuai tupoksinya saja.

"...pekerjaan itu bukan bagian mereka, ga ada tupoksinya untuk penyuluhan, kecuali tanda rambu lalu lintas bolehlah [Dinas] Perhubungan buat seperti itu, tapi kalo HIV walaupun sasarannya supir angkot, kan itu kerjaannya Dinas Kesehatan..." (Wawancara mendalam Tim USU dengan Kabid Sosbud Bappeda Kota Medan, September 2015).

Hal ini menyulitkan KPA untuk memobilisasi SKPD lain agar mengalokasikan sumber dayanya untuk program-program HIV dan AIDS. Akibatnya, program PMTS pada WPS menjadi program yang mengandalkan pendanaan dari donor, pusat atau Dinkes saja untuk aspek-aspek program terkait kuratif.

8. BPJS

Kepentingan BPJS terhadap program PMTS rendah karena BPJS tidak memiliki hubungan secara langsung dengan program tersebut. Kelompok WPS juga tidak dilihat sebagai kelompok yang potensial karena seringkali tidak memiliki identitas, berpindah-pindah sehingga memiliki tingkat risiko tinggi terhadap kestabilan pembayaran premi yang

menjadi kepentingan utama BPJS. Di lain pihak, kekuasaan sumber daya BPJS tinggi karena BPJS bisa memberikan akses terhadap layanan kesehatan kepada populasi marjinal seperti WPS. Di Merauke, keberadaan BPJS memberikan jaminan bagi orang miskin untuk mendapatkan layanan kesehatan dengan Kartu Papua Sehat (KPS). WPS juga termasuk yang mendapatkan pengobatan gratis.

“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.” (Wawancara Tim Uncen dengan Kepala PKR Kabupaten Merauke, Juli 2015).

Implikasi posisi BPJS yang seperti ini terhadap PMTS adalah kekuasaan BPJS bisa dioptimalkan untuk meningkatkan pembiayaan terkait layanan pencegahan IMS, pengobatan dan rehabilitasinya. BPJS memberikan jaminan pemerataan layanan kesehatan bagi peserta baik masyarakat yang rentan maupun masyarakat yang mandiri.

9. Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR)

PKR memiliki kepentingan yang tinggi dalam program PMTS karena merupakan lembaga yang dibentuk secara khusus untuk menangani PMTS di Kabupaten Merauke. PKR memiliki kewenangan dalam merencanakan program dan penganggaran untuk pencegahan IMS dan HIV. Tetapi kekuasaan dan sumber daya PKR rendah karena masih tergantung dengan keputusan Dinkes dalam proses perencanaan program, meskipun PKR sudah mempunyai renstra.

“Kami sebetulnya pernah menyusun renstra sebanyak 2 kali kalau tidak salah. Tapi ya itu pak, renstra ya di atas kertas saja. Jadi terus terang itu renstra terakhir itu 2014 kalau tidak salah. 2012, saya lupa lagi. Sejak itu tidak buat renstra lagi, percuma buat juga akhirnya nggak [digunakan]. Jadi kalau saya lihat, apa yang saya susun dan dinas setuju itu seperti rutin saja dan meng-copy dari tahun-tahun sebelumnya. Jadi seperti pengadaan reagen, pengadaan apa juga, loh kok ini copy-an dari tahun sebelumnya. Padahal kami setiap semester, selalu mengusulkan perencanaan.

Jadi renstra ada, tapi kenyataannya, tergantung dari dinas.” (Wawancara Mendalam Tim Uncen dengan Kepala Pusat Kesehatan Reproduksi Kabupaten Merauke, Juli 2015).

Dengan kepentingan yang tinggi, implikasi terhadap program PMTS di Merauke adalah PKR memiliki peran dalam mengembangkan program-program PMTS bersama dengan lembaga-lembaga lain yang menjadi bagian dari program PMTS. Akan tetapi meski perannya strategis, namun seberapa jauh PKR bisa memenuhi mandatnya untuk menanggulangi masalah IMS dan HIV di kabupaten ini masih sangat tergantung pada Dinkes.

10. Satpol PP

Kepentingan Satpol PP terhadap WPS tinggi tetapi tidak dengan cara yang menguntungkan program PMTS. Kepentingan Satpol PP adalah melakukan fungsi penertiban dengan melakukan razia terhadap WPS. Hal ini dalam prakteknya membuat WPS menjadi populasi yang semakin sulit untuk dijangkau. WPS juga menjadi takut untuk melakukan pemeriksaan kesehatan karena khawatir terkena denda bila diketahui mengidap IMS. Hal ini tentu saja berdampak negatif terhadap program PMTS.

Kekuasaan Satpol PP secara politik tinggi dalam hubungannya dengan penegakan hukum. Mereka mendapatkan mandat dari pemerintah daerah sekaligus penegasan berupa Surat Edaran dari Menteri Dalam Negeri terkait pelibatan Satpol PP sebagai bagian dari pemangku kepentingan dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Akan tetapi untuk program PMTS, kekuasaan sumber daya Satpol PP rendah karena tidak ada sumber daya yang secara langsung bisa digunakan untuk memperkuat program ini. Dengan posisi Satpol PP ini, mereka menjadi pihak yang selalu perlu diajak bekerjasama agar dapat melakukan tupoksinya tanpa memberikan hambatan terhadap penanggulangan PMTS di daerah. Pelibatan Satpol PP dalam pokok lokasi merupakan strategi yang relevan untuk dilakukan guna menyikapi situasi ini.

11. Dinas Sosial

Sama halnya dengan Satpol PP, kepentingan Dinsos terhadap WPS tinggi tetapi kepada program PMTS rendah, karena Dinsos memiliki pendekatan program yang berbeda dengan PMTS. Kepentingan Dinsos yang berkaitan dengan WPS adalah untuk program PMKS, di mana tujuannya adalah bukan untuk membuat WPS bisa mampu melindungi dirinya dari perilaku seks yang berisiko, tetapi untuk mengalihkan profesi mereka melalui rehabilitasi sosial.

“Misalnya ada perkiosan sementara ini dari PMI memberikan bahan-bahan untuk kegiatan perkiosan, sehingga nanti yang diharapkan beralih dari nanti kegiatan PSK itu ke usaha-usaha kios. Itu yang dari dinas menyiapkan lagi bahan-bahan perkiosan begitu, berapa orang yang bisa meninggalkan itu termasuk ada yang mau usaha jual makanan dan kita akan memfasilitasi, nanti ke depannya seperti itu.”
(Wawancara Mendalam Tim Uncen dengan Kepala Dinas Sosial Kabupaten Merauke, Juli 2015)

Kekuasaan Dinsos secara politik bagi program PMTS tinggi karena Dinsos memiliki kewenangan untuk memberikan surat keterangan bagi keluarga miskin yang tidak memiliki NIK sehingga bisa mendapatkan akses layanan BPJS. Sementara kekuasaan sumber daya Dinsos tinggi tapi tidak memberi manfaat positif bagi PMTS. Sumber daya Dinsos digunakan untuk mengatasi permasalahan kemiskinan melalui perspektif moral. Implikasi posisi Dinsos terhadap program PMTS adalah Dinsos perlu terus didekati oleh pihak-pihak yang berkepentingan untuk memastikan pembayaran layanan bagi WPS.

D. Deskripsi Pelaksanaan Fungsi Sistem Kesehatan

1) Manajemen dan regulasi

a) Regulasi

Meskipun belum terdapat kebijakan khusus yang mengatur pelaksanaan program pencegahan HIV/IMS melalui transmisi seksual,

akan tetapi program penanggulangan HIV dan AIDS masuk menjadi bagian dari peraturan daerah tentang penanggulangan HIV dan AIDS. Konsekuensinya, PMTS masuk menjadi bagian dari kebijakan sektor kesehatan melalui Renstra Dinkes setempat. Di ketiga daerah ada kesamaan terkait dengan regulasi PMTS yang menginduk pada kebijakan daerah, RPJMD. Misal, kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS telah masuk dalam kerangka pendanaan APBD. Di Kupang fokus penanggulangan penyakit menular (malaria, DB, diare, TB dan HIV), di Medan fokus pada program KIA, pencegahan penyakit menular, perbaikan gizi dan kesehatan lingkungan. Sementara, di Merauke, penanggulangan HIV dan AIDS menjadi bagian dari peningkatan penanggulangan penyakit menular dan tidak menular bersama dengan peningkatan akses layanan kesehatan yang terjangkau, penanggulangan gizi buruk, dan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin. Dengan masuknya ke dalam bagian dari Renstra Dinkes, konsekuensinya PMTS mendapatkan alokasi anggaran dari APBD di ketiga daerah.

Meskipun demikian, pengelolaan program PMTS menghadapi hambatan dalam operasionalisasinya. Informan di Kupang dan Medan menyatakan kurangnya kerja sama lintas sektor sebagai salah satu hambatan dalam pengelolaan program ini. Selain itu, hambatan yang dirasakan di Medan adalah sulitnya penjangkauan ke pelanggan WPS, sehingga memengaruhi pencapaian target untuk kelompok ini meskipun untuk WPS sendiri tidak ditemukan hambatan yang sama karena relatif lebih mudah diidentifikasi. Sedangkan hambatan yang dirasakan di Kupang adalah belum tersedianya layanan VCT di tingkat puskesmas, termasuk layanan VCT *mobile*. Hal ini mengakibatkan terjadinya penumpukan pasien di rumah sakit, sehingga dikhawatirkan WPS yang telah pergi ke rumah sakit tidak bisa terlayani. Sedang di Merauke, layanan kesehatan untuk HIV dan IMS menghadapi kendala kurangnya tenaga untuk menjangkau daerah terpencil dan masih mengandalkan tenaga kontrak layanan kesehatan untuk mengatasi kesenjangan tersebut.

Pada regulasi dapat ditarik simpulan bahwa meski masih terdapat kendala teknis di layanan akan tetapi secara umum pengelolaan HIV dan PMTS sudah terintegrasi dalam kebijakan daerah. Hal ini dapat dilihat dari komitmen penganggaran untuk HIV dan PMTS melalui mekanisme Renstra Dinkes di ketiga daerah.

b) Formulasi kebijakan

Dalam proses pengambilan keputusan terkait PMTS belum semua daerah mengacu pada mekanisme Musrenbang yang melibatkan pemangku kepentingan secara aktif. Di Merauke, meski proses perencanaan Dinkes lebih mengacu pada RPJM akan tetapi lebih terkesan *top-down*, dan tidak ada informasi tentang sejauh mana proses perencanaan dari bawah ke Dinkes berlangsung. Proses perencanaan dari bawah ke atas lebih terlihat di Medan dan Kupang yaitu melalui Minlok Puskesmas untuk menjaring usulan. Usulan ini kemudian ditampung di RUK, yang kemudian dirapatkan di Rakerkesda untuk memutuskan apakah akan dilaksanakan dan dianggarkan atau tidak. Di Kupang, hasil perencanaan sektor kesehatan ini dipadukan dengan perencanaan pembangunan pemerintah daerah yang didapat melalui proses Musrenbang.

"Dari tingkat puskesmas itu ada istilahnya mini lokakarya atau Minlok, itu buat semacam usulan kegiatan kemudian ditampung dalam RUK atau Rencana Umum Kegiatan, kemudian dipadukan dengan Musrenbang tingkat kelurahan, tingkat kecamatan... RUK dan Musrenbang tingkat kelurahan kecamatan itu ditampung, digabung dalam renja dinas, kemudian renja dinas digabung lagi dengan musrenbang kota. Jadi dia bertingkat dari puskesmas, masuk ke dinas dan disesuaikan dengan Renja dinas yang ada. Disini ada dua elemen perencanaan [yaitu] sektor kesehatan dan perencanaan pemerintah daerah. Jadi pemerintah daerah itu ada musrenbang kelurahan ada musrenbang kecamatan, kemudian musrenbang kota. Ditingkat dinas ada RUK ada RENJA, ini yang diafilisasi lagi." (Wawancara mendalam Tim Undana dengan Sekretaris Dinas Kesehatan Kota, September 2015).

Pemanfaatan data untuk pengambilan kebijakan terkait PMTS masih terbatas. Secara

dominan mekanisme perencanaan PMTS merupakan produk dari pusat khususnya untuk perencanaan pengadaan dan distribusi kondom yang dikelola oleh KPAN. Penentuan target capaian program dilakukan oleh MPI yang kemudian diimplementasikan oleh KPAD, Dinkes dan LSM. Dalam program PMTS secara umum daerah cenderung memainkan peran sebagai pelaksana program dari pusat dan belum memainkan peran yang lebih bermakna dan strategis untuk intervensi program PMTS. Kecuali di Merauke yang sudah melakukan penganggaran di APBD melalui Unit Pelaksana Teknis tersendiri yang dibentuk daerah, yakni Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR).

Pengembangan kebijakan berbasis bukti ini menjadi tantangan di ketiga daerah tersebut sehingga formulasi kebijakan di daerah masing-masing sesuai dengan data epidemi dan kebutuhan respons yang diperlukan. Dapat disimpulkan bahwa dimensi formulasi kebijakan ini belum terintegrasi dengan sistem kesehatan pada umumnya.

c) Akuntabilitas dan Daya Tanggap

Di Kupang, Medan dan Merauke, proses Musrenbang sudah berjalan dan sudah melibatkan perwakilan dari berbagai komponen masyarakat seperti dari pemerintah, tokoh masyarakat, tokoh agama, RT/RW, perangkat kelurahan, serta organisasi kemasyarakatan. Akan tetapi forum ini dirasa belum memberikan kontribusi yang signifikan dalam pengambilan keputusan bagi sektor kesehatan yang ada di Kupang dan Medan. Hal ini disebabkan masukan-masukan yang didapat lewat proses Musrenbang cenderung berpusat pada pembangunan infrastruktur saja. Sementara, masukan untuk pengembangan program kesehatan dibawa ke Rakerkesda oleh Dinkes melalui proses Minlok. Proses Minlok yang dilakukan oleh puskesmas memang melibatkan masyarakat yang ada di sekitarnya, namun forum Rakerkesda sendiri tidak melibatkan masyarakat umum dan tidak bersifat lintas bidang. Dengan demikian, memang ada proses untuk menampung aspirasi masyarakat, namun proses

pengambilan keputusan yang dilakukan oleh sektor kesehatan sudah tidak lagi melibatkan masyarakat.

Untuk program HIV dan AIDS termasuk PMTS, upaya pelibatan populasi kunci di Medan, Kupang dan Papua lebih diarahkan untuk menunjang pelaksanaan program dan pemanfaatannya daripada perencanaan dan evaluasi. Monitoring yang dilakukan di Merauke melibatkan populasi kunci tujuannya cenderung programatik, yaitu untuk mengawasi ketersediaan kondom. Di ketiga daerah ini ada berbagai alasan yang dikemukakan oleh informan sebagai hambatan untuk melibatkan masyarakat umum dan populasi kunci, misalnya keterbatasan kapasitas KPA untuk melibatkan secara bermakna peran serta populasi kunci dalam pengambilan keputusan. Sehingga, ada indikasi bahwa kemauan dan komitmen untuk melakukan upaya pelibatan memang masih terbatas. Laporan program yang dihasilkan oleh KPA dan LSM juga masih belum dapat diakses.

Di ketiga daerah ini, tidak ditemukan upaya yang sifatnya terencana untuk membuat masyarakat bisa mengetahui dan mengevaluasi berbagai program kesehatan yang ada beserta penganggarnya. Umumnya kegiatan yang dilakukan sebatas sosialisasi oleh petugas kesehatan, sehingga informasi yang dibahas lebih cenderung pada program kesehatan saja dan tidak terkait penganggaran, apalagi untuk mengevaluasi program kesehatan. Dari ketiga daerah tersebut, hanya di Kupang yang terlihat ada upaya untuk menyampaikan penganggaran dari BPJS ke setiap puskesmas, namun sifatnya juga pasif yaitu dengan menempelkan informasi tersebut di papan pengumuman.

"Nah gini, mungkin kalau programnya memang kita sampaikan, tapi kalau untuk anggaran sampai saat ini belum sevelgar gitu lah kita buka ya, karna tidak semua orang bisa memahami anggaran, bisa nati dia punya pemahaman yang berbeda." (Wawancara mendalam Tim USU dengan Kabid PMK, September 2015).

Kecenderungan data menunjukkan bahwa di sebagian besar daerah belum ada upaya yang serius untuk menyampaikan mekanisme

pertanggungjawaban kepada komunitas secara terbuka, sehingga mekanisme yang semestinya bisa menjadi media bagi akuntabilitas program tidak optimal dan lebih bersifat formalisme dari pada membangun mekanisme kontrol yang partisipatif. Oleh karena itu, dimensi akuntabilitas dan daya tanggap belum terintegrasi.

2) Pembiayaan kesehatan

a. Pengelolaan sumber pembiayaan

Pengelolaan sumber pembiayaan untuk penanggulangan HIV dan AIDS belum mencerminkan keseluruhan sumber-sumber pendanaannya. Pengelolaan sumber pembiayaan untuk penanggulangan HIV dan AIDS dan PMTS oleh daerah khususnya, adalah dana-dana yang bersumber dari APBN berupa Dana Alokasi Khusus (DAU), Dana Operasional Kesehatan (DOK), Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Dana Dekonsentrasi dan Dana Pembantuan. Sementara untuk sumber-sumber pendanaan dari MPI dan CSR belum dilaporkan menjadi bagian dari pengelolaan pembiayaan daerah. Pengelolaan sumber pendanaan di daerah secara umum di bawah kontrol dari Bappeda atau Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset, termasuk pengoordinasian berbagai sumber dari MPI. Di Merauke, Bappeda tidak mencatatkan sumber pembiayaan yang langsung diberikan ke layanan seperti dana kapitasi dari BPJS maupun BOK. Di Medan, sumber dana yang berasal dari MPI dan CSR (termasuk untuk program HIV dan AIDS) tidak dicatat atau dikoordinasikan oleh Bappeda melainkan oleh Dinas Kesehatan Kota. Sementara itu, Bappeda Kota Kupang turut mencatat dan memerhitungkan pembiayaan dari MPI. Berikut adalah gambaran sumber pembiayaan sektor kesehatan di tiga daerah.

Dalam RPJMD, Bappeda Kota Kupang tidak merincikan secara eksplisit sumber pembiayaan yang berasal dari MPI sebagaimana yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota dalam Renstra Dinas Kesehatan 2013-2017. Namun menurut Kasie P2 ada pelaporan dari Dinas Kesehatan Kota kepada bagian Perencanaan

Tabel 4. Sumber Pembiayaan untuk Pembangunan Kesehatan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Medan, Kupang dan Merauke

No	Sumber Pembiayaan untuk Pembangunan Kesehatan di Daerah	Jumlah Anggaran di Medan (Rp.)	Jumlah Anggaran di Kupang (Rp.)	Jumlah Anggaran di Merauke (Rp.)
1	APBD kesehatan untuk Dinas Kesehatan Kota (Medan dan Kupang) dan Dinas Kesehatan Kabupaten (Merauke)	119.638.000.000	72.569.646.075	88.248.994.557
2	APBD kesehatan untuk Rumah Sakit	Tidak ada	23.260.478.191	107.246.406.472
3	APBN: Dana Alokasi Khusus	3.669.800.000 (untuk obat)	5.128.354.000 (untuk farmasi 3.389.920.000 & pelayanan dasar 1.272.220.000)	3.044.890.000 (Pengadaan Obat) 745.454.953 (Pengadaan Obat – DAK Lanjutan)
4	APBN: Dana Operasional Kesehatan	Tidak ada	Tidak ada	1.616.000.000 untuk biaya operasional dan pemeliharaan
5	APBN: Dana Dekonsentrasi	Tidak ada	10.000.000	Tidak ada
6	APBN: Dana Otonomi Khusus	Tidak ada	Tidak ada	7.930.000.000
7	APBN: Dana Pembantuan	3.427.100.000 (BOK)	2.759.000.000 (BOK) 2.000.000.000	Tidak ada informasi
8	APBN: Dana Hibah	500.000.000	Tidak ada informasi	Tidak Ada informasi
9	Jamkesmas	6.950.150.000	Tidak ada informasi	5.635.900.000 untuk kesehatan orang miskin
10	MPI	Tidak ada informasi	29.647.200 (GF) 110.613.000 (AIPMNH)	Tidak ada data

No	Sumber Pembiayaan untuk Penanggulangan HIV dan AIDS di Daerah	Jumlah Anggaran di Medan (Rp.)	Jumlah Anggaran di Kupang (Rp.)	Jumlah Anggaran di Merauke (Rp.)
1	APBD 	120.960.000, 500.000.000 (untuk KPAK)	4.500.000 (transport penjangkau), 1.875.000 untuk penemuan kasus IMS & konseling penyakit, 600.000.000 untuk KPAK	410.000.000 (Pelayanan dan Pencegahan HIV/AIDS/ ke PKR) 300.000.000 untuk IMS ke PKR 450.000.000 untuk IMS ke Pokja RSUD
2	APBN: Dana Alokasi Khusus	5.564.040.000	Tidak ada informasi	Tidak ada informasi
3	APBN: Dana Dekonsentrasi	3.357.730.000	Tidak ada informasi	Tidak ada informasi
4	APBN: Dana Otonomi Khusus	Tidak ada	Tidak ada informasi	1.160.000.000
5	APBN: Dana Hibah	500.000.000	200.000.000 (melalui KPA)	1.000.000.000 (Yasanto), 1.000.000.000 (KPA) 300.000.000 (Sanggar)
6	Dana Masyarakat	Tidak tercatat	Tidak tercatat	Tidak Tercatat
7	Dana CSR	Tidak tercatat	Tidak ada	Tidak ada
8	MPI	Tidak tercatat	Dana GF melalui KPA 156.294.000, Dana GF melalui Dinas Kesehatan Kota 29.647.200	Dana UNFPA untuk KPA 300.000.000

Sumber: Data sekunder Tim Peneliti USU, Undana dan Uncen (2014)

dan Evaluasi Bappeda sehingga jelas Bappeda melakukan pencatatan atas pembiayaan yang berasal dari MPI.

“Kalau dananya juga biasa dari Bagian Perencanaan dan Evaluasi [Bappeda Kota] itu setiap bulan mengambil kesini, memberikan form, setiap triwulan itu mencatat dana bantuan dari GF itu berapa, trus kegiatannya apa-apa, nanti mereka laporkannya satu kali, jadi seluruh sumber dana tercatat di Bagian Perencanaan jadi mereka yang melaporkan karena [sesuai] sistemnya mereka.” (Wawancara mendalam Tim Undana dengan Kasie P2 Dinas Kesehatan Kota Kupang, 19 Agustus 2015).

Pencatatan sumber pembiayaan kesehatan seperti di atas lebih bertujuan untuk memastikan agar tidak ada pengalokasian anggaran yang tumpang tindih atas berbagai sumber dana. Contohnya, Dinas Kesehatan Kota Medan tidak akan menganggarkan apa yang sudah dianggarkan oleh pusat atau MPI, atau hanya akan menganggarkan dalam jumlah kecil saja untuk cadangan obat (buffer stock). Sama halnya dengan di Kupang, apa yang sudah ditanggung oleh MPI maupun KPA maka tidak akan dianggarkan lagi oleh Dinas Kesehatan Kota. Contohnya untuk sero survei karena sudah dianggarkan oleh KPA maka Dinas Kesehatan Kota tidak akan menganggarkan lagi tinggal berkoordinasi dengan KPA untuk pelaksanaannya.

Meski fungsi-fungsi koordinasi anggaran sudah ditemukan, namun ada indikasi bahwa daerah belum bisa membuat perkiraan tentang jumlah pembiayaan yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan program-program kesehatannya, termasuk untuk penanggulangan PMTS. Akibatnya, penilaian informan di ketiga daerah ini atas cukup-tidaknya anggaran dibandingkan dengan kebutuhan sangat variatif. Meski demikian, secara intuitif umumnya informan di Kupang dan Medan menjawab bahwa anggaran tidak cukup sebab ada skala prioritas yang harus diterapkan dalam menjalankan program-program yang tidak rutin sifatnya.

“Kita menyusun berdasarkan skala prioritas, makanya ada istilah fokus arah tadi karena kita tahu bahwa anggaran kita itu tidak sesuai dengan apa

yang kita inginkan. Jadi yang prioritas itu yang kita dahulukan. Yang lain itu ada dana-dana insidental masuknya kesitu. Kalau program rutin itu program yang tiap tahun ada, sama seperti kegiatan-kegiatan yang diadakan oleh puskesmas. Kalau program rutin ada uang atau tidak selalu jalan.” (Wawancara mendalam Tim Undana dengan Sekretaris Dinas Kesehatan Kota Kupang, 7 September 2015).

“Misalnya seperti review petugas, itu kan sebenarnya, namanya kita usulan, kalau mengusulkan pun pastilah sebanyak-banyaknya, tapi [ada kalanya] kita harus cut, tutup atau ambil dulu, toh ada pertemuan bulanan.Jadi kalau itu kan istilahnya, kalau gak dilaksanakan pun toh ada kegiatan lain. Misalnya seperti kami kemarin pengadaan pt sputum, misalnya untuk TB, toh kita dapat juga dari provinsi, jadi seperti kegiatan-kegiatan buffer gitu sebenarnya yang kita potong tadi, bukan kegiatan yang bisa apa itu... fatal.” (Wawancara mendalam Tim USU dengan Kabid PMK Kota Medan, 2 September 2015).

Variasi jawaban informan juga ditemukan dalam penilaian atas kecukupan pembiayaan dibandingkan dengan target penanggulangan HIV dan AIDS secara umum dan pelaksanaan program PMTS secara khusus. Di Kupang dan Merauke, Dinas Kesehatan Kota menyatakan bahwa pemerintah kota sendiri yang menentukan target pengobatan IMS yaitu 100% seperti yang tertuang dalam RPJMD dan pembiayaan yang ada untuk obat agar mencukupi untuk memenuhi target yang ada. Sementara itu untuk LSM dan KPA yang targetnya ditentukan oleh MPI, pembiayaan yang ada dinilai tidak sebanding dengan target yang ditetapkan.

Pengelolaan sumber pendanaan dari berbagai sumber domestik dan donor untuk PMTS di ketiga daerah masih berjalan paralel untuk masing-masing pilar PMTS sesuai dengan fungsi utama masing-masing sektor. Sehingga tata kelola sumber pembiayaan PMTS belum sinkron dari keempat pilar pokok yang menjadi kegiatan utama dari PMTS. Oleh karena itu, dimensi pengelolaan sumber pembiayaan masih belum terintegrasi.

b. Penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran

Mekanisme pooling dan pendistribusian pendanaan untuk HIV dan AIDS / PMTS belum cukup memadai dan kesenjangannya cukup tinggi. Misal, di Merauke, proporsi APBD Dinkes untuk pengendalian penyakit menular mencapai 2,74% dan dari jumlah ini 48,1% diantaranya dialokasikan untuk penanggulangan HIV dan IMS. Di Kupang, proporsi APBD Dinkes untuk lima penyakit utama hanya sekitar 0,6% dari anggaran APBD untuk Dinkes yang mencapai Rp 72,5 milyar. Di Medan jumlah anggaran untuk TB, DBD dan KIA sekitar 0,5% dari APBD yang dikelola oleh Dinkes.

Di Kupang, dari dana Rp 600 juta yang dianggarkan ke KPA Kota Kupang, 37% diantaranya (sekitar Rp 225 juta) dialokasikan untuk program PMTS. Sementara dari APBD yang disalurkan ke Dinkes, anggaran untuk PMTS hanya sebesar Rp 1.875.000 untuk penemuan kasus IMS dan konseling. Di APBD, tidak ada mata anggaran khusus untuk PMTS tetapi Dinkes maupun KPA yang menentukan proporsi anggaran untuk program ini. Dalam Dinkes, anggaran untuk program-program HIV seperti PMTS seringkali dibuat sebagai anggaran yang sifatnya lintas bidang, sehingga tidak ada alokasi secara terpisah dan khusus untuk PMTS saja.

Pola penganggaran lintas bidang seperti ini juga ditemukan untuk program kesehatan di luar HIV dan AIDS. Di Kupang, Merauke dan Medan, anggaran untuk program-program kesehatan yang saling berkaitan seperti KIA dan gizi, anggarannya ada yang dibuat terpisah atau mandiri per program tetapi ada juga yang bersifat lintas bidang. Anggaran yang terpisah adalah anggaran yang sesuai tupoksi program tertentu, sementara anggaran lintas bidang adalah anggaran yang berlaku untuk bidang-bidang yang relevan dengan program tersebut.

"Ada yang mandiri, ada yang lintas [bidang]. Kalau yang lintas [bidang] itu KIA, Ibu dan Anak, ada Gizi, Penyakit Menular, Malaria pada ibu hamil dan bayi, dan HIV AIDS. ...Kesehatan Ibu dan Anak ada seksi tersendiri, ada [juga] seksi Gizi, seksi gizi ini menggabungkan bukan full [untuk] Gizi sendiri

tetapi juga yang lain lagi. ...Namanya Gizi berarti hampir semua sektor bukan hanya ibu saja. Tetapi di point-point tertentu lebih di spesifikkan. Ada sendiri. ...Gizi diluar ibu hamil dan balita, misalnya ada survei pemantauan wilayah setempat, Pemantauan Status Gizi (PSG) itu masyarakat secara umum. Tetapi ada [juga] bantuan-bantuan paket untuk penanggulangan gizi BUMIL KEK dengan balita gizi buruk." (Wawancara mendalam Tim Undana dengan Sekretaris Dinas Kesehatan Kota, 7 September 2015).

Bila dilihat dari proporsi peruntukan anggarannya, di ketiga daerah ini paling besar untuk kuratif, disusul promotif dan preventif. Di Kupang, perbandingan antara anggaran untuk kuratif dan promotif/preventif yang bersumber dari APBD tidak terlampaui jauh (tidak sampai Rp 2 milyar), seperti yang terlihat dalam **tabel 5**.

Untuk program penanggulangan HIV dan AIDS, proporsi anggaran APBD melalui Dinas Kesehatan memang fokus kepada pengobatan, sementara proporsi anggaran APBD melalui KPA maupun SKPD di luar Dinkes lebih banyak digunakan untuk pencegahan dengan bentuk kegiatan yang paling umum berupa sosialisasi. Kegiatan-kegiatan pencegahan HIV/IMS yang dilakukan oleh LSM juga dibiayai oleh APBD melalui regulasi Bansos/dana hibah. Di Merauke, ada salah satu LSM yang telah berhasil mendapatkan pendanaan dari APBD dengan jumlah yang signifikan, yaitu mencapai satu milyar rupiah. Jika dikaji lebih dalam sebenarnya sumber pendanaan dari pusat untuk pencegahan ini relatif kecil seperti yang diterima oleh Kupang, karena bentuknya dukungan untuk pengadaan kondom saja. Sementara, pengadaan obat IO, reagen berasal dari APBD.

Ketercukupan pembiayaan PMTS di daerah masih menghadapi kendala dengan terbatasnya alokasi pendanaan di ketiga daerah, meskipun di semua daerah alokasi pendanaan sudah memasukan untuk penanggulangan IMS dan HIV. Apalagi perencanaan, pengadaan dan distribusi untuk kondom dan lubrikan pada WPS sepenuhnya masih bergantung pada pusat yang didukung oleh donor sehingga kontribusi daerah untuk pembiayaan alat pencegahan penularan HIV melalui jalur seks belum berjalan. Oleh

Tabel 5.
Perbandingan
Anggaran untuk
Kegiatan Promotif/
Preventif, Kuratif
dan Rehabilitatif di
Kota Kupang

Sumber	Promotif dan Preventif	Kuratif	Rehabilitatif
APBD	12.929.235.292	14.786.321.800	-
APBN/DAK	1.534.322.340	4.024.290.000	-
TOTAL	14.463.557.632	18.810.611.800	-

Sumber: Dinas Kesehatan Kota seperti yang dikumpulkan oleh Tim Peneliti Undana



karena itu, dimensi penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran belum terintegrasi.

c. Mekanisme pembayaran layanan

Untuk mengakses layanan-layanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah, masyarakat marjinal di Kupang, Merauke dan Medan bisa menggunakan JKN dengan menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI), ataupun dengan menggunakan Jamkesda yang di Merauke dikenal dengan nama Kartu Papua Sehat. Tabel 6 menunjukkan jumlah masyarakat yang diikuti sebagai peserta PBI dan Jamkesda di ketiga daerah ini. Fasilitas Jamkesda ini bisa diakses oleh masyarakat lokal dengan syarat kelengkapan administrasi seperti Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga. Selain itu, di ketiga wilayah ini masyarakat bisa mengakses layanan secara gratis di tingkat puskesmas, dengan variasi ada beberapa yang menerapkan biaya 'karcis' (bervariasi antara Rp 5-15 ribu/pasien/kunjungan).

Mekanisme pembayaran layanan di atas berlaku juga untuk pembayaran layanan HIV

dan AIDS termasuk untuk keperluan PMTS. Namun sebagaimana daerah-daerah lain di Indonesia, di ketiga daerah ini layanan PMTS yang dijamin JKN sebatas pada pengobatan IMS. Tes HIV juga tidak ditanggung JKN tetapi ditanggung oleh program. Selain itu ada pula permasalahan kelengkapan identitas atau identitas yang tidak sesuai domisili mengingat WPS merupakan populasi yang sering berpindah-pindah, sehingga WPS banyak menghadapi kesulitan untuk ikut serta sebagai PBI di JKN.

Sejauh ini, cara pemerintah daerah di Kupang dan Medan untuk menyediakan jaminan pembayaran bagi masyarakat marjinal yang berada di luar JKN adalah dengan menyediakan layanan secara gratis sampai di tingkat puskesmas. Jaminan ini termasuk untuk pembayaran mereka yang mengakses layanan PMTS, yaitu pemeriksaan dan pengobatan IMS. Di Merauke, penduduk asli baik yang memiliki KTP ataupun tidak, bisa mengakses layanan secara gratis bahkan sampai ke tingkat rumah sakit. Bagi penduduk pendatang khususnya yang tidak memiliki identitas, ada upaya dari

Dinsos setempat untuk membantu dengan membuat Nomor Induk Kependudukan (NIP) pengganti. Mekanisme pembayaran seperti ini dianggap sudah meningkatkan akses dan mengurangi hambatan masyarakat umum maupun populasi kunci terhadap layanan kesehatan.

Mekanisme pembayaran untuk jaminan terhadap pengobatan PMTS sebagian besar masih menghadapi kendala untuk WPS oleh karena di sebagian besar daerah, WPS tidak memiliki identitas sebagai prasyarat mekanisme memperoleh jaminan kesehatan nasional sehingga akses layanan kesehatan untuk WPS ini masih mengandalkan pembayaran menggunakan dana sendiri (*out of pocket*). Dengan demikian, dimensi pembayaran layanan masih belum terintegrasi.

d. Sumber Daya Manusia

1. Kebijakan dan sistem manajemen

Di Medan, Kupang dan Merauke, status kepegawaian SDM kesehatan terdiri dari PNS, PTT dan honorer/kontrak. Di Kupang dan Medan, sebagian besar SDM kesehatan adalah PNS, sementara tenaga kontrak umumnya direkrut untuk tenaga-tenaga pendukung seperti satpam, petugas kebersihan, supir puskesmas keliling serta tenaga admin. Di Medan selain posisi-posisi pendukung ini ada pula tenaga kontrak yang sifatnya diperbantukan di program mana saja yang memerlukan. Di Merauke proporsi pegawai kontrak cukup besar yaitu mencapai 40% dari semua SDM yang ada.

Di Medan sistem rekrutmen untuk tenaga kontrak dilakukan dengan melihat latar belakang kualifikasi dan dengan menggunakan SK Dinkes, yang artinya Dinkes

Tabel 6. Jumlah Peserta JKN dan Jamkesda di Merauke dan Kupang (2014)

Lokasi	Jumlah Peserta berdasarkan Jenis Kepesertaan JKN		Jumlah Peserta Jamkesda
	PBI	Non-PBI	
Merauke	412.998	761.942	Tidak ada informasi
Kupang	87.653	136.643	217.360

Sumber: Data sekunder yang dikumpulkan oleh Tim Peneliti Uncen, Undana dan USU

bisa menentukan sendiri kebutuhan tenaga kontraknya. Di Merauke prosesnya juga serupa. Variasi sistem rekrutmen ditemukan di Kupang, di mana layanan khususnya puskesmas hanya bisa mengusulkan tenaga kontrak yang dibutuhkan ke Dinas Kesehatan, tetapi Dinas Kesehatan sendiri tidak berwenang untuk merekrut tenaga kontrak tersebut. Kewenangan untuk merekrut dan mengalokasikan jumlah yang direkrut ada di Pemerintah Kota yaitu di Badan Kepegawaian Daerah (BKD). Tenaga-tenaga yang direkrut ini kemudian disalurkan ke layanan yang memerlukan. Selama puskesmas belum memiliki status BLUD, puskesmas tidak memiliki kewenangan untuk melakukan perekrutan sendiri.

Di Kupang, SDM kesehatan di rumah sakit yang terlibat dalam program HIV terdiri dari dokter PDP, konselor, petugas lab/analisis, perawat, dan tenaga administrasi. Sedangkan di puskesmas ada pengelola, bidan, konselor, analisis, perawat dan promkes. Komposisi serupa juga ditemukan di Merauke dan Medan, seperti yang ditunjukkan di **tabel 7**.

Para petugas kesehatan yang terlibat dalam layanan berstatus PNS dan tidak terlibat di layanan HIV atau PMTS saja, tetapi memiliki tugas 'reguler' lainnya. Contohnya, klinik VCT di Medan ada di bawah Bagian Kulit/Kelamin. Dengan demikian, dokter yang ditempatkan di klinik hanya tersedia pada jam yang sesuai jam gilirannya saja, kemudian harus kembali melakukan 'tugas regulernya' di bagian Kulit/Kelamin. Kondisi seperti ini juga ditemukan di Kupang, baik di tingkat puskesmas maupun tingkat rumah sakit.

"Hambatan mungkin tenaga ya, tenaganya terbatas. Tenaga (untuk program HIV)nya memang di puskesmas ada 3, pengelolanya 1. Trus, labnya 1, sama pencatat pelaporannya 1. Di pustu-pustu, ada 1-1 tenaga juga, cuman kita merangkap. Melaksanakan tugas inti di puskesmas dan juga tugas program tambahan." (Wawancara mendalam Tim Undana dengan Penanggungjawab Program IMS Puskesmas Alak, Agustus 2015).

"Nah itulah masalahnya, karna kita ini nggak full semua disini, misalnya kami sebagai konselor, [kami] punya tugas masing masing juga. Misalnya saya di [bagian] Kulit, [jadi] memang tidak semua [petugas] jumpa dengan pasien juga, jadi memang masalahnya itu...." (Wawancara mendalam Tim USU dengan Penanggungjawab Klinik VCT di RS Pirngadi, 20 September 2015)

Kebijakan sumber daya manusia untuk layanan PMTS pada tatalaksana IMS di ketiga daerah tidak terpisah dengan sistem kesehatan daerah, khususnya untuk tata laksana IMS. Sementara, tenaga penjangkauan dan pendamping dikembangkan kerjasama dengan LSM. Pemenuhan kebutuhan SDM PMTS untuk tenaga di luar tata laksana IMS masih terpisah dan belum menjadi bagian dari kebijakan kesehatan di tiga daerah. Dengan demikian, dimensi kebijakan dan sistem manajemen SDM-PMTS belum terintegrasi.

2. *Pembiayaan SDM*

Di Medan dan Kupang terdapat kesamaan sumber dana untuk membiayai SDM kesehatan, yaitu semua SDM kesehatan yang berstatus PNS dibiayai dari APBD, sementara untuk staf kontrak ada yang dibiayai APBD dan ada yang dibiayai oleh program/donor. Sementara di Merauke, komposisi status staf juga sama yaitu ada yang PNS dan ada yang kontrak/honor, semuanya didanai oleh APBD. Di Medan dan Kupang ada insentif untuk SDM kesehatan yang berasal dari APBD dan dari donor, tetapi insentif dari donor hanya berlaku untuk SDM kesehatan yang terlibat di program yang didukung oleh donor tersebut. Sebaliknya, insentif dari APBD berlaku untuk semua PNS sebagai bagian dari gaji (tunjangan). Di Merauke hanya ada insentif untuk kategori terakhir ini, yaitu untuk SDM kesehatan yang kategorinya PNS. Hal ini dikarenakan di Merauke tidak ada donor, maka insentif untuk staf kontrak tidak ada. Selain itu, di ketiga daerah ini ada pula insentif dari dana kapitasi untuk jasa pelayanan.

Tabel 7. Komposisi dan Jumlah Tenaga Kesehatan yang Terlibat dalam Program HIV dan AIDS di Kota Medan

Jenis Layanan	Jumlah Unit Layanan	Spesifikasi Petugas	Jumlah Petugas
VCT	7	Koordinator	7
		Konselor	17
		Petugas administrasi	2
		Petugas lab/analisis	6
ARV	5	Dokter PDP	5
		Perawat PDP	5
		Farmasi	5
		Manajer kasus	6
PMTCT	2	Dokter obgyn	2
		Dokter anak	2
		Perawat	2
		Bidan	4
IMS	10	Koordinator	2
		Dokter	10
		Perawat	10
		Konselor	10
		Bidan	10
		Analisis	10
		Administrasi	10
PTRM	2	Koordinator layanan	2
		Dokter	2
		Perawat	4
		Asisten apoteker	2
		Administrasi	2
		Petugas penjangkau	2

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Medan seperti yang dikumpulkan oleh Tim Peneliti USU

Mekanisme serupa juga ditemui dalam pembiayaan SDM kesehatan yang terlibat dalam program PMTS. Apabila mereka berstatus PNS maka sumber pembiayaannya dari APBD, sementara apabila statusnya adalah tenaga kontrak maka pendanaannya bisa dari APBD bisa dari donor, tergantung posisinya. Di Medan dan Kupang, ada insentif tambahan yang diberikan kepada SDM kesehatan yang terlibat dalam program HIV. Insentif ini dibiayai oleh GF dalam bentuk uang

transport atau uang administrasi yang dihitung per pasien yang ditangani per bulan dengan jumlah yang bervariasi. Di kedua lokasi ini, LSM yang terlibat dalam program PMTS umumnya berstatus pegawai kontrak yang sumber pembiayaannya baik untuk gaji maupun insentif berasal dari GF. Variasi sumber pembiayaan untuk SDM kesehatan yang terlibat dalam program HIV terlihat di Merauke yang semenjak tidak lagi mendapatkan dukungan pembiayaan dari GF, maka tidak lagi mendapatkan insentif

husus. Sumber pembiayaan untuk gaji PNS berasal dari APBD saja, termasuk untuk yang berstatus pegawai kontrak.

Pembiayaan SDM untuk PMTS didanai dari sumber APBD terutama untuk tenaga pada layanan pengobatan di bawah dinas kesehatan. Sementara itu, pembiayaan tenaga honor pendamping dari sektor non kesehatan didanai dari sumber pembiayaan donor, kecuali Merauke karena MPI sudah menarik diri sehingga alokasi pembiayaan tenaga PMTS bersumber dari APBD. Dengan demikian, dimensi pembiayaan SDM PMTS masih belum terintegrasi.

3. *Kompetensi SDM*

Khusus untuk SDM kesehatan yang bekerja dalam layanan PMTS, sumber pembiayaan pengembangan kapasitas umumnya berasal dari Dinas Kesehatan, KPA maupun dari MPI (GF) kecuali untuk Merauke. Mengingat SDM yang terlibat dalam program PMTS tidak terbatas pada SDM kesehatan saja, maka ada juga pelatihan-pelatihan terkait teknis program yang ditujukan pada SDM non-kesehatan seperti tenaga program dari LSM. Akan tetapi, penyelenggara pelatihan tersebut umumnya adalah MPI dan KPA. Dinas Kesehatan di Kupang dan Medan turut melakukan pelatihan bagi staf LSM, tetapi dengan pendanaan dari donor. Tidak ada standarisasi untuk tenaga non-kesehatan dari Dinas Kesehatan.

Topik pengembangan kapasitas SDM kesehatan umumnya berfokus pada kompetensi teknis maupun manajerial. Kompetensi teknis berkaitan dengan peningkatan kemampuan nakes untuk melaksanakan program sesuai SOP, sementara kemampuan manajerial berkaitan dengan kemampuan pengelolaan program kesehatan, seperti cara pelaporan, pengembangan SIKDA, dan sebagainya. Sementara itu, untuk SDM kesehatan yang terlibat dalam program HIV, umumnya topik yang dilatih adalah hal-hal yang berkaitan dengan teknis program misalnya pelatihan

menjadi konselor kepada staf puskesmas dan rumah sakit, pelatihan PMTCT, LKB, PICT, IMS dan HIV. Meski, ada juga yang sifatnya manajerial seperti pelatihan monitoring dan evaluasi, manajemen data dan administrasi. Hal ini sama juga di Kupang, Medan dan Merauke.

Pergantian staf karena mutasi dan rotasi cukup menjadi masalah di Merauke dan Medan, sebab kesempatan maupun dana untuk pelatihan staf pengganti tidak selalu tersedia. Di Kupang hal ini tidak dianggap sebagai gangguan yang berdampak pada layanan sebab telah ada antisipasi dengan pengkaderan khususnya untuk pengelola program. Hal ini terjadi baik untuk SDM kesehatan umum maupun SDM kesehatan yang terlibat dalam program. Salah satu cara mengatasi potensi kendala karena pergantian staf yang diterapkan di Merauke dan Medan adalah penerapan ikatan kontrak kepada SDM kesehatan yang dilatih untuk tetap berada di lembaga yang sama setelah sekian tahun diikutkan di diklat.

Karena layanan PMTS merupakan bagian dari layanan lain di fasyankes maka tidak ada upaya akreditasi dan sertifikasi layanan PMTS secara terpisah. Sertifikasi dilakukan di tingkat nakes yang terlibat dalam layanan PMTS, misalnya nakes yang bertindak sebagai konselor harus memiliki sertifikasi sebagai konselor. Namun pada prakteknya tidak semua tenaga yang terlibat dalam layanan PMTS memiliki sertifikasi yang sesuai dengan layanan yang diberikannya, dan kemampuan Dinas Kesehatan untuk menerapkan sertifikasi tersebut hanya terbatas pada nakes yang merupakan SDM kesehatan.

Kompetensi SDM kesehatan untuk PMTS di ketiga wilayah masih mengalami kendala untuk ketersediaan tenaga berkualitas secara memadai, khususnya tenaga kesehatan yang sudah memiliki kompetensi karena mekanisme kebijakan pemindahan yang menimbulkan kekosongan. Disamping itu, untuk pemenuhan tenaga non kesehatan tidak ada standarisasi dari Dinas Kesehatan,

sehingga upaya peningkatan kompetensi tenaga non-kesehatan, keberadaannya mengandalkan dukungan dari pendanaan dari donor. Dengan demikian, dimensi kompetensi SDM masih belum terintegrasi.

3) Penyediaan farmasi dan alat kesehatan

a. Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi

Mekanisme pengadaan obat dan alat kesehatan pada ketiga daerah ini pada intinya sama, yaitu berdasarkan perencanaan kebutuhan puskesmas yang disampaikan ke Dinas Kesehatan melalui RUK dan Renja dan disesuaikan dengan pagu dana. Dinas Kesehatan kemudian mengusulkan pengadaannya kepada pemerintah kota atau pusat. Permintaan ini dibuat berdasarkan estimasi dan pengadaannya sekali per tahun. Di Medan apabila ada kejadian yang menyebabkan ada kebutuhan obat tambahan maka dimungkinkan untuk meminta obat tambahan ke provinsi.

Mekanisme pendistribusian di Kupang, Medan dan Merauke juga serupa. Di Kupang pendistribusian dari gudang Pofabelkes (Pos Farmasi dan Perbekalan Kesehatan) ke unit layanan dilakukan berdasarkan estimasi yang dibuat dari penggunaan obat sebelumnya yang dilaporkan ke Dinas Kesehatan. Sementara itu di Medan, distribusi dilakukan oleh kepala gudang farmasi ke puskesmas sesuai kebutuhan dan permintaan. Di Merauke, reagen dan obat IMS disalurkan dari gudang farmasi Dinas Kesehatan ke gudang PKR, selanjutnya PKR yang mendistribusikannya ke puskesmas dan rumah sakit. Di Kupang dan Medan, tidak ada masalah terkait pengadaan dan distribusi obat-obatan dan alat kesehatan. Di Kupang yang menjadi kendala ada pada penyimpanan, di mana tidak ada pemisahan tempat penyimpanan obat dan alat kesehatan. Masalah lain yang ditemukan di Kupang adalah pencatatan di mana obat dan alat kesehatan yang keluar gudang tidak selalu dibuatkan catatannya ke dalam Laporan Permintaan dan Laporan Penggunaan Obat (LPLO).

Di ketiga daerah ini, mekanisme pengadaan, penyimpanan dan distribusi obat-obatan terkait program PMTS mengikuti mekanisme di sistem kesehatan. Untuk obat IMS dan reagen, pengadaannya dilakukan oleh Dinas Kesehatan berdasarkan usulan (RUK) puskesmas dengan memperhatikan estimasi kasus atau data pasien dan perhitungan kebutuhan obat. Proses seperti ini berjalan di Medan dan Kupang. Sedangkan di Merauke ada sedikit variasi karena dilakukan oleh PKR, tetapi mekanismenya tetap sama yaitu dilakukan dengan RKA untuk disampaikan ke Bidang Farmasi dan Makanan, kemudian dikumpulkan dalam DPA dan proses pengadaannya dilakukan melalui lelang.

Perbedaan mekanisme pengadaan untuk program PMTS terletak pada pengadaan kondom sebagai alat kesehatan karena diatur oleh sistem di luar Dinas Kesehatan (yaitu oleh KPA), dengan perencanaan yang dilakukan oleh KPAN. Di Medan, data yang digunakan oleh KPAK dalam mengusulkan pengadaan kondom terkait HIV dan AIDS dilakukan berdasarkan kalkulasi kebutuhan di lapangan, tetap pada kenyataannya jumlah yang didistribusikan ditentukan dari pusat dan tidak selalu memenuhi usulan dari KPAK. Pendistribusian kondom dilakukan oleh KPAN langsung ke KPAP. KPAP/K yang kemudian mengelola pendistribusiannya ke *outlet* dan unit layanan. Hal ini berlaku sama untuk Medan dan Kupang, perbedaannya adalah di Merauke kondom pengadaannya meskipun lewat KPA tapi didistribusikan melalui BKKBN dan Dinas Kesehatan Provinsi/Kota dan unit-unit layanan di bawahnya. Untuk pendistribusian kondom ke *outlet* KPA menggunakan tenaga petugas lapangan.

Kebijakan logistik obat dan alkes untuk PMTS masih bersifat vertikal ditentukan dari pusat seperti pengadaan kondom dan lubrikan. Daerah lebih berperan sebagai pelaksana program yang mendistribusikan kondom dan lubrikan secara gratis kepada kelompok populasi kunci. Akibatnya, belum terjadi sinkronisasi antara pusat dengan daerah sehingga mengakibatkan obat menjadi kadaluarsa atau menumpuk di gudang. Oleh

karena itu, dimensi kebijakan penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi obat belum terintegrasi.

b. Sumber Daya

Di Kupang, Medan dan Merauke, jenis obat, vaksin dan alkes yang dianggarkan oleh APBD terbatas pada obat tertentu saja karena alkes dan obat sebagian besar didanai dari pusat melalui DAK. Sementara untuk obat-obatan dan alkes yang digunakan dalam program PMTS, jenis obat yang dianggarkan di APBD adalah sebagian reagen dan obat IMS. Sebagian lagi berasal dari pusat, sementara pemerintah provinsi mengadakan cadangannya saja. Mekanisme ini ditemukan di Kupang, Merauke maupun Medan. Di ketiga daerah ini tidak ada anggaran untuk kondom karena sudah ditanggung dana program melalui KPAN.

Untuk biaya distribusi obat dan alkes terdapat variasi, seperti di Merauke tidak ada biaya distribusi. Masalah ini diperumit dengan kondisi geografis yang luas sehingga ada hambatan untuk menjangkau puskesmas pembantu (pustu) yang berada di pedalaman/pulau. Sejauh ini cara mengatasi kendala tersebut adalah dengan menitipkan obat ke masyarakat yang akan melakukan perjalanan ke daerah tersebut. Sementara di Kupang dan Medan, terdapat pendanaan untuk distribusi obat-obatan dan alat kesehatan ke unit layanan. Biaya distribusi bisa ditanggung oleh pemerintah pusat apabila pengadaan obat atau alkes tersebut berasal dari pusat, dan bisa pula dari daerah sendiri dengan anggaran dari Dinas Kesehatan. Di Medan, dana pendistribusian ini juga bisa dianggarkan oleh puskesmas dengan menggunakan dana BOK.

"Ada, jadi setiap bulannya [obat-obatan dan alat kesehatan] diantar oleh dinas ke puskesmas. Termasuk dana untuk pendistribusian itu ada, kecuali ketika puskesmas tiba-tiba mengalami lonjakan kasus mereka bisa meminta dan membuat permohonan sendiri untuk kemudian mengambilnya sendiri digudang. Kalau mereka sendiri yang datang ada dananya yaitu Dana Operasional." (Wawancara mendalam Tim Undana dengan Sekretaris Dinas Kesehatan Kota, 2 September 2015).

Biaya distribusi obat-obatan yang digunakan dalam PMTS mengikuti pola sistem kesehatan di atas. Sedangkan biaya distribusi kondom dari KPAN ke KPAP/K ditanggung oleh program. Dari KPAK ke *outlet* kondom tidak ada biaya distribusi sebab didistribusikan oleh PL. Proses ini sama untuk Merauke, Medan dan Kupang, tetapi bedanya di Medan dari 4 PL yang ada di KPA, 2 diantaranya dibiayai oleh program dan 2 lagi dibiayai oleh APBD.

Di ketiga daerah ini, tidak ada informasi tentang pengalaman kehabisan persediaan obat IMS, namun mekanisme pinjam-meminjam antar fasyankes untuk obat-obatan merupakan sesuatu yang umum terjadi. Untuk kondom, pada tahun 2013 di Medan pernah terjadi kehabisan stok kondom sehingga KPA meminjam ke BKKBN. Menurut KPAK Medan, secara kuantitas memang jumlah kondom yang dikirim oleh pusat belum sesuai dengan kebutuhan daerah.

"Jadi kalau penentuan target [distribusi kondom], target yg ditentukan nasional itu sebenarnya untuk kota Medan itu cukup kecil. Mangkanya kita selalu mencapai target. Kenapa? Jadi kalau dalam pendistribusi kondom kita hanya 3 bulan itu di targetkan sekitar 50 ribu distribusi.... 50 ribulah kan tadi hitung-hitungannya kalau semua terima pelanggan 2 aja kita butuh 68ribu per-bulan. Itu baru 1 populasi kunci, belum lagi LSL, waria. Memang kebutuhan LSL sama waria masih kecilah. Tapi kita kan musti tau karna WPS di Kota Medan itu 1600, anggap aja 1/3 yang butuh. 1 bulan butuhnya 2 kali ajalah, cukup banyak." (Wawancara mendalam Tim USU dengan KPA Kota Medan, 15 September 2015).

Sistem informasi untuk mengelola pengadaan dan penyimpanan obat-obatan dan alkes cukup bervariasi, di mana Dinas Kesehatan di Kupang menggunakan LPLO yang sifatnya lokal atau belum bisa digunakan di tingkat nasional. Di Medan belum menerapkan sistem informasi, sementara rumah sakit di Merauke menggunakan SIM-RS (Sistem Informasi Manajemen-Rumah Sakit).

Mekanisme distribusi obat masih menghadapi kendala terutama pembiayaan distribusi yang tidak dianggarkan sehingga mengakibatkan sebagian menjadi kadaluarsa. Kesenjangan pembiayaan untuk mekanisme distribusi obat menjadi catatan penting dalam jaminan

ketersediaan logistik. Dengan demikian, dimensi sumber daya obat tidak terintegrasi.

4) Informasi strategis

a. Sinkronisasi sistem informasi

Sistem informasi dan format pelaporan PMTS yang dikumpulkan oleh masing-masing lembaga berjalan sendiri-sendiri. Contohnya, rumah sakit di Medan dan Merauke mengumpulkan datanya dengan menggunakan form SIHA. Puskesmas menggunakan SIK Puskesmas serta form dari Dinas Kesehatan yang menyesuaikan dengan format dari GF, yang isinya merincikan data pasien yang dilayani seperti umur, jenis kelamin, faktor risiko, pekerjaan, dll. LSM menggunakan format pelaporan dan sistem informasinya sendiri tergantung dari siapa donornya, di mana informan LSM yang ada di Kupang dan Medan menggunakan SINU sebagai sistem informasinya.

Tidak ada koordinasi atas data program yang dikembangkan dengan sistem informasi yang berbeda dalam pengumpulan dan pelaporannya di tingkat daerah. LSM dan KPA tidak memiliki akses kepada SIHA, jadi apabila memerlukan mereka meminta langsung kepada Dinas Kesehatan. Sebaliknya apabila membutuhkan data program dari KPA dan LSM, maka Dinas Kesehatan akan memintanya. Namun di ketiga daerah ini tidak ditemukan pelaporan secara rutin dari LSM maupun KPA kepada Dinas Kesehatan. Data program milik LSM dan KPA diinformasikan kepada Dinas Kesehatan tetapi hanya melalui pertemuan tiga bulanan yang diadakan oleh KPA. Laporan yang secara rutin diberikan kepada Dinas Kesehatan terbatas data program milik rumah sakit dan puskesmas, yaitu setiap bulan.

Di tingkat daerah sinkronisasi sistem kesehatan tidak berjalan. Masing-masing memiliki mekanisme tersendiri dalam mengumpulkan data sesuai dengan kebutuhannya. Variasinya seperti SI NU, SI PKBI, SI LASS, dan seterusnya. Dengan demikian, informasi strategis tidak terintegrasi dengan sistem kesehatan daerah.

b. Diseminasi dan pemanfaatan

Menurut Dinas Kesehatan Kupang, data-data yang dihasilkan oleh Dinas Kesehatan sudah digunakan untuk perencanaan program kesehatan, serta advokasi dan sosialisasi kepada lembaga eksekutif dan legislatif. Sayangnya tidak diberikan penjelasan secara lebih lanjut bagaimana data-data yang ada kemudian berhasil digunakan Dinas Kesehatan untuk memengaruhi para pimpinan daerah dalam mengambil kebijakan kesehatan.

Meskipun sudah ada upaya dari Dinas Kesehatan untuk mengumpulkan, mendiseminasi, serta memanfaatkan data-data kesehatan untuk perencanaan, upaya tersebut, tampak lebih berhasil untuk program kesehatan umum dibanding untuk program HIV dan AIDS seperti PMTS. Hal ini dikarenakan Dinas Kesehatan sendiri tidak selalu berhasil mengkoordinasikan data-data yang dikumpulkan oleh lembaga-lembaga di luar Dinas Kesehatan yang terlibat dalam penanggulangan program PMTS, seperti LSM dan KPA. LSM sendiri menyatakan bahwa mereka tidak selalu secara rutin melaporkan data-datanya kepada Dinas Kesehatan, sifatnya lebih sering tergantung permintaan dari Dinas Kesehatan.

Sejauh ini, pihak LSM sendiri tidak tahu pemanfaatannya seperti apa sehingga dorongan untuk secara aktif melaporkan kepada Dinas Kesehatan menjadi rendah -terlebih antara LSM dengan Dinas Kesehatan tidak ada relasi pemberi dan penerima dukungan dana seperti halnya antara LSM dengan MPI. Tanggung jawab pelaporan lebih berjalan kepada pemberi dana masing-masing, dan hal ini tidak saja terjadi pada LSM. Menurut Kasie P2, data dari klinik VCT juga dilaporkan langsung ke Kementerian Kesehatan, tidak ke Dinas Kesehatan. Dinas Kesehatan memiliki akses terhadap laporan tersebut tetapi berdasarkan permintaan.

Oleh karena itu, meskipun ada pernyataan dari Dinas Kesehatan di ketiga daerah ini bahwa data program HIV dan AIDS dari berbagai pihak juga diperhitungkan dalam membuat perencanaan maupun pelaporan tentang situasi

dan respons HIV dan AIDS di kota/kabupaten masing-masing, namun mengingat masalah koordinasi data di atas tidak jelas tentang seberapa jauh data yang dikumpulkan oleh lembaga-lembaga di luar Dinas Kesehatan tercermin dalam laporan Dinas Kesehatan, maka, dapat disimpulkan bahwa dimensi diseminasi dan pemanfaatan belum terintegrasi.

5) Partisipasi masyarakat

Pelibatan masyarakat dalam proses perencanaan masih belum bermakna dan berkontribusi secara aktif dalam pengembangan PMTS sesuai dengan kebutuhan komunitas. Akan tetapi, masukan yang diberikan oleh masyarakat termasuk perwakilan LSM lebih sebagai legitimasi untuk menghindari protes dan perdebatan. Diterimanya masukan tidak menjamin bahwa aspirasi tersebut akan tampak dalam program dan anggaran yang kemudian disahkan. Opini dengan nada serupa juga disampaikan oleh informan dari Kupang yang menyatakan bahwa sering kali Bappeda sendiri sudah memiliki agenda dan proses Musrenbang sekedar dilakukan untuk memenuhi tuntutan prosedur dan mengonfirmasi program-program yang sebenarnya sudah direncanakan oleh Bappeda. Dengan kondisi seperti ini, ketertarikan masyarakat untuk terlibat dalam proses Musrenbang menjadi lemah.

Mekanisme musrenbang umumnya belum menjadi forum yang digunakan untuk menampung aspirasi masyarakat atau populasi kunci dalam pengembangan layanan PMTS, sebab keterwakilan dari populasi kunci sendiri masih terbatas. Sebenarnya KPA mempunyai forum rutin yaitu pertemuan koordinasi, hanya belum optimal karena kehadiran dari SKPD tidak lengkap. Agenda pertemuan juga lebih menjadi ruang untuk sinkronisasi data untuk kebutuhan pelaporan dan monitoring program. Menurut informan dari LSM di Kupang, hal ini dikarenakan KPA lebih memainkan peran sebagai implementor daripada koordinator. Dengan demikian, forum-forum komunikasi ini belum menjadi wadah untuk menampung aspirasi populasi kunci apalagi masyarakat

umum untuk pengembangan layanan PMTS di daerah masing-masing. Sementara itu, ada satu contoh bentuk keterlibatan masyarakat dari Kupang yang menerapkan puskesmas reformasi untuk meningkatkan mutu layanan sejak 2014. Keterlibatan masyarakat dilakukan dengan melibatkan tokoh masyarakat di puskesmas sebagai dewan yang memberikan masukan sekaligus membantu mencari sumber dana bagi kegiatan yang tidak diakomodir pemerintah.

Terdapat variasi dalam ketersediaan dana APBD sektor kesehatan yang dialokasikan untuk memperkuat partisipasi pengembangan layanan kesehatan. Di Medan dana seperti ini tidak tersedia, sementara Merauke ada alokasi APBD yang sudah diakses masyarakat untuk membiayai pelatihan atau kegiatan-kegiatan untuk peningkatan kapasitas. Di Kupang, dana untuk mendorong partisipasi masyarakat tersedia dalam bentuk hibah yang bisa diakses dengan membuat proposal. Meskipun demikian, partisipasi strategis populasi kunci dalam proses pengambilan keputusan yang memengaruhi hajat hidup para WPS masih belum bermakna. Keterlibatan populasi WPS dalam perencanaan lebih menjadi ruang untuk pemenuhan prasyarat demokrasi akan tetapi belum menyentuh permasalahan dasar terkait dengan aspirasi dari populasi kunci sendiri. Dengan demikian, dimensi partisipasi masyarakat dalam program PMTS tidak terintegrasi.

6) Upaya kesehatan

a. Ketersediaan layanan

Layanan kesehatan umum di ketiga daerah ini sudah mencukupi, meskipun dilihat dari jumlahnya tiga daerah ini memang tidak bisa dibandingkan. Di antara tiga daerah ini, sebagai kota yang paling besar dengan populasi penduduk terbanyak adalah Medan. Medan memiliki jumlah layanan terbanyak dengan 41 puskesmas yang 11 diantaranya bisa melayani rawat inap, sementara di Kupang hanya ada 10 puskesmas dengan 4 puskesmas yang memiliki fasilitas rawat inap. Dari segi kelengkapan layanan, Medan memiliki fasilitas terlengkap dengan 2 rumah sakit tipe A. Dengan demikian,

rujukan ke luar daerah untuk mendapatkan perawatan yang lebih baik bisa diminimalisir. Hal ini berbeda dengan kondisi di Kupang dan Merauke, masih sering terjadi rujukan ke luar daerah yang jumlah dokter spesialisnya lebih banyak dan fasilitasnya lebih lengkap.

Meskipun demikian, apabila dilihat dari segi akses masyarakat ke fasilitas kesehatan dasar di sekitar lingkungan rumahnya, masyarakat di Kupang cukup memiliki kemudahan dengan banyaknya fasilitas pendukung seperti 35 puskesmas pembantu dan 5 pos kesehatan keluarga. Ada juga puskesmas keliling untuk menjangkau rukun warga tertentu yang belum memiliki fasilitas layanan kesehatan dasar. Sebaliknya di Medan karena sebaran penduduk paling padat ada di pusat kota, maka layanan dasar juga cenderung terpusat di daerah-daerah padat penduduk tersebut. Akibatnya, kemampuan masyarakat di pinggiran kota untuk menjangkau layanan menjadi lebih terbatas.

Masalah akses yang tidak merata seperti ini baru terasa di Kupang, apabila seseorang hendak mengakses layanan PMTS seperti VCT dan IMS. Layanan VCT yang ada di daerah ini ada 3 dan semuanya berlokasi di rumah sakit provinsi yang berlokasi di Kupang, sehingga relatif mudah dijangkau oleh masyarakat kota Kupang tetapi tidak untuk masyarakat yang berada jauh dari kota. Jumlah ini tergolong sedikit apabila dibandingkan dengan Medan yang memiliki 24 lokasi layanan VCT. Sementara di Merauke, layanan PMTS juga terdapat di 24 puskesmas, 1 RSUD dan PKR. Dari jumlah tersebut terdapat 6 puskesmas satelit yang memberikan layanan IMS dan HIV. Namun terlepas dari variasi jumlah layanan, kesamaan yang ditemui dari layanan VCT dan IMS yang ada di Medan, Merauke dan Kupang adalah layanan-layanan ini tidak tersedia di semua fasyankes melainkan hanya tersedia di fasyankes tertentu saja.

Layanan PMTS belum sepenuhnya dilakukan oleh semua komponen secara komprehensif karena ada pembagian peran untuk puskesmas dan RSU yang lebih sebagai penyedia layanan. Dalam PMTS, rumah sakit berfokus pada kegiatan kuratif yaitu penatalaksanaan IMS

yang mencakup pengobatan IMS (dan VCT untuk kasus Kupang). Tugas ini juga diperankan oleh puskesmas, namun dalam pencegahan puskesmas juga melakukan penapisan IMS/HIV. Kegiatan puskesmas maupun rumah sakit ini dikoordinir oleh Dinas Kesehatan, sementara kegiatan-kegiatan pencegahan cenderung menjadi tanggung jawab sektor non-kesehatan seperti LSM dengan koordinasi dari KPA. LSM memainkan peran sebagai penjangkau yang merujuk WPS untuk mendapatkan informasi pencegahan serta mengakses layanan. Layanan yang bersifat rehabilitatif seperti mitigasi dampak diserahkan kepada masyarakat umum ataupun Dinas Sosial.

Ketersediaan layanan tata laksana IMS secara mendasar sudah terpenuhi di tiga daerah kajian yang diberikan melalui layanan kesehatan umum pada fasilitas kesehatan di tingkat pertama (puskesmas). Hampir sebagian besar fasilitas layanan kesehatan yang berkontribusi sudah memenuhi persyaratan untuk melakukan promosi dan pencegahan PMTS melalui fungsi-fungsi tradisional pada aspek kuratif (pengobatan). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dimensi ketersediaan layanan sudah terintegrasi.

b. Koordinasi dan rujukan

Mekanisme rujukan dalam program PMTS memiliki kesamaan dengan perawatan kesehatan umum dan dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat primer, dari Pustu ke puskesmas, RSU Kota dan RSU Provinsi. Akan berbeda bila dalam memperoleh layanan bagi WPS karena dibantu dengan LSM. Siklus layanan PMTS ini dilakukan mulai dari konseling, tes, dan jika positif akan dirujuk ke RSU untuk pengobatan ARV. Sementara jika negatif akan dirujuk kembali ke LSM yang mendampingi.

Sistem rujukan yang berbeda ini menimbulkan potensi masalah koordinasi antar fasyankes menjadi lebih besar bagi layanan HIV dibanding layanan kesehatan umum. Terbukti di Medan dan di Kupang, hambatan utama yang dikeluhkan dalam menyediakan layanan HIV

secara komprehensif adalah hambatan yang terkait dengan masalah koordinasi. Untuk mengatasi masalah ini maka diimplementasikan strategi seperti LKB untuk memperkuat jejaring layanan. Tetapi di ketiga daerah ini penerapannya juga masih simpang siur meskipun semua menyatakan bahwa jejaring layanan kesehatan antara puskesmas, LSM dan pokja sudah berjalan. Namun ketidakjelasan yang ada mengakibatkan hasil dari strategi LKB terhadap ketersediaan layanan belum terlihat di 3 daerah ini, seperti halnya dengan strategi SUFA.

Mekanisme koordinasi dan rujukan medis belum secara konsisten dilakukan seperti mekanisme rujuk balik dari puskesmas atau rumah sakit kepada puskesmas atau ke LSM dalam layanan lanjut terhadap ODHA. Dalam mekanisme *continuum of care* (layanan komprehensif), koordinasi dan mekanisme rujukan menjadi vital untuk menjaga kepatuhan berobat supaya tidak menimbulkan resistensi obat. Hal ini membutuhkan komitmen dari penyedia layanan, baik dari sektor kesehatan maupun dari non-kesehatan. Dapat disimpulkan bahwa dimensi koordinasi dan rujukan, belum terintegrasi.

c. Jaminan kualitas layanan

Mekanisme jaminan kualitas layanan sudah dilakukan oleh Dinas kesehatan sebagai penanggung jawab penyelenggaraan upaya kesehatan di daerah, meskipun demikian belum ada standarisasi yang jelas untuk layanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan non kesehatan. Jaminan kualitas layanan sektor kesehatan dilakukan tiga hal yaitu: *Pertama*, supervisi dan bimbingan teknis kepada layanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik dan puskesmas secara berkala setiap tiga bulan yang dilakukan oleh semua dinas kesehatan di tiga daerah. Supervisi dilakukan untuk mengecek implementasi program apakah sesuai yang direncanakan atau sudah sesuai dengan SOP, mengecek kelengkapan fasilitas serta ketersediaan alat dan bahan pengobatan, memeriksa aspek ketenagaan seperti kualifikasi dan kecukupannya, serta untuk menemukan

hambatan dalam implementasi layanan.

Kedua, penjaminan kualitas layanan juga dilakukan dengan melakukan akreditasi dan sertifikasi layanan. Namun mekanisme seperti ini baru dilakukan di Merauke dan baru mulai diperkenalkan di Kupang dan Medan. Rencana implementasi di kedua daerah ini pada tahun 2016 sebagai bagian dari langkah untuk menjadikan puskesmas sebagai badan usaha daerah. Di Merauke, ditemukan bahwa kualitas layanan kesehatan masih rendah dilihat dari hasil akreditasi yang rata-rata nilainya masih di kategori C+.

Ketiga, penjaminan kualitas juga dilakukan dengan mekanisme survei kepuasan pelanggan atau dengan menaruh kotak keluhan dan saran. Kedua mekanisme ini pernah dilakukan oleh rumah sakit dan puskesmas yang ada di Medan, Kupang maupun Merauke, namun masih ada beberapa masalah dalam implementasinya. Pertama, mekanisme pengumpulan pendapat dari pelanggan ini masih belum dilakukan secara rutin, dan kedua, tidak ada tindak lanjut yang jelas dari temuan yang didapatkan. Dinas Kesehatan sendiri tidak selalu mendapatkan informasi tentang hasil survei kepuasan pelanggan di tingkat layanan, dan apabila mendapatkan tidak selalu menjadikan hasil survei tersebut sebagai bagian dari upaya Bimtek yang harus dilakukannya.

"Yang terakhir dilakukan itu pada tahun kemarin, ada survei kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas Pasir Panjang. Bukan hanya Puskesmas Pasir Panjang tetapi ada beberapa puskesmas, 7 puskesmas yang melakukannya sudah dari tahun lalu.. Tahun kemarin itu puskesmas memberikan [survei] kepada masyarakat untuk dinilai pelayanan kesehatannya, tetapi selanjutnya saya tidak tahu hasil akhirnya seperti apa. Karena tahun lalu itu gencar-gencarnya dilakukan pelayanan publik, program walikota, kepuasan pelanggan. Sudah ada dilaksanakan tetapi tindak lanjutnya tidak dimasukan kesini." (Wawancara mendalam Tim USU dengan Kabid Yankes, 13 Agustus 2015).

"Kalau untuk itu kita sebenarnya sudah, karena di dalam setiap kegiatan, di dalam setiap rapat-rapat, kita memang sudah mengarahkan kepada layanan untuk coba menilai kepuasan pasien itu secara sederhana. Tapi [dari] Dinas juga tidak menindak lanjuti." (Wawancara mendalam Tim USU dengan Kabid Yankes, 14 September 2015).

Dalam PMTS, upaya penjaminan kualitas layanan IMS juga sudah menyesuaikan dengan mekanisme yang dilakukan oleh sistem kesehatan. Dinas Kesehatan melakukan bantuan teknis dan supervisi dengan intensitas yang sama dengan program kesehatan lainnya, yaitu setiap tiga bulan. Aspek yang diperiksa dalam supervisi sama dengan supervisi pada program kesehatan lainnya, yaitu aspek ketenagaan untuk menilai apakah nakes yang melayani program HIV sudah terlatih, aspek ketersediaan reagen untuk tes IMS dan HIV, obat IMS, pelaksanaan pelayanan dan capaiannya, serta kelengkapan administratif seperti ada tidaknya buku pedoman dan pencatatan untuk pelaporan. Dinas Kesehatan juga mengembangkan panduan dan SOP untuk memandu implementasi program seperti panduan pelaksanaan PMTS dan penatalaksanaan IMS untuk petugas layanan, serta melatih tenaga kesehatannya untuk bisa memberikan layanan IMS dan VCT seperti di Merauke.

Akan tetapi yang menjadi catatan adalah peran supervisi terhadap layanan tidak saja menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan tetapi juga dilakukan oleh MPI secara langsung. Karena MPI, dalam hal ini GF, memberikan pendanaan bagi Dinas Kesehatan di Medan dan Kupang, maka GF memberikan target kepada Dinas Kesehatan Kota untuk melakukan supervisi dan melaporkan hasilnya kepada GF. Contohnya, Dinas Kesehatan Kota Medan memiliki target kunjungan supervisi yaitu 43 kali per tahun ke semua fasyankes yang memiliki layanan HIV dan AIDS dan temuannya kemudian disampaikan kepada GF. GF sendiri dilaporkan melakukan kunjungan supervisi ke layanan langsung, sehingga peran supervisi ini tidak semata-mata dilakukan oleh Dinas Kesehatan saja.

Sedangkan penjaminan kualitas untuk sektor non kesehatan karena tidak ada hubungan kerja yang sifatnya resmi antara Dinas Kesehatan dengan lembaga di luar sektor kesehatan seperti LSM, maka Dinas Kesehatan tidak mengawasi kualitas layanan yang diberikan oleh LSM. Layanan penjangkauan

dan pendampingan yang diberikan oleh LSM dikoordinasikan oleh KPA dan monitoring serta evaluasi programnya dilakukan oleh pihak donor masing-masing. Selain itu, di tingkat LSM tidak ditemukan upaya khusus untuk mengumpulkan masukan dari populasi kunci yang dilayaninya terkait kualitas layanan yang diberikan. Dalam aspek inilah terdapat perbedaan antara mekanisme penjaminan kualitas layanan kesehatan umum dengan layanan PMTS. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dimensi jaminan kualitas layanan belum terintegrasi.

E. Tingkat Integrasi Program PMTS pada WPS ke dalam Sistem Kesehatan

Dalam penelitian ini, integrasi didefinisikan sebagai pengaturan organisasional yang ditujukan untuk mengadopsi program HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan di tingkat daerah. Pengaturan organisasional ini bisa terjadi di tingkat fungsional dalam bentuk koordinasi, penyesuaian, serta hubungan antara sistem kesehatan dengan program tertentu, atau di tingkat struktural dalam bentuk penggabungan layanan. Berdasarkan gambaran fungsi sub-sistem kesehatan di atas, bisa diambil kesimpulan-kesimpulan tentang tingkat integrasi dari masing-masing dimensi sub-sistem kesehatan dengan program PMTS, seperti yang ditampilkan pada **tabel 8**.

Secara umum gambaran dan analisis pelaksanaan fungsi sistem kesehatan di atas menunjukkan bahwa program pencegahan HIV/IMS melalui transmisi seksual belum terintegrasi ke dalam sistem kesehatan umum. Dari ketujuh belas dimensi hanya terdapat 2 dimensi yang terintegrasi yakni dimensi manajemen dan regulasi, serta dimensi ketersediaan layanan. Dimensi kebijakan lebih terintegrasi karena secara kebijakan di tiga daerah, Medan, Kupang dan Merauke, pemerintah daerah sudah mengeluarkan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, dan sudah memberikan komitmen alokasi penganggaran untuk penanggulangan HIV dan AIDS meskipun masih terbatas.

Sub-sistem	Dimensi	Tingkat Integrasi
Manajemen dan regulasi	Regulasi	þ
	Formulasi kebijakan	ý
	Akuntabilitas	ý
Pembiayaan	Pengelolaan sumber pembiayaan	ý
	Penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran	ý
	Mekanisme pembayaran layanan	ý
Sumber daya manusia	Kebijakan dan sistem manajemen SDM	ý
	Pembiayaan SDM	ý
	Kompetensi SDM	ý
Penyediaan farmasi dan alat kesehatan	Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi	ý
	Sumber daya	ý
Informasi strategis	Sinkronisasi sistem informasi	ý
	Diseminasi dan pemanfaatan	ý
Partisipasi masyarakat		ý
Upaya kesehatan	Ketersediaan layanan	þ
	Koordinasi dan rujukan	ý
	Jaminan kualitas layanan	ý

þ Terintegrasi penuh ý Tidak terintegrasi ** Terintegrasi Sebagian

Tabel 8. Penilaian Tingkat Integrasi Program PMTS WPS ke Dalam Sistem Kesehatan

Dimensi kedua, yang terintegrasi adalah ketersediaan layanan. Ketersediaan layanan lebih terintegrasi karena secara fungsional di ketiga daerah sudah tersedia layanan infrastruktur layanan kesehatan (service delivery) di tingkat puskesmas yang dirancang oleh pemerintah untuk memberikan layanan untuk IMS dan HIV pada tingkat layanan primer. Meskipun sumber pendanaan untuk kegiatan tersebut tidak sama dengan sumber pendanaan bagi layanan kesehatan lainnya. Secara khusus di Merauke, layanan PMTS memiliki kebijakan tersendiri dengan pembentukan unit pelaksana teknis di bawah Dinas Kesehatan yang menangani pencegahan penularan HIV/IMS melalui transmisi seksual. Dengan adanya unit khusus layanan PMTS sebagai bagian dari nomenklatur dalam sistem kesehatan, menjadikan ketersediaan layanan PMTS Kabupaten Merauke terintegrasi penuh dengan sistem kesehatan daerah.

Pada **tabel 8** bisa juga dilihat bahwa dimensi-dimensi fungsi pembiayaan tidak terintegrasi seperti fungsi pembiayaan dalam

sistem pembiayaan kesehatan umum. Hal ini memang tidak bisa dilepaskan dengan karakter program PMTS sendiri yang dirancang secara vertikal dari pusat, sehingga pada daerah yang masih di bawah dukungan GF hampir sebagian besar implementasi program PMTS mulai dari perencanaan desain program dan pelaksanaannya berjalan secara paralel dengan sistem kesehatan lain, kecuali pada komponen tata laksana IMS yang dikerjakan oleh Dinas Kesehatan (puskesmas dan rumah sakit). Sementara tiga komponen lainnya, yaitu Komunikasi Perubahan Perilaku; pendistribusian kondom dan pelicin; serta penciptaan lingkungan kondusif dengan penguatan koordinasi para pemangku kepentingan kunci, berjalan menggunakan mekanisme yang terpisah melalui hierarki dari KPA, LSM yang mendapatkan dukungan penuh dari *Global Fund*.

Konsekuensi adanya pembiayaan dari GF dalam tata kelola PMTS menjadikan daerah Kupang dan Medan menggantungkan semua fungsi-fungsi sistem yang lain seperti logistik pencegahan (kondom dan pelicin), sistem informasi untuk pelaporan, dan keterlibatan masyarakat. Meskipun, beberapa fungsi seperti regulasi dan ketersediaan layanan sudah terintegrasi dengan mekanisme sistem kesehatan umumnya. Walaupun Program PMTS dikelola secara vertikal, secara programatik lebih efektif karena bisa lebih menjangkau populasi kunci secara fleksibel dan melibatkan partisipasi aktif dari LSM dalam implementasi programnya. Implikasinya, PMTS memberikan manfaat juga untuk penguatan kapasitas pada sektor non kesehatan karena selain pembiayaan program, GF juga memberikan dukungan untuk peningkatan kapasitas LSM yang menjadi mitra-mitranya.

F. Faktor-faktor yang Memengaruhi Integrasi Program PMTS-WPS ke dalam Sistem Kesehatan

Di bagian sebelumnya, penilaian tingkat integrasi antara program PMTS pada WPS ke dalam sistem kesehatan ditarik simpulan bahwa sebagian besar sub-sistem fungsi program dan kesehatan tidak

terintegrasi. Oleh karena itu, tidak terintegrasinya PMTS ke dalam sistem kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Berikut adalah faktor-faktor mengapa PMTS kurang terintegrasi ke dalam sistem kesehatan umum;

1) Lemahnya komitmen politik pemerintah daerah untuk mendukung PMTS

Komitmen pemimpin daerah yang masih masuk dalam skema dukungan GF cenderung lebih lemah untuk memberikan perhatian peningkatan intervensi PMTS di daerahnya. Kurang kuatnya komitmen tersebut dipengaruhi oleh faktor masih tersedianya pendanaan yang berasal dari donor dan dengan alasan menghindari tumpang tindih dengan program yang sudah mendapatkan alokasi daerah. Konsekuensinya pembiayaan untuk pencegahan penularan HIV melalui transmisi seksual tidak mendapatkan pembiayaan yang memadai dan sekadarnya. Faktor ini terbukti dengan penempatan PMTS bukan sebagai prioritas pembangunan kesehatan daerah sebagaimana tercermin dalam RPJMD di ketiga daerah. PMTS hanya menjadi bagian kecil dari penanggulangan penyakit menular di bawah P2.

2) PMTS merupakan program vertikal yang menjadi wilayah MPI (donor)

Program pencegahan penularan HIV dan IMS melalui transmisi seksual menjadi domain dari MPI yang diimplementasikan dengan pengembangan desain program dengan pelaksana utama KPA dan LSM sebagai mitra-mitra pelaksana di lapangan. Faktor ini mempengaruhi mekanisme pelaksanaan program di tingkat daerah, dimana PMTS berjalan paralel dengan layanan sistem kesehatan lainnya, kecuali pada komponen tata laksana IMS yang menggunakan jalur sektoral melalui Dinkes. Pada tingkat praktek, terjadi fragmentasi pelaksanaan program PMTS sebagai satu kesatuan antara fungsi yang dijalankan oleh Dinkes dengan unit-unitnya dengan fungsi pencegahan lainnya yang dilakukan oleh KPA dengan LSM sebagai pelaksana di lapangan.

3) Lemahnya fiskal daerah memengaruhi prioritas pembiayaan sektor kesehatan

Tingkat pendapatan daerah di tiga lokasi penelitian menunjukkan respons yang berbeda. Meningkatnya pendapatan daerah berdampak pada peningkatan anggaran kesehatan seperti di Kupang. Akan tetapi pada saat yang bersamaan, dengan peningkatan angka kemiskinan juga akan berpengaruh terhadap prioritas penganggaran pembiayaan pembangunan daerah. Merauke sebagai daerah yang lemah pendapatan daerahnya tetapi pembiayaan untuk kesehatan mencapai angka yang tinggi di atas 10%, demikian juga alokasi untuk pembiayaan PMTS cukup tinggi. Hal ini dipengaruhi oleh adanya anggaran yang berasal dari otonomi khusus yang memberikan mandat untuk pembiayaan kesehatan yang cukup memadai. Meskipun tidak mutlak, akan tetapi faktor peningkatan pendapatan daerah memengaruhi tingkat integrasi pembiayaan untuk program PMTS seperti di Merauke, di samping adanya Otsus juga faktor komitmen pemerintah daerah terhadap tingginya permasalahan epidemi HIV dan AIDS di Merauke.

4) Kebijakan diskriminatif terhadap WPS

Faktor penciptaan lingkungan kondusif yang belum optimal memengaruhi integrasi layanan kesehatan untuk kelompok populasi kunci. Adanya kebijakan dan peraturan yang diskriminatif dengan situasi populasi kunci menjadikan integrasi layanan PMTS menghadapi tantangan serius. Adanya kebijakan nasional dari Kemensos untuk menutup lokalisasi menjadikan populasi kunci (WPS) mengalami kerentanan untuk tidak mendapatkan hak kesehatan yang harus diterimanya. Disamping itu, WPS yang umumnya adalah pekerja migran sering kali mengalami kesulitan untuk mendapatkan jaminan kesehatan karena tidak memiliki kartu identitas setempat.

5) Lemahnya kapasitas daerah dalam memanfaatkan data informasi strategis untuk perencanaan PMTS

Program PMTS sebagai program vertikal dikembangkan secara terpusat dengan memanfaatkan data dan informasi pada tingkat nasional. Dengan masih lemahnya kapasitas daerah dalam mengumpulkan, menganalisa dan memanfaatkan data dan informasi menjadikan daerah tidak bisa mengambil inisiatif untuk melakukan inovasi program. Oleh karena itu, daerah dalam implementasi program pencegahan penularan HIV/IMS melalui transmisi seksual lebih berperan sebagai pelaksana kegiatan yang sudah direncanakan oleh pihak lain. Implikasinya tidak terjadi sinkronisasi perencanaan program PMTS dengan situasi epidemi dan kebutuhan di daerah, seringkali lebih untuk mengejar target. Dalam pendistribusian kondom dan pelicin seringkali belum tentu tepat sasaran karena tidak dibarengi dengan mekanisme pemantauan dan evaluasi yang memenuhi standar. Kelemahan kapasitas daerah dalam memanfaatkan data dan informasi untuk perencanaan program PMTS ini menjadikan faktor yang menentukan tidak terintegrasinya PMTS ke sistem kesehatan daerah.

55

G. Efektifitas Program PMTS

1) Kualitas layanan dari persepsi pemanfaat

WPS yang berada di Medan, Merauke dan Kupang menilai bahwa mereka sangat terbantu dengan adanya layanan yang diberikan LSM dalam pemberian informasi dan rujukan. Mereka juga menilai bahwa adanya layanan pemeriksaan dan pengobatan IMS gratis membuat mereka bisa lebih memperhatikan status kesehatan mereka secara rutin. Tidak ada keluhan yang berarti terkait ketersediaan layanan, sebab layanan pemeriksaan IMS dan tes HIV telah tersedia di layanan yang bisa diakses oleh WPS. Di Kupang, WPS bisa mengakses layanan secara rutin melalui *mobile clinic*, sementara di Merauke ada layanan

penjemputan bagi kelompok WPS yang berada jauh dari fasyankes. Hanya informan dari Merauke yang mengeluhkan masih tidak tersedianya fasilitas rapid test sehingga hasil tes tidak bisa segera diketahui.

Meskipun dari segi ketersediaan layanan tidak ada keluhan yang berarti, namun dari segi sikap petugas, beberapa WPS di Medan dan di Kupang menyampaikan bahwa ada petugas-petugas yang bersifat diskriminatif terhadap WPS yang mengakses layanan. Bentuk-bentuk diskriminasi yang dirasakan adalah petugas mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat pribadi dan tidak berhubungan dengan perawatan, misalnya alasan mengapa pasien memilih bekerja sebagai WPS. Bentuk diskriminasi yang lain adalah tidak memberikan diagnosis dan layanan kepada pasien WPS sebaik kepada pasien umum lainnya. Masalah yang sama juga dikeluhkan oleh WPS di Kupang.

“Teman-teman dampingan kan cerita, ini di wilayah ini seperti ini dokternya. Masak mereka kasar sekali, kalau ngomong segala macam. Kita kan disitu mau berobat bukan mau apa. Walaupun itu memang layanan gratis. Jangan mentang-mentang karena pelayanannya gratis, e layanannya kepada teman-teman dampingan gratis juga jadinya. Dalam arti,

suka-sukanya. Gratis itu kan memang suka-suka, begitu jadinya.” (Wawancara Tim USU dengan Pendamping WPS di Medan, Agustus 2015).

Perbedaan perlakuan ini mengakibatkan beberapa WPS di Kupang memilih untuk mengakses layanan di tingkat rumah sakit sebagai pasien umum, meskipun itu berarti mereka harus membayar sendiri. Selain untuk menghindari potensi perbedaan perlakuan, ada pula WPS yang memilih berobat langsung ke rumah sakit dan membayar sendiri demi menghindari sistem rujukan berjenjang yang menjadi syarat pembayaran layanan dengan JKN. Jadi, meskipun para WPS ini memiliki KTP lokal sehingga bisa mengurus JKN, namun mereka menilai sistem rujukan membuat mereka terpapar dengan berbagai jenjang layanan, sehingga potensi status mereka diketahui lebih banyak orang menjadi lebih besar pula. Di sisi lain ada pula WPS yang tidak memiliki pilihan untuk membayar sendiri ataupun menggunakan JKN karena mereka tidak memiliki identitas lokal atau kelengkapan identitas, sehingga mereka hanya bisa mengakses layanan gratis di puskesmas dan berharap tidak akan memerlukan layanan di rumah sakit.

Tabel 9. Data Cakupan Program pada WPS berdasarkan STBP*

Kota	Capaian Penjangkauan pada WPS	Sumber
Medan**	48%	STBP 2007
Merauke	97%	STBP 2007
Kupang	75.3 %	STBP 2011

*) Data Merauke adalah data frekuensi WPS yang mengikuti diskusi/intervensi dalam satu tahun terakhir; data Sumatera Utara merupakan data check up WPS dalam satu bulan terakhir dan Kupang adalah data frekuensi kunjungan WPS ke klinik IMS.

**) Keterangan: data di level provinsi

Tabel 10. Data Cakupan Program pada WPS berdasarkan Data Program

Provinsi	Capaian Penjangkauan pada WPS	Sumber
Sumatra Utara	61.4%	SI PKBI 2014
Papua	5.9%	SI PKBI 2014
NTT	63%	SI NU, 2014

2) Cakupan program PMTS pada WPS

Empat komponen program PMTS yaitu peningkatan peran positif pemangku kepentingan, manajemen dan distribusi kondom, komunikasi perubahan perilaku dan penatalaksanaan IMS semuanya berujung pada sejauh mana WPS terpapar pada program yang mendukung dia untuk mengubah perilakunya agar tidak beresiko. Untuk menilai keterpaparan WPS terhadap program ini, ada dua sumber data yang bisa digunakan yaitu data STBP atau data dari LSM yang melakukan penjangkauan kepada WPS. Data cakupan program dengan menggunakan STBP bisa dilihat di **tabel 9**.

Ada beberapa kelemahan dengan data dari STBP ini. Pertama, data yang tersedia bervariasi berdasarkan tahun survei. Kedua, data juga bervariasi berdasarkan tingkat wilayah pengukuran sehingga data dari kota Medan diwakili dengan data di tingkat provinsi, sementara data Merauke dan Kupang menggunakan tingkat kota. Ketiga, STBP menggunakan tiga indikator untuk menilai cakupan program, yaitu berapa kali WPS menghadiri pertemuan, berapa kali WPS mengunjungi IMS untuk *check up* selama sebulan terakhir, serta frekuensi mendapatkan kondom gratis dalam tiga bulan terakhir. Masalahnya, data tersedia hanya untuk sebagian indikator, sehingga data yang ditampilkan di **tabel 9** ini adalah data yang tertinggi dari indikator yang tersedia.

Sebagai perbandingan, apabila data yang digunakan adalah data program penjangkauan yang dilakukan oleh LSM, keuntungan yang didapat adalah data yang ada lebih baru dari pada data STBP yaitu data dari 2014. Selain itu, indikator yang diukur oleh dua sumber yang digunakan (SIPKBI dan SINU) juga sama. Akan tetapi, ada beberapa masalah lain seperti data yang tersedia adalah data di tingkat provinsi dan bukan di tingkat kota/kabupaten. Kemudian, ada indikasi bahwa data dari Papua bersifat *under-reported* karena ada beberapa kabupaten termasuk Merauke yang tidak ada datanya.

Apabila direrata, data STBP menunjukkan bahwa cakupan program pada WPS di tiga daerah ini adalah 73%, sementara rerata berdasarkan data program hasilnya lebih rendah yaitu 43%. Terlepas dari variasi ini, secara umum bisa disimpulkan bahwa cakupan program masih di bawah target nasional yaitu 80%. Meskipun demikian dengan mengacu pada data STPB 2007, di Merauke capaiannya sudah efektif karena sudah melampaui target yang ditentukan.

3) Perubahan perilaku pada WPS

Perubahan perilaku pada WPS bisa diasosiasikan sebagai hasil dari program PMTS di wilayah tertentu, sehingga pada aspek inilah keberhasilan atau efektivitas program PMTS diukur. Data untuk program ini bisa didapatkan

dari STBP, di mana indikator yang digunakan untuk mengukur perubahan perilaku WPS adalah konsistensi penggunaan kondom dalam hubungan seks seminggu terakhir. Di Merauke, data menunjukkan bahwa perubahan perilaku pada WPS paling baik dibanding dua daerah lainnya, yaitu mencapai 65%. Jika dibandingkan dengan target nasional yaitu sebesar 60% maka target ini sudah tercapai. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa program PMTS di kabupaten ini sudah berjalan dengan efektif.² Di Kupang, hasil yang dicapai adalah 48%, sementara perubahan perilaku yang terendah adalah di Provinsi Sumatera Utara yaitu 16% (tidak tersedia data untuk kota Medan saja). Dengan demikian apabila hasil di tiga daerah ini dibuat rerata, hasilnya adalah 43%. Dengan demikian, secara keseluruhan program PMTS pada WPS di ketiga daerah belum mencapai hasil yang ditargetkan, karena di bawah target 60%. Dengan demikian, secara keseluruhan di tiga daerah dapat dikatakan kinerja program PMTS masih belum efektif. Hanya saja untuk Merauke, konsistensi penggunaan kondom pada seks seminggu terakhir menunjukkan angka yang melampaui target nasional.

H. Hubungan Tingkat Integrasi dengan Kinerja Program PMTS-WPS

Upaya untuk mengembangkan lingkungan kondusif bagi pelaksanaan PMTS, melalui keterlibatan komunitas WPS secara lebih bermakna bersama pemangku kepentingan kunci (Dinas Kesehatan, Polisi, Bappeda, dan pemangku kepentingan terkait lainnya), menjadi vital dalam advokasi akses layanan kesehatan yang adil tanpa diskriminasi. Upaya pendekatan integrasi struktural secara aktif oleh komunitas WPS dengan para pengambil kebijakan terbukti berkontribusi secara efektif dalam meningkatkan penggunaan kondom, konseling dan tes, dan pengurangan dampak buruk kekerasan dan stigma (Gumani et al., 2011;

2) Data di tingkat layanan pada tahun 2014 menunjukkan hasil yang lebih signifikan lagi, dimana persentase perubahan perilaku WPS dilihat dari konsistensi penggunaan kondom ini mencapai 98,30 % berdasarkan data dari PKR.

Ruisendaal, 2015; Wilson, 2015). Demikian halnya, apabila mekanisme pengadaan dan *supply chain* logistik alkes terintegrasi dengan sistem kesehatan maka sistem manajemen yang efisien dan berkelanjutan akan berjalan (David, J Ripin et al., 2014). Hal ini akan meningkatkan efektifitas misalnya dengan adanya kerjasama penyediaan peralatan, pembagian pengelolaan tingkat menengah, kerjasama pelatihan dan supervisi maupun kerjasama pengelolaan sistem informasi (Sweeney, Sedona et al., 2012). Akan tetapi, oleh karena penelitian ini menunjukkan masih adanya diskriminasi yang dilakukan oleh petugas layanan kesehatan bagi populasi kunci (WPS) di Medan, maka kinerja program PMTS dikatakan masih belum efektif.

Sub-sistem pembiayaan PMTS tidak terintegrasi ke dalam mekanisme pembiayaan daerah melalui APBD sehingga belum memberikan kontribusi secara memadai dalam arti ketercukupan pendanaan program PMTS untuk penjangkauan WPS yang dilakukan oleh sektor non kesehatan (LSM). Di Kupang dan Medan, pembiayaan kegiatan penjangkauan masih mengandalkan dukungan MPI, kecuali di Merauke yang sudah memberikan alokasi pembiayaan untuk LSM dari APBD.

Pengadaan kondom dan pelumasan untuk program PMTS yang terpusat berdampak pada efektifitas yang rendah. Kebijakan pengadaan kondom untuk program PMTS yang menggantungkan perencanaan, pembiayaan dan pendistribusian dari pusat mengakibatkan alur distribusi yang panjang, bertingkat-tingkat dan memakan waktu. Dalam hal pendistribusian kondom, dilakukan melalui KPA dengan jaringan LSM sebagai pelaksana di lapangan seperti Pokja HV dan AIDS lokasi melalui *outlet*, pendidik sebaya, kader lokasi, sebagai jalur pendistribusiannya, termasuk mekanisme pelaporannya. Dengan situasi tersebut, tidak ada jaminan untuk ketersediaan kondom secara berkelanjutan dan gratis karena menggantungkan sepenuhnya dari donor seperti di Kupang dan Medan. Berbeda dengan di Merauke karena ada inisiatif untuk mengembangkan kondom mandiri yang dikelola oleh mucikari bersama dengan para tokoh lokal untuk keberlanjutan ketersediaan kondom di daerah *hotspot*.

Partisipasi komunitas WPS tidak terintegrasi ke dalam sistem kesehatan. Hal ini berakibat efek-

Penanggulangan IMS dan HIV/AIDS memberikan aturan penggunaan kondom 100% menjadikan kinerja program menjadi lebih kondusif. Meskipun demikian, adanya kebijakan rasia terhadap WPS yang dilakukan oleh Satpol PP di ketiga daerah, dan kebijakan denda bagi WPS yang ketahuan menderita IMS di Merauke turut memengaruhi efektifitas layanan. Berbeda dengan daerah lain, Program PMTS menjadi satu UPT yakni Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR). Ini merupakan pengembangan model lokal oleh Dinas Kesehatan. PKR memiliki kewenangan melakukan perencanaan, pelaksanaan dan pelaporan PMTS untuk obat IMS, kondom, dan peningkatan kapasitas nakes untuk penanggulangan HIV dan AIDS. PKR memiliki staf tersendiri yang digaji oleh pemerintah daerah dengan dana APBD yang berstatus sebagai PNS dan tenaga kontrak sebagaimana mekanisme SDM Kesehatan lainnya. Dengan adanya PKR maka kontrol terhadap penularan dan penyebaran penyakit menular IMS dan HIV dapat ditekan. Keberhasilan kinerja PKR ini ditunjukkan dengan data konsistensi penggunaan kondom pada WPS di Kota Merauke yang mencapai 98,30% (Tahun 2014). Sebuah contoh kasus model yang terintegrasi penuh dan berkontribusi pada capaian kinerja layanan yang efektif.

tifitasnya rendah karena komunitas tidak mendapatkan informasi yang memadai terkait layanan. Misalnya jam layanan yang terbatas menjadikan kesempatan memeriksakan diri bagi kelompok WPS rendah. WPS bekerja pada malam hari maka menjadi penting bagi layanan mengambil kebijakan untuk buka layanan di sore hari. Selain itu, WPS seringkali mendapatkan diskriminasi untuk mengakses layanan di layanan primer sehingga membuat kesadaran untuk melakukan pemeriksaan rutin (kepatuhan memeriksakan diri) rendah. Faktor-faktor minimnya pemahaman terhadap hak kesehatan baik dari petugas kesehatan maupun dari WPS menjadi penting untuk dikuatkan melalui pendidikan dan training sistematis. Penguatan WPS sebagai komunitas menjadi penting untuk dapat ambil bagian secara bermakna dalam proses perencanaan pembangunan kesehatan. Komunitas WPS selama ini dilibatkan secara terbatas dan tidak menjadi bagian aktif dalam pemantauan dan evaluasi implementasi program. Akibatnya komunitas WPS mengalami marginalisasi sehingga kebutuhan akses layanan kesehatan menjadi rendah dan terbatas.

Dalam upaya kesehatan, sebagai dampak dari hanya diambilnya komponen perawatan saja oleh

Dinas Kesehatan maka perencanaan dan koordinasi berjalan paralel dengan upaya kesehatan yang dilakukan KPA dan pemangku kepentingan lainnya. Dinas Kesehatan merencanakan dan mengoordinasikan layanan IMS dan VCT secara terpisah, sementara perencanaan dan koordinasi untuk komponen pencegahan lainnya dilakukan oleh KPA. Hal ini memunculkan adanya potensi masalah dalam sistem rujukan antara layanan yang bergerak dalam pencegahan dengan mereka yang bergerak di perawatan, seperti yang ditemukan di Kupang. WPS yang sudah berhasil dijangkau oleh LSM dirujuk ke klinik VCT yang hanya tersedia di tiga fasyankes sekunder untuk seluruh kota Kupang dan provinsi NTT. Akibatnya, terjadi penumpukan pasien yang menyebabkan layanan menjadi tidak efisien, sehingga ada masalah dalam *link to care* yang membuat penjangkauan WPS menjadi kurang efektif. Demikian halnya di Merauke, meskipun secara struktural semua fasyankes primer telah dinyatakan dapat memberikan layanan IMS akan tetapi karena sumber daya kesehatan terbatas, layanan untuk pemeriksaan IMS dan rujukan bagi yang positif HIV/IMS mengacu ke PKR dan Pokja HIV dan AIDS RSUD sehingga membatasi kemudahan akses layanan VCT dan IMS untuk WPS.

02.

Studi Kasus : Program Layanan Alat Suntik Steril

A. Gambaran Implementasi Layanan Alat Suntik Steril (LASS)

Program LASS adalah salah satu jenis intervensi spesifik dalam program penanggulangan HIV dan AIDS yang bertujuan untuk mengurangi risiko penularan HIV melalui pemakaian jarum suntik secara bergantian pada penasun. Studi kasus ini akan membahas secara spesifik program LASS di DKI Jakarta dengan sedikit memberikan pengantar program LASS secara nasional. Program LASS adalah bagian dari program pengurangan dampak buruk napza yang sudah diinisiasi sejak tahun 1999, saat terjadi pergeseran kecenderungan penularan HIV dari transmisi seksual ke penularan melalui jarum suntik. Program ini mulai diinisiasi oleh MPI dengan program penyediaan peralatan suntik steril bagi penasun. Kementerian Kesehatan RI menyebutkan bahwa pengurangan dampak buruk napza menjadi bagian dari prioritas dalam penanggulangan HIV dan AIDS yang secara eksplisit dinyatakan pula dalam Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS 2003 – 2007. Kepmenkes Nomor 567/Menkes/SK/VIII/2006 serta Permenko Kesra No 02/2007 menjadi payung hukum dalam pelaksanaan program LASS. Komponen dalam pendekatan *harm reduction* meliputi :

1. Program penjangkauan dan pendampingan
2. Program komunikasi, edukasi dan informasi
3. Program pengurangan penilaian risiko
4. Program konseling dan tes HIV secara sukarela
5. Program penyucihamaan

6. Program penggunaan jarum suntik steril
7. Program pemusnahan peralatan suntik bekas pakai
8. Program layanan terapi ketergantungan napza
9. Program terapi substitusi
10. Program perawatan dan pengobatan HIV
11. Program pendidikan sebaya
12. Program layanan kesehatan dasar.

Layanan alat suntik steril (LASS) menjadi bagian dari upaya untuk memutus rantai penularan HIV di antara pengguna napza suntik dengan diimbangi pemberian layanan metadone secara bertahap agar dapat terbebas dari pengaruh obat-obatan. Berdasarkan Kepmenkes tersebut, LASS dapat dilaksanakan dengan 3 metode distribusi, yaitu **menetap** (*fixed site*) melalui *drop in center*, puskesmas, atau institusi kesehatan lain; **bergerak** (*mobile*) yang dilakukan oleh petugas lapangan dengan membawa jarum steril dan media informasi dengan mendatangi tempat-tempat yang sering dikunjungi penasun, dan **satelit** dengan menaruh jarum steril di area tempat penasun berkumpul, di komunitas yang telah dipercaya dan dilatih sebagai perpanjangan dari lokasi menetap.

Pengurangan Dampak Buruk Pengguna Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif Suntik menekankan pentingnya menerapkan program *harm reduction* secara komprehensif termasuk LASS dengan melibatkan berbagai kelembagaan, seperti Dinkes, Kepolisian, BNN, dan KPAD. Tetapi dalam pelaksanaan layanan pertukaran/pembagian jarum suntik steril di lapangan masih mengalami kendala

karena perbedaan acuan aspek legal/hukum di antara Dinkes, BNN, Kepolisian dan LSM.

Di Indonesia, dukungan finansial diberikan oleh lembaga internasional yang berfokus pada isu pengguna napza suntik, antara lain IHPCP, FHI, HCPI serta GF. Begitu pula untuk pengadaan LASS didukung sepenuhnya oleh MPI. Ada dua sumber pengadaan LASS dengan mekanisme yang berbeda. HCPI memberikan dukungan LASS melalui LSM dan puskesmas, sementara pola pendanaan GF adalah pengadaan jarum melalui KPAP. Jarum dari KPAP disimpan dalam gudang KPAP selanjutnya didistribusikan ke puskesmas. GF mendorong penasan untuk mengakses layanan LASS ke puskesmas melalui LSM. Sejak tahun 2009-2015, HCPI menjadi donor utama dalam menjalankan program LASS dengan memberikan dukungan dalam bentuk logistik hingga bimbingan dan bantuan teknis ke puskesmas maupun LSM terkait.

Di Jakarta program LASS dimulai pada 2008 dengan jumlah layanan LASS sebanyak 31 site, dan terus berkembang hingga saat ini menjadi 38 puskesmas dari 44 puskesmas. Masing-masing puskesmas memiliki kader muda untuk membantu proses pencatatan dan pendistribusian LASS di puskesmas. Kader muda direkrut oleh puskesmas melalui koordinator program *harm reduction* (HR) di puskesmas. Terdapat juga 11 LSM yang khusus melayani program HR di Jakarta yaitu, Stigma, Kios Atma Jaya, Yayasan Karisma, PKBI, PPK-UI, Yayasan Mutiara Maharani, Partisan, Gema Indonesia, dan Kupeta. Secara spesifik yang membagikan LASS melalui penjangkauan ataupun dengan mekanisme satelit dilakukan oleh 4 LSM, yaitu Kios Atma Jaya (area Jakarta Barat & Jakarta Utara), Yayasan Karisma (Jakarta Timur & Jakarta Pusat), serta PPK-UI (Jakarta Selatan), dan PKBI. Sehubungan dengan akan berakhirnya dukungan HCPI di tahun 2015, Pemda DKI Jakarta telah mengeluarkan kebijakan untuk mengantisipasi berakhirnya pendanaan tersebut agar program LASS dapat terus berlanjut dengan pendanaan mandiri. Berbagai kebijakan tersebut diantaranya Surat Edaran Kepala Dinas tentang Kemandirian Penganggaran Program *Harm Reduction* No. 3884/1.778/2009, Surat Edaran Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta No. 63/SE/2012 tentang Layanan Jarum dan Alat Suntik

Steril di DKI Jakarta. Kebijakan yang lebih luas dalam kerangka upaya penanggulangan HIV dan AIDS tertuang dalam Perda No. 5/2008.

Penelitian ini dilakukan untuk melihat sejauh mana program LASS terintegrasi dalam sistem kesehatan dan bagaimana efektifitas program LASS.

B. Analisis Kontekstual

Pada bagian ini berisikan uraian tentang situasi sosial di mana sistem kesehatan dan program HIV dan AIDS berlangsung. Situasi sosial tersebut meliputi empat aspek yakni komitmen politik, ekonomi, hukum dan regulasi serta permasalahan kesehatan.

1) Komitmen politik

Pemerintah DKI Jakarta memiliki komitmen yang tinggi pada bidang kesehatan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Komitmen ini ditunjukkan dengan menjadikan kesehatan dan program HIV sebagai prioritas arah pembangunan. Program kesehatan yang dijalankan oleh pemerintah sejalan dengan berbagai regulasi baik perda, dan pergub yang menunjukkan keberpihakan pemerintah terhadap isu kesehatan. Pemerintah memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan sejalan dengan Perda No. 4 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah, Pergub No. 123 Tahun 2014 tentang Kepesertaan dan Pelayanan Jaminan Kesehatan. Pemerintah daerah juga memberikan jaminan layanan kesehatan kepada masyarakat yang tidak mampu dengan program Kartu Jakarta Sehat (KJS), nantinya program ini akan dialihkan pembiayaannya melalui JKN. Sementara bagi masyarakat yang belum ditanggung pembiayaannya oleh JKN, pemerintah mengalokasikan APBD melalui Jamkesda bekerjasama dengan LSM khususnya bagi masyarakat yang tidak memiliki KTP.

Secara garis besar arah pembangunan Pemerintah DKI Jakarta tertuang dalam RPJMD 2013-2017 dan RPJTD 2015-2025 yang mengacu

pada capaian MDGs. RPJMD menyebutkan bahwa indikator yang akan dicapai dalam program pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan antara lain menurunnya angka kesakitan akibat penyakit DBD; menurunnya persentase penemuan kasus baru TB paru BTA positif; meningkatnya persentase cakupan akses layanan kesehatan pada ODHA; meningkatnya proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS. Sementara itu komitmen politik Pemda DKI dalam program HIV dan AIDS tampak dengan adanya peran dan kebijakan Gubernur DKI yang diikuti oleh SKPD dengan menjadikan HIV sebagai program prioritas. Realisasi dari kebijakan tersebut adalah dengan bertambahnya layanan VCT di rumah sakit dan puskesmas. Saat ini sudah ada 30 rumah sakit yang melayani ARV dan 28 puskesmas sebagai satelit dan inisiasi ARV.

"...Iya jadi puskesmas aja udah 28, rumah sakit 30 an. Nah itu kebijakan itu kita dorong karena untuk membuka puskesmas karena yang puskesmas yang terdekat kan dengan masyarakat. Jadi akses tujuannya meningkatkan akses layanan ODHA, dengan itu jadi kita bukalah ke PK 1 untuk bisa melayani bahkan menginisiasi [ARV]" (wawancara mendalam Tim PPH Atmajaya dengan Pengelola Program HIV dan AIDS Dinas Kesehatan DKI)

Informasi yang tidak jauh berbeda ditunjukkan dengan data bersumber dari KPA bahwa sampai dengan tahun 2012 terdapat 55 layanan VCT, 24 rumah sakit CST, 19 puskesmas satelit ARV, 38 layanan IMS, 18 layanan PMTCT, 43 layanan TB-HIV, 18 layanan PTRM, dan 38 LJASS. Jumlah fasilitas pelayanan PTRM dan LASS di DKI Jakarta merupakan yang terbanyak dibandingkan provinsi lain³.

Pemerintah juga memiliki perhatian terhadap upaya pencegahan HIV melalui jarum suntik, dengan adanya layanan HR di puskesmas. Dari 44 puskesmas yang ada, 38 diantaranya menyediakan layanan LASS. Pengadaan LASS di 38 puskesmas ini disesuaikan dengan

kebutuhan penasin. Kemandirian puskesmas untuk mengalokasikan jarum bagi penasin dikuatkan dengan adanya Surat Edaran Kepala Dinas Kesehatan tentang Kemandirian Program *Harm Reduction* yang menyatakan bahwa perlu ada kemandirian dari puskesmas untuk program LASS termasuk di dalamnya adalah anggaran untuk pertemuan penasin dan pengadaan metadon.

".....Kemandirian pemda itu haha itu komponen mulai dari pertemuan penasin, pertemuan keluarga, pemberian jarum, sampe kepada komponen pembelian metadon waktu itu dianggarkan kita bikin unit costnya tapi karena ada beberapa hal mungkin khususnya metadon masih regulasi kemudian itu didelete. Artinya itu tidak dianggarkan oleh puskesmas sampe seperti itu. Nah apa pembelajaran dari membuat suatu unit cost HR, itu puskesmas menjadi bisa merencanakan untuk kebutuhan-kebutuhan HIV lain selanjutnya gitu lho, ke depan....." (wawancara mendalam dengan staf HR, dinas Kesehatan DKI)

Program HR secara khusus diatur pula dalam Keputusan Gubernur No. 670 Tahun 2014 tentang tim pembina program pemulihan adiksi berbasis masyarakat tingkat provinsi serta Peraturan Gubernur No. 183 Tahun 2012 tentang Pemulihan Adiksi Berbasis Masyarakat.

Adanya berbagai regulasi dalam penanggulangan HIV dan AIDS tersebut menjadi salah satu tolok ukur bahwa adanya niatan dari Pemda DKI untuk mengurai permasalahan HIV dan AIDS. Hanya saja implementasi dari kebijakan tersebut perlu dilakukan sungguh-sungguh agar berdampak secara luas dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS.

".....kalo bicara komitmen sebenarnya untuk penanggulangan HIV AIDS di Jakarta sudah cukup bagus. Dibandingkan provinsi lain menurut saya. Gubernurnya mendukung, dananya besar, itu jangan jadi kurang sebenarnya komitmen ya. Tinggal yang dipermasalahkan adalah masalah pelaksanaannya aja. Apakah dana yang besar itu berdampak tidak pada penanggulangan HIV AIDS..." (wawancara mendalam dengan PKBI Jakarta, 23 September 2015)

Pengaruh desentralisasi terhadap kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS membuat pemda memiliki keleluasaan dan

3) Evaluasi Program Penanggulangan HIV dan AIDS DKI Jakarta, 2008-2012, Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi DKI Jakarta, 2013

kemandirian dalam sektor kesehatan karena memiliki kendali untuk memperluas layanan sarana dan prasarana kesehatan, termasuk memiliki kewenangan untuk mengatur keuangan. Desentralisasi juga memungkinkan puskesmas lebih leluasa mengatur kebutuhan anggaran melalui BLUD termasuk untuk program HIV dan AIDS. Pola desentralisasi di Pemda DKI berbeda dengan provinsi lain yang memberikan keleluasaan untuk mengatur pemerintahannya pada level kabupaten/kota. Sementara di Pemerintah DKI Jakarta desentralisasi berada di level provinsi sehingga kota administratif dalam hal perencanaan dan penganggaran mengacu pada provinsi. Begitupula dengan kelembagaan Koordinasi Penanggulangan AIDS (KPA), KPAP memiliki kewenangan untuk mengajukan anggaran yang cukup besar, kewenangan ini tidak dimiliki oleh KPAK. Dengan demikian, dalam perencanaannya KPAK menitikpkan pengajuan anggarannya melalui KPAP.

Namun demikian mengacu ada pola kerjasama antara pemerintah dengan donor semisal GF, dapat dikatakan bahwa desentralisasi tidak banyak memberikan pengaruh dalam program HIV dan AIDS. Pola kerjasama dalam proyek GF masih berjenjang mulai dari PR, SR dan turunan di bawahnya adalah SSR. Pola ini terasa sekali di DKI Jakarta, karena Dinkes sebagai SR perpanjangan dari PR yang dipegang oleh Kementerian Kesehatan.

"....He-eh. Terus juga kan kalo dilihat kalo memang itu sudah terasa ada beberapa beberapa wilayah yang memang tidak mengakses dananya *global fund* misalkan, minimal sih ngakses. Jadi kementerian kesehatan tetep ada SR dan SSR itu tetep aja ada turunan dibawa dialokasikannya di di kementerian, kementerian menjadi PR, PR menjadi SSR, SSRnya itu dinas kesehatan itu tetep ya jadi masih tetep sentral aja..." (wawancara mendalam Tim PPH Atmajaya dengan Program Manajer Kios)

2. Ekonomi

Sumber-sumber pendanaan untuk sektor kesehatan dan program penanggulangan HIV dan AIDS memiliki kesamaan yaitu bersumber dari dana APBN dan APBD. Khusus

untuk penanggulangan HIV dan AIDS juga bersumber dari MPI. Dari penjelasan salah satu informan menyebutkan bahwa besaran biaya untuk sektor kesehatan sebesar 10% dari dana APBD yang diperuntukkan bagi Dinkes, Sudin, puskesmas, dan KPA. Data sekunder menunjukkan hal yang tidak jauh berbeda terkait dengan proporsi pendanaan untuk sektor kesehatan. Jumlah APBD pada tahun 2014 sebesar Rp 38.8 trilyun. Dari total anggaran tersebut alokasi dana untuk sektor kesehatan sebesar Rp 5.1 trilyun atau sekitar 13%⁴. Besaran tersebut sesuai dengan UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, bahwa besarnya anggaran kesehatan pemerintah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% dari APBD. Sementara itu dalam Perda DKI No. 4 Tahun 2009, juga menyebutkan bahwa maksimal penggunaan dana APBD untuk kesehatan sebesar 15%.⁵ Sementara itu sumber pendanaan sektor kesehatan dari APBN yang berupa dana dekonsentrasi, dana alokasi khusus dan askeskin tidak diperoleh informasi secara detail bahkan dalam profil kesehatan DKI Jakarta tahun 2012 tidak terdapat sumber pendanaan APBN. Namun demikian diperoleh informasi dari informan yang menyebutkan bahwa terdapat dana APBN yang diwujudkan dalam bentuk Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang disalurkan secara langsung kepada puskesmas.

".....Ada..[dana yang bersumber dari pusat] setau tapi tapi kita juga ga ditembusin, mereka langsung ke puskesmas namanya biaya operasional kesehatan ya, dan itu juga peruntukannya yang ngatur puskesmas itu sendiri..... Program nasional ada apa, dia minta dibantu sama puskesmas..." (wawancara mendalam dengan Bappeda DKI Jakarta)

Sumber pendanaan untuk program penanggulangan HIV dan AIDS berasal dari APBD, BLUD dan MPI. Sementara itu proporsi pendanaan yang bersumber dari MPI sebesar 30% dari total pembiayaan untuk program HIV dan AIDS yang bersumber dari APBD.

.."Dan APBD berapa perbandingannya? Yaitu 70 [%] per 30 [%]. Mitranya 30. Tapi untuk mencapai

4) Badan Pengelola Keuangan Daerah Provinsi DKI Jakarta, diakses dari website: www.jakarta.go.id

5) Peraturan Daerah DKI Jakarta No 4 Tahun 2009, pasal 30 (3)

Tabel II. Sumber Pendanaan Untuk Program Penanggulangan AIDS di DKI Jakarta Tahun 2012

Sumber Pendanaan	Total Pendanaan (Rp)
APBD	15.100.000.000
Global Fund	1.984.116.396
HCPI	3.682.077.693
SUM 1	938.000.000
SUM 2	5.544.079.449

Sumber : Evaluasi Renstra Penanggulangan HIV dan AIDS DKI Jakarta 2008-2012

eh rencana induk, master plannya, renstranya kita masih butuh jauh. Karena kita membutuhkan setiap tahunnya sebetulnya kalo mau tuntas sekitar 253 miliar ya....” (wawancara Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan sekretaris KPAP DKI Jakarta)

Besaran dana APBD untuk penanggulangan HIV dan AIDS pada tahun 2012 sebesar Rp 15,1 milyar. Sementara pendanaan dari luar APBD berasal dari SUM1, GF dan HCPI. Hanya saja MPI tidak berkoordinasi dengan Bappeda dan langsung bekerjasama dengan mitra terkait⁶. HCPI mendukung pendanaan program HR termasuk LASS di puskesmas melalui kerja sama dengan Dinkes DKI Jakarta. Dukungan ini sangat membantu Dinkes dalam menjalankan program HR di puskesmas. Selain itu, kegiatan juga didukung oleh 5 LSM mitra HCPI (Karisma, KIOS Atmajaya, PPK-UI, dan PKBI DKI) yang spesifik menjalankan program LASS.

Dari data sekunder diketahui bahwa besaran dana untuk penanggulangan HIV dan AIDS di DKI Jakarta dapat dilihat di **tabel 11**.

Sumber pendanaan sebagaimana dalam tabel di atas, diperuntukkan bagi LSM, SKPD, rumah sakit maupun KPAP untuk kegiatan pengembangan media, operasional sekretariat KPAP, serta penjangkauan dan kegiatan pada populasi kunci.

Pemda DKI memberikan prioritas kesehatan pada populasi yang rentan dan miskin. Kantong kemiskinan menjadi rawan penyakit sehingga prioritas kesehatan adalah pada penyediaan sarana prasarana sebagai tindakan kuratif termasuk perubahan puskesmas menjadi rumah sakit tipe D, serta penambahan rumah sakit. Akibatnya adalah biaya kesehatan untuk upaya kuratif menjadi besar. Sementara untuk kegiatan yang bersifat promotif dan preventif masih belum optimal dilakukan.

“.....Semuanya dibangunlah yang tadi, puskesmas jadi rumah sakit tipe d kemudian penambahan kamar, penambahan rumah sakit. Nah itu kan prioritasnya masih tindakan medis gitu kuratif. Sebenarnya yang perlu juga kan harusnya juga pencegahan. Karena kan kalo kita udah bicara tentang kuratif, itu pasti anggarannya udah semakin besar kan. Pasti akan terus meningkat. Saya yakin juga BPJS juga udah kewalahan kan. Nah nah itu tadi dari segi promotif preventifnya belum di digarap dengan serius kalo

6) Wawancara mendalam dengan Bappeda

menurut saya sih..." (wawancara tim PPH dengan Bappeda DKI Jakarta)

Perubahan puskesmas menjadi rumah sakit type D menjadikan masyarakat termasuk populasi kunci kesulitan untuk mengakses rujukan dari puskesmas karena dengan peralihan tersebut, mereka harus berpindah puskesmas untuk mendapatkan rujukan ke rumah sakit.

3) Hukum dan peraturan

Ada perbedaan antara hukum dan peraturan pada level sistem dan program. Di level sistem tidak terdapat aturan yang menghambat masyarakat untuk mengakses kesehatan secara umum. Justru pemerintah mempermudah pembiayaan kesehatan bagi masyarakat pada umumnya dan masyarakat tidak mampu dengan adanya BPJS dan Jamkesda untuk mengakses layanan kesehatan, termasuk layanan HIV dan HR.

Landasan kebijakan program HR di Pemda DKI mengacu pada kebijakan nasional yakni Permenkes No. 567 Tahun 2006 tentang pedoman pelaksanaan pengurangan dampak buruk narkoba, psikotropika, dan zat adiktif (Napza). Namun demikian dalam implementasi program penanggulangan HIV dan AIDS masih terdapat peraturan yang kontradiktif yang justru berjalan tidak sinergi. Semisal kebijakan BNN yang justru membuat penasun tidak berani mengakses layanan LASS karena jarum sebagai salah satu alat bukti untuk proses hukum. Ada pemahaman dan perspektif yang berbeda dalam melihat situasi penasun antara pihak penegak hukum, BNN dan penyedia layanan kesehatan. Bagi penegak hukum kegiatan yang dilakukan cenderung represif. Bukan upaya untuk pemulihan sebagaimana dalam program HR.

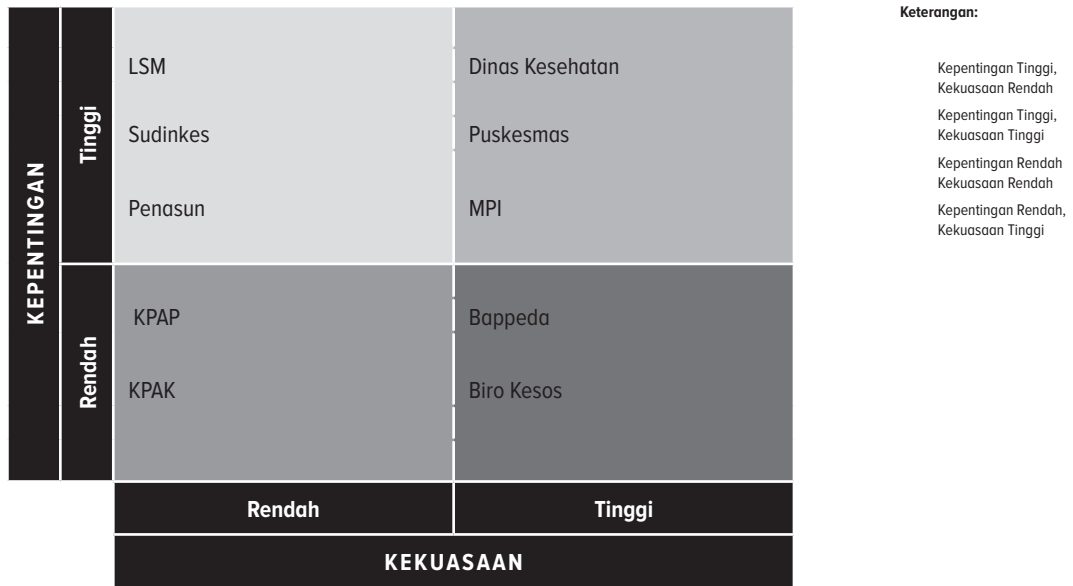
".....Nah sekarang apalagi. Memang jor-joran sih. Nangkep-nangkepin bandar-bandar itu. Dan ini memang terasa dampaknya di temen-temen LSM. Temen-temen apa, pengguna jarum suntik tuh berasa banget. Nggak ada lagi putawnya..." (wawancara mendalam tim PPH Atmajaya dengan KPAK Jakarta Timur)

Di sisi yang lain, program LASS masih dianggap memiliki kebijakan yang tidak cukup jelas, terutama terkait dengan penyediaan dan distribusi jarum. Mekanisme pengadaan dan distribusi jarum yang merupakan alat kesehatan merupakan ranah kebijakan kesehatan. Namun demikian dalam program LASS, LSM dapat menyediakan jarum dan mendistribusikannya bagi penasun dengan mengacu pada kebijakan Kepmenkes Nomor 567/MENKES/SK/VII/2006. Meskipun pendistribusian jarum dapat melalui mekanisme layanan *mobile* dan satelit, namun dari sisi pelaporan tetap terpusat di puskesmas.

Kebijakan lain yang dianggap tidak jelas adalah Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2011 tentang Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL). Ketidakjelasan dalam PP ini ada pada tingkat implementasinya di mana pecandu yang sudah melaporkan diri, tidak memiliki bukti apapun. Ada kekhawatiran nantinya bahwa IPWL ini akan tidak berdampak manakala penasun tertangkap karena kecanduannya.

4. Permasalahan kesehatan

Dalam konteks permasalahan kesehatan terdapat kesamaan di mana menjadikan HIV sebagai satu prioritas dalam sektor kesehatan. HIV menjadi salah satu dari 5 jenis penyakit prioritas di DKI Jakarta, disamping TB dan DBD, serta penyakit tidak menular seperti *stroke* dan diabetes. Secara spesifik HIV telah masuk dalam program prioritas kesehatan di DKI karena sudah tertuang di Renstra Kesehatan, RPJMD 2013-2017 dan sejalan dengan MDGs, terutama untuk meningkatkan akses layanan dan pengetahuan HIV di kalangan remaja dan dikaitkan dengan Kartu Jakarta Sehat (KJS). Ada alasan yang kuat untuk menjadikan HIV sebagai prioritas program dengan mempertimbangkan situasi epidemi HIV dan AIDS di DKI Jakarta. Data surveilans yang dilakukan oleh Dinkes menunjukkan bahwa sampai dengan September 2014 diketahui jumlah HIV di DKI Jakarta sebesar 32.782 kasus dan jumlah kasus AIDS sebanyak 7.477 dengan tingkat prevalensi AIDS sebesar 77.82%. Sementara secara spesifik dari data STBP 2011 diketahui prevalensi HIV



Gambar 7. Posisi Pemangku Kepentingan Berdasarkan Kepentingan dan Kekuasaannya

di kalangan penasun sebesar 56.4%, meningkat 2.5% dari tahun 2007.⁷

Ada banyak variasi untuk menentukan besaran masalah kesehatan termasuk HIV dan AIDS. Disamping memanfaatkan data sebagaimana disebutkan di atas, mekanisme yang dilakukan adalah dengan membandingkan capaian program sebelumnya. Namun demikian ada anggapan bahwa pemerintah DKI Jakarta masih mengandalkan indikator capaian yang dibuat oleh donor semisal GF untuk melihat besaran masalah.

“.....Nah tapi ini yang menjadi menarik adalah semua itu hanya based on projectnya GF, kalo yang di yang di buat oleh misalkan pertemuan monitoring evaluasi eeh penanggulangan harm redaction DKI Jakarta Barat gitu. Kalo kita datangpun, itu hanya membahas indikator-indikatornya program GF, tidak kita menyeluruh. Apalagi seperti kita tidak menyeluruh untuk ini. Terus yang kedua eeh ya itu pun dilakukan hanya se se apa namanya sebatas itu tadi. Melihat angka-angka terus memverifikasi data itu pun data-data program yang didanai oleh...[donor]...”(wawancara mendalam tim PPH Atmajaya dengan Kios)

7) Laporan Perkembangan HIV dan AIDS Triwulan III, Ditjen PP & PL Kemenkes RI

C. Analisis Pemangku kepentingan

Pemangku kepentingan dalam program LASS terdiri dari berbagai pihak, yakni dari unsur SKPD, penyedia layanan, LSM, MPI dan populasi kunci. Masing-masing memiliki pengaruh strategis dalam implementasi baik dari sisi kepentingan dan kekuasaan terhadap program LASS. Secara ringkas kepentingan dan kekuasaan pemangku kepentingan dalam program LASS tampak dalam **gambar 7**.

1) Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (Bappeda)

Sesuai dengan perannya, Bappeda merupakan lembaga pemerintah yang memiliki kewenangan dalam hal penentuan perencanaan pembangunan dan anggaran daerah termasuk dalam sektor kesehatan. Isu HIV sudah menjadi bagian dari isu prioritas dalam sektor kesehatan sehingga mendapatkan alokasi pendanaan daerah. Besaran dana APBD yang dialokasikan untuk program HIV tahun 2012 sebesar Rp 15.1 milyar⁸. Namun demikian terhadap program LASS, Bappeda tidak memiliki kepentingan yang tinggi. Hal ini nampak dari belum adanya anggaran secara spesifik untuk program LASS. Bappeda juga memiliki sumber daya rendah terhadap program LASS karena secara teknis Bappeda tidak memiliki posisi secara langsung yang memengaruhi program LASS, baik dari sisi sumber daya manusia maupun keuangan.

Bappeda memiliki kewenangan untuk melakukan analisa ketercapaian indikator dan kesesuaian anggaran untuk mencapai target dari SKPD. Sehingga secara politis Bappeda memiliki kekuasaan yang tinggi untuk menentukan besaran anggaran program di SKPD. Namun dalam kekuasaannya Bappeda dibatasi oleh Peraturan Daerah DKI Jakarta No. 4 Tahun 2009 serta UU No. 36 Tahun 2009 yang mengatur tentang maksimal penggunaan dana APBD. Secara spesifik Bappeda belum pernah melakukan perencanaan dan penganggaran untuk program LASS, namun

sudah merencanakan dan menganggarkan kebutuhan program penanggulangan HIV dan AIDS secara umum. Sehingga dapat disimpulkan bahwa Bappeda memiliki kepentingan dan sumber daya yang rendah, namun memiliki kekuasaan yang tinggi untuk menentukan pendanaan bagi program LASS.

2) Dinas Kesehatan (Dinkes)

Dinas kesehatan merupakan *leading* sektor dalam bidang kesehatan, di mana penanggulangan HIV dan AIDS menjadi salah satu prioritas di sektor kesehatan. Sesuai dengan kewenangannya Dinkes memiliki kepentingan yang tinggi untuk memastikan pencapaian kinerja kesehatan melalui kebijakan dan supervisi termasuk program LASS. Salah satu kebijakan yang dikeluarkan adalah surat edaran kemandirian program HR di puskesmas. Secara normatif sumber daya yang dimiliki puskesmas dimanfaatkan untuk mendukung implementasi layanan melalui supervisi dan pendanaan.

Secara politis Dinkes memiliki kekuasaan penuh untuk mengajukan besaran anggaran program penanggulangan HIV dan AIDS kepada Bappeda. Namun, Dinkes belum melakukan penganggaran yang spesifik untuk program LASS. Dinkes secara politis mampu memengaruhi kebijakan pelaksana teknis di Dinkes termasuk menentukan puskesmas sebagai penyedia LASS. Oleh karenanya dapat disimpulkan bahwa Dinkes memiliki kepentingan, sumber daya dan kekuasaan yang tinggi untuk program LASS.

3) Mitra Pembangunan Internasional (MPI)

MPI memiliki kepentingan yang tinggi dalam program LASS karena harus memastikan pendanaan yang diberikan berjalan dengan semestinya. MPI melakukan perencanaan program LASS dengan mengacu Kepmenkes Nomor 567/MENKES/SK/VII/2006. MPI memberikan bantuan logistik berupa jarum me-

8) Lihat tabel Sumber Pendanaan Untuk Program Penanggulangan AIDS di DKI Jakarta

lalui mekanisme pengadaan langsung di 38 puskesmas. Untuk memastikan pendistribusiannya, HCPI menerima laporan dari LSM dan puskesmas tentang capaian program LASS.

Sumber daya yang dimiliki MPI sangat besar terutama sumber daya keuangan yang diperuntukkan bagi program LASS. Pembiayaan MPI tidak hanya untuk pengadaan jarum saja, akan tetapi juga pada peningkatan kapasitas kelembagaan bagi mitra kerja MPI, serta pembiayaan untuk kegiatan penjangkauan yang dilakukan oleh LSM. Secara politis MPI memiliki pengaruh yang cukup besar untuk menentukan target capaian, dan besaran dana serta mekanisme bantuan yang diberikan untuk program LASS karena menjadi satu satunya pembiayaan untuk program LASS.

Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa peran MPI sangat besar dalam program LASS, baik dari kepentingan, sumber daya dan kekuasaan. Hal ini menyebabkan program LASS tetap dapat berjalan, meskipun peran dan kontribusi daerah menjadi sedikit dalam program ini. Dengan demikian, ketergantungan terhadap keberadaan MPI sangat tinggi untuk program LASS.

4) Komisi Penanggulangan AIDS Propinsi (KPAP)

Secara normatif KPAP memiliki peranan yang cukup strategis dalam penanggulangan HIV dan AIDS, yaitu mengkoordinasikan kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS di daerah agar tidak terjadi *overlapping*. Kewenangan KPA diatur dalam Pergub No. 26 Tahun 2012 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kota/Kabupaten bahwa KPAP memiliki tugas untuk menyusun rencana strategis daerah untuk penanggulangan HIV dan AIDS. Namun demikian dalam program LASS, KPAP memiliki kepentingan yang rendah. Kerjasama MPI dalam program LASS tidak melalui koordinasi KPAP akan tetapi langsung dengan puskesmas melalui Dinkes.

Dari sisi sumber daya, KPAP memiliki potensi pendanaan yang besar bersumber dari

APBD untuk program penanggulangan HIV dan AIDS. Meskipun demikian, KPAP sangat tergantung kepada persetujuan dari Dinkes untuk pengajuan dananya. Secara spesifik dalam program LASS, KPAP tidak memiliki sumber daya yang tinggi karena secara teknis tidak terlibat dalam tata kelola. Begitu juga dalam kepentingan politis, KPAP tidak memiliki kemampuan untuk memengaruhi pihak-pihak yang terlibat dalam program LASS. Fungsi KPAP hanya sebatas pada pengkoordinasian, dan peran ini pun masih dianggap lemah. Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa KPAP memiliki kepentingan, sumber daya, dan pengaruh politik yang rendah dalam program LASS.

5) Biro Kesejahteraan Sosial (Biro Kesos)

Tupoksi Biro Kesos termasuk perumusan kebijakan, koordinasi serta monitoring-evaluasi berbagai program kesejahteraan sosial, termasuk program penanggulangan HIV dan AIDS. Peran utama Biro Kesos adalah untuk menyelaraskan kebijakan antar SKPD, termasuk melakukan mediasi lintas sektor tentang fungsi jarum sebagai alat kesehatan.

Sebagai pihak yang berwenang mengumpulkan dan melakukan pertemuan koordinasi lintas sektor SKPD terutama yang berhubungan dengan perumusan kebijakan, Biro Kesos memiliki peran besar dalam pelaksanaan program kesehatan termasuk program LASS agar dapat berjalan lancar dengan dukungan semua SKPD terkait. Namun demikian, secara spesifik Biro Kesos tidak terlibat secara langsung dalam pengelolaan program LASS. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa Biro Kesejahteraan Sosial memiliki kepentingan dan sumber daya yang rendah dalam program LASS, namun memiliki pengaruh tinggi untuk mensinergikan program LASS antar SKPD.

6) Suku Dinas Kesehatan (Sudinkes)

Dalam program LASS, Sudinkes melakukan supervisi atas kerja puskesmas dan memberi bimbingan teknis bagi staf puskesmas dalam

program untuk mendukung puskesmas mencapai target program yang diharapkan dan ditetapkan dari Dinkes. Dalam program LASS, Sudinkes meskipun tidak secara langsung berurusan dengan program LASS namun pencapaian dan kinerja SDM LASS di puskesmas menjadi area supevisi Sudinkes. Sumber daya yang dimiliki oleh Sudinkes diperlukan untuk memberikan bimbingan teknis dan supervisi puskesmas untuk mencapai kinerja yang diharapkan. Namun demikian kewenangan Sudinkes dibatasi oleh kewenangan Dinkes. Otorisasi untuk menjalankan fungsinya sebagai regulator tidak dimiliki oleh Sudinkes. Hal ini menyebabkan Sudinkes hanya memiliki peran teknis untuk melakukan pengawasan puskesmas. Dapat disimpulkan bahwa Sudinkes memiliki kepentingan dan sumber daya yang tinggi dalam program LASS, namun tidak memiliki kekuatan politis untuk menentukan kebijakan karena kewenangannya dibatasi pada level provinsi.

7) KPA Kabupaten/Kota

Sesuai Pergub No.26 Tahun 2012, wewenang KPAK adalah memimpin, mengelola, mengendalikan dan memantau serta mengevaluasi pelaksanaan program penanggulangan HIV dan AIDS di kotanya. Dalam program LASS, KPAK tidak memiliki kepentingan secara spesifik karena tidak ada keterlibatan peran KPAK dalam program LASS secara langsung. Begitu juga dalam hal sumber daya Keuangan, pendanaan KPAK bergantung pada pendanaan dari KPAP. Dalam melakukan kerjanya, KPAK bertanggung jawab untuk masalah HIV di wilayahnya melalui supervisi langsung ke tempat pelaksana dan melakukan koordinasi lintas sektor tingkat kota. Secara politis KPAK tidak memiliki kemampuan untuk memberikan pengaruh kepada SKPD maupun penyedia layanan program LASS. Dengan demikian KPAK tidak memiliki kepentingan, sumber daya bahkan tidak pula memiliki pengaruh politik dalam program LASS.

8) Lembaga Swadaya Masyarakat

LSM memiliki kepentingan yang tinggi dalam program LASS karena posisi LSM sebagai penerima manfaat atas keberadaan donor. Kepentingan yang dimiliki oleh LSM dalam hal ini adalah melakukan upaya promosi pencegahan melalui kegiatan penjangkauan dan pendistribusian jarum serta mendorong penasun untuk mengakses layanan di puskesmas. Dari sisi sumber daya, LSM memiliki sumber daya yang tinggi untuk melakukan mobilisasi dan distribusi jarum kepada penasun melalui kegiatan penjangkauan. Dalam melakukan kerja ini, LSM bekerja sama dan berkoordinasi dengan puskesmas. Dari sisi politik, LSM tidak memiliki kekuasaan yang tinggi untuk memengaruhi kebijakan program LASS karena hanya berperan sebagai pelaksana dari program saja. Dapat disimpulkan bahwa LSM memiliki kepentingan dan sumber daya yang tinggi dalam program LASS, namun tidak memiliki kekuasaan politis untuk memberikan pengaruh terhadap pelaksanaan program LASS.

9) Populasi Kunci (Penasun)

Dalam program LASS populasi kunci sangat diuntungkan karena ada kemudahan untuk mendapatkan jarum suntik steril dengan cara yang lebih aman melalui petugas penjangkau, sehingga kemungkinan untuk berbagi jarum menjadi berkurang. Program LASS merupakan program yang efektif untuk mengurangi perilaku menyuntik berisiko sehingga mengurangi risiko terinfeksi HIV. Program ini juga memiliki nilai ekonomis bagi penasun karena jarum diperoleh secara mudah dan tidak berbayar. Dari sisi sumber daya, populasi kunci memiliki kemampuan untuk melakukan mobilisasi komunitasnya melalui jaringan sosial untuk mengakses layanan kesehatan di puskesmas, sehingga dapat berimplikasi terhadap peningkatan capaian program di puskesmas. Populasi kunci tidak memiliki pengaruh yang besar dalam menentukan kebijakan program LASS karena belum banyak dilibatkan dalam perencanaan. Dengan demikian, populasi kunci

memiliki kepentingan dan sumber daya yang tinggi namun tidak memiliki kemampuan untuk mempengaruhi perencanaan program LASS.

10) Puskesmas

Sebagai pelaksana program LASS, puskesmas memiliki kepentingan yang tinggi untuk memastikan pencapaian target program melalui koordinasi yang dilakukan bersama LSM. Begitu pula dalam hal sumber daya, puskesmas memiliki kewenangan untuk mengatur anggarannya sendiri melalui dana BLUD untuk pembiayaan yang tidak dapat dianggarkan melalui APBD. Puskesmas di DKI Jakarta memiliki keuntungan di mana kegiatan yang tidak bisa dianggarkan di APBD, dapat dimasukkan melalui BLUD. Dana BLUD yang dikeluarkan di awal tahun dapat dipergunakan untuk memenuhi kebutuhan logistik. Namun dalam hal kebutuhan logistik berupa jarum untuk program LASS belum dianggarkan melalui perencanaan puskesmas. Simpulannya adalah puskesmas memiliki kepentingan, sumber daya dan kekuasaan politik dalam program LASS.

efektif dan tidak banyak memberikan dampak yang nyata.

“....Kita bukan mau melihat uangnya ada di mana udah berapa banyak dihabisin, nggak. Hasilnya ada nggak. Karena arahan Pak Ahok kan selalu hilangkan sosialisasi. Penyuluhan-penyuluhan itu tidak berguna ya kan. Cost effective-nya tidak ada. Cost-nya high sekali, dampaknya kecil. Tidak berdampak sama sekali. Orang keluar dari ruangan langsung ilang, bleng. Orang keluar dari lapangan yang bicara narsumnya ngomong, yang ini yang ini. Jadi, tolong hilangkan sosialisasi itu tidak ada. Jadi masuk benar-benar yang ke substansinya.....” (wawancara mendalam tim PPH Atmajaya dengan KPAK Jakarta Timur)

Upaya kesehatan pemerintah DKI Jakarta mengacu Perda No. 4 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Masyarakat yang menjelaskan bahwa upaya kesehatan masyarakat adalah kegiatan yang dilakukan pemerintah Provinsi DKI Jakarta dan/atau masyarakat serta swasta untuk memelihara serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. Perda ini sekaligus menjadi dasar hukum terhadap pelaksanaan program HIV dan AIDS di Jakarta, yang secara operasional kegiatannya dituangkan dalam Strategi dan Rencana Aksi Penanggulangan AIDS Provinsi (SRAP) DKI Jakarta 2013-2017. Dalam SRAP tersebut, LASS menjadi salah prioritas dengan target cakupan 60% penasin tidak berbagi peralatan suntik secara konsisten dan sampai dengan tahun 2017 ditargetkan 80% populasi penasin mengakses layanan LASS.

Selain itu, dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan 2013-2017 juga menyebutkan secara spesifik bahwa program LASS menjadi bagian dari urusan kewenangan wajib Dinkes yang menjadi bagian dari program kesehatan jiwa masyarakat. Kerangka tugas Dinkes dalam program ini tidak hanya fokus pada layanan pertukaran jarum suntik semata, akan tetapi mengkaitkannya dalam konteks pencegahan HIV secara terpadu yang meliputi: (1) advokasi dan koordinasi pelayanan jarum suntik steril dan metadon bagi pengguna napza suntik; (2) Layanan Pertukaran Jarum Suntik Steril (LJSS) di 38 puskesmas dan pelayanan metadon di

D. Deskripsi Fungsi Sistem Kesehatan dalam Program LASS

1) Manajemen dan regulasi

a. Regulasi

Pelaksanaan program kesehatan di DKI Jakarta telah mengacu pada Renstra yang selanjutnya diturunkan dalam rencana kerja tahunan. Program sektor kesehatan diprioritaskan pada sisi kuratif dibandingkan sisi preventif dan promotif. Hal ini tampak dari besaran anggaran yang banyak dipakai untuk penyediaan fasilitas layanan kesehatan dengan penambahan sarana dan prasarana kesehatan, salah satu contohnya adalah peningkatan status puskesmas menjadi rumah sakit type D. Sementara kegiatan pencegahan yang dilakukan melalui kegiatan sosialisasi atau penyuluhan di sekolah dan masyarakat proporsinya sedikit karena dianggap kurang

12 puskesmas kecamatan, 2 rumah sakit pusat dan 2 Lembaga Pemasarakatan; (3) Pelayanan institusi wajib lapor pecandu narkoba di puskesmas kecamatan dan rumah sakit.

Sementara kebijakan program LASS secara spesifik diatur dalam Perda No. DKI Jakarta No. 5 Tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, dimana salah satu pasalnya menyebutkan bahwa program pengurangan dampak buruk (*Harm Reduction*) melalui 12 komponen untuk memutus mata rantai penularan HIV dan AIDS. Tata kelola program LASS ini mengacu pada Permenkes No. 567 Tahun 2006 yang secara spesifik mencantumkan komponen LASS dalam regulasi tersebut. Dari aspek regulasi, program LASS diatur dengan sangat jelas.

Untuk tata kelola program HIV seharusnya berada di bawah koordinasi KPAP, namun saat ini khususnya untuk program LASS, KPAP belum mampu menunjukkan fungsi koordinasinya. Hal ini salah satunya disebabkan karena keterbatasan kekuasaan KPAP yang merupakan badan *ad-hoc* sehingga sulit melakukan koordinasi langsung dengan SKPD, sebagaimana tertuang dalam Peraturan Gubernur Nomor 26/2012 yang belum menyebutkan secara spesifik siapa yang bertanggung jawab mengkoordinir SKPD.

Dari diksripsi di atas dapat disimpulkan bahwa pada dimensi regulasi program LASS dianggap sudah **terintegrasi penuh** dengan regulasi yang ada pada sistem kesehatan. Hal ini dilihat dari berbagai produk kebijakan program HIV termasuk LASS. Hal ini telah tercermin dan menjadi bagian dari prioritas sistem kesehatan di daerah, meskipun dalam pelaksanaan tata kelola penanggulangan HIV dan AIDS fungsi KPA sebagai koordinator pelaksana program masih belum berfungsi secara maksimal.

b. Formulasi kebijakan

Adanya regulasi yang mendukung dalam pembangunan di sektor kesehatan dan program HIV dan AIDS memungkinkan Pemda DKI Jakarta memiliki keleluasaan untuk melakukan perencanaan anggaran kesehatan

sehingga tidak berdasarkan pagu, akan tetapi berdasarkan kebutuhan.

“...Kalau di daerah itu biasanya anggarannya nempel dengan dinas kesehatan, kabupaten kota. Tapi kalau di Jakarta sendiri-sendiri. Puskesmas punya anggaran sendiri, suku dinas maupun dinas punya anggaran sendiri. Sehingga kami lebih leluasa untuk melaksanakan kegiatan yang mensupport program. Ya salah satunya mungkin program HIV/AIDS. Nah sehingga temen-temen mudah mau melakukan suatu kegiatan. Sehingga memang mungkin daya ungkitnya atau daya dongkraknya adalah layanan atau program HIV/AIDSnya berjalan dengan baik.”
(wawancara mendalam Tim Peneliti PPH Atma Jaya dengan Kepala Puskesmas Jatinegara)

Proses perencanaan anggaran biasanya sudah dimulai pada bulan Maret sebelum tahun anggaran berjalan. Musrenbang merupakan wadah yang dipergunakan untuk menampung aspirasi masyarakat dalam proses perencanaan. Namun sayang forum ini tidak cukup leluasa untuk membahas permasalahan dan kebutuhan kesehatan secara detail dan belum digunakan secara maksimal untuk merespons penanggulangan HIV dan AIDS.

Masing-masing puskesmas/UPT mengajukan perencanaan kepada Dinkes dan selanjutnya diteruskan sampai ke Bappeda. Mekanisme perencanaan anggaran di DKI Jakarta yang bersumber dari APBD menggunakan sistem e-katalog. Bila komponen budget tidak tersedia di APBD maka dimasukkan ke BLUD. Acuan perencanaan dan penganggaran adalah hasil evaluasi capaian dan serapan data tahun sebelumnya ditambah estimasi kenaikan 10%, bukan dari data.

Sementara itu mekanisme perencanaan di KPAP memanfaatkan pertemuan rapat kerja daerah sebagai wadah bagi setiap SKPD anggota KPAP untuk mengajukan kegiatan terkait HIV dan AIDS. Hasil rapat yang kemudian diajukan sebagai rencana kerja tahunan untuk didanai oleh dana hibah dari APBD. Pihak luar seperti Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) dan GF memberikan pengaruh terhadap penentuan target di wilayah berdasarkan SRAN atau target sebelumnya.

Sementara pada program LASS, perencanaannya mengacu pada mekanisme perencanaan dan pelaporan dari MPI. Saat ini pengadaan jarum untuk program LASS sepenuhnya bersumber dari dana MPI. Meskipun secara regulasi perencanaan melalui dana APBD untuk program LASS sudah ada, namun karena sudah ada ketercukupan pembiayaan program LASS dari MPI maka puskesmas tidak mengajukan pengadaan untuk program LASS ke Dinkes. Mekanisme pengadaan logistik jarum pada program LASS yang dilakukan di luar pengadaan Dinkes dilakukan melalui LSM dan puskesmas yang mengajukan permintaan jarum ke MPI (HCPI). Selanjutnya jarum dikirimkan ke puskesmas untuk didistribusikan melalui poli ataupun melalui petugas penjangkau. Perencanaan kebutuhan LASS didasarkan atas perhitungan kebutuhan yang dihitung dari laporan yang dibuat oleh puskesmas dan LSM. Sehingga akan muncul dua permintaan yaitu kebutuhan jarum berdasarkan kebutuhan di poli puskesmas dan kebutuhan jarum berdasarkan kebutuhan LSM. Namun keduanya tetap dalam koordinasi puskesmas.

"....Untuk menghitung ini, si puskesmas LSM itu selalu bermeeting-meeting mereka. Kami biasanya di DKI itu mungkin kirim 3 kali sampai 4 kali dalam setahun. Jadi kira-kira tiap 3 bulan, mereka akan apa, dalam sinkronisasi data mereka ada, terus mereka bilang oh kalian butuh berapa, segini, LSM butuh berapavseini. Nah itu ada 2 tabelnya, untuk layanan fixed, kemudian layanan *mobile*. Fixed itu sebetulnya fixed ada *mobile*-nya juga. Cuma yang di bawah koordinasinya puskesmas langsung..." (wawancara tim Peneliti PPH Atmajaya dengan HCPI)

Mengacu pada diskripsi di atas maka sub-sistem formulasi kebijakan yaitu proses pengembangan program (perencanaan, penganggaran, alokasi dana dan pertanggungjawaban) dalam sistem kesehatan. Program LASS secara spesifik di DKI Jakarta belum terintegrasi dengan sistem kesehatan. Meskipun Pemda DKI telah mempersiapkan untuk kemandirian LASS dengan mengalokasikan anggaran untuk program LASS melalui dana APBD dengan mekanisme perencanaan yang nantinya mengikuti pola yang ada dalam sistem kesehatan, namun saat ini kebutuhan

LASS masih sepenuhnya didukung oleh HCPI. Yang terjadi saat ini, pola perencanaan dan pengadaan LASS tidak mengikuti sistem yang dijalankan program kesehatan lainnya, namun mengikuti pola perencanaan yang diberlakukan oleh MPI.

c. Akuntabilitas

Keterlibatan masyarakat dalam perencanaan program kesehatan hanya terjadi pada saat dilakukannya proses perencanaan melalui Musrenbang. Namun sayangnya tidak ada informasi yang spesifik dan detail dalam forum tersebut khususnya yang berkaitan dengan program LASS serta keterlibatan masyarakat dan LSM. Selain itu belum ada mekanisme yang melibatkan masyarakat dan populasi kunci untuk melakukan fungsi kontrol yaitu monitoring dan evaluasi terhadap capaian program termasuk program LASS. Akses publik masih sangat terbatas terhadap informasi program-program dan serapan dana. Informasi yang paling mudah diakses hanyalah profil kesehatan daerah atau beberapa informasi kesehatan lainnya yang dapat diakses melalui website pemerintah daerah Jakarta⁹, namun tidak ada informasi terkait program LASS.

Di level program dimensi akuntabilitas tidak terjadi dalam program LASS. Populasi kunci tidak dilibatkan dalam hal perencanaan program, kecuali dimintai masukan mengenai pemberian layanan. Perencanaan program LASS dilakukan oleh MPI bersama dengan LSM dan puskesmas sebagai pelaksana program. Saat ini pelibatan masyarakat baru sebatas mengikutsertakan LSM dalam perencanaan kerja serta diskusi anggaran dan program di KPAP.

Berdasarkan hal tersebut maka disimpulkan bahwa tidak ada integrasi dalam dimensi akuntabilitas terkait dengan program LASS.

9) www.jakarta.go.id

2) Pembiayaan kesehatan

a. Pengelolaan sumber pembiayaan

Telah ada mekanisme sinkronisasi sumber pendanaan yang dilakukan oleh Dinkes, namun masih belum maksimal karena masih ada sumber pendanaan yang berasal dari MPI yang tidak diketahui besaran dan tidak dikoordinasikan kepada Bappeda sehingga tidak menjadi bagian yang disinkronisasi dalam pembiayaan program. Secara normatif pengelolaan sumber pembiayaan ini pengkoordinasiannya melalui KPAP sebagaimana mandat dalam Perda No. 5/2008 tentang HIV dan AIDS pasal 23 yang menyatakan bahwa seluruh kegiatan terkait penanggulangan HIV dan AIDS harus dikordinasikan dengan KPAP. Namun demikian terkait pengelolaan anggaran, belum ada mekanisme atau forum yang dipakai oleh KPAP untuk memonitoring dan mengevaluasi seluruh dana HIV dan AIDS yang dianggarkan oleh SKPD, UPT, LSM maupun MPI. Dampak dari tidak adanya monitoring sumber pembiayaan adalah Pemda DKI Jakarta tidak dapat mengetahui secara pasti jumlah total kebutuhan dana untuk respons HIV yang dibutuhkan, dimana masih ada celah kebutuhan yang masih perlu dukungan pendanaan atau bagaimana mencegah terjadinya *overlapping* dalam implementasi program.

"...Harusnya kan komisi penanggulangan HIV itu kan menjadi *leading* sektornya. Harusnya semua melapor ke situ. Jadi semua dana yang menyangkut HIV itu harusnya lapor ke KPA... Tapi ini kan ngga, KPA cuma lapor dana yang didapatkan aja. Yang 14 m itu aja umpamanya gitu...Kalo yang dari layanan, di puskesmas ya ke sudinnya, sudin ke dinas kan. Dinasnya melakukan ke provinsi. Nah ini yang jadi masalah kemaren, maunya gubernur kan harusnya itu satu pintu semua. Harus apa ya kordinasi dengan KPA...." (wawancara Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan PKBI Jakarta)

Sementara itu Dinkes memiliki mekanisme sinkronisasi anggaran bagi Suku Dinas Kesehatan dan Puskesmas.

"....Hm-mh, dan kita memang di dinas juga ada ada yang namanya sinkronisasi ya jadi sinkronisasi itu baik dari eh anggaran, dan apa ya faktor kegiatan

kita ada ininya juga di sini jadi di situ sudah di apa polakan lah mana yang kegiatan ini memang untuk dinas, mana yang ini faktor kegiatannya untuk tingkat sudin kota, dan mana untuk puskesmas, atau rumah sakit, untuk UPT semua ada dipolakan di situ itu namanya sinkronisasi. Jadi eh biar sama dan mungkin juga biar kita ga tumpang tindih *overlapping*, misalnya masa nanti puskesmas ngadain supervisi kemana, ah ga cocok kan. Harusnya dia yang tatanan layanan ya udah menunya lain menu-menu..." (wawancara mendalam Tim Peneliti PPH Atma Jaya dengan Pengelola Program HIV Dinas kesehatan DKI Jakarta)

Sinkronisasi pengelolaan sumber dana melalui koordinasi Dinkes dilakukan setiap tiga bulan sekali. Selanjutnya Bappeda akan melakukan analisa ketercapaian indikator dan kesesuaian/ kecukupan anggaran dalam pelaksanaan program untuk bisa mencapai target yang telah ditetapkan dalam perencanaan. Hasil analisa ini nantinya akan disampaikan kepada Gubernur DKI Jakarta.

Sumber pendanaan untuk program LASS saat ini sebagian besar berasal dari MPI. Pemerintah daerah secara spesifik tidak mengelola pendanaan untuk program LASS karena pengelolaannya langsung kepada MPI. MPI sebagai pemberi dana memperoleh laporan dari Sudinkes dan Dinkes. Khusus untuk cakupan program LASS, puskesmas langsung melapor ke HCPI sebagai donor. Laporan LASS masuk pula dalam sistem SIHA yang dilaporkan puskesmas kepada Dinkes.

Mengacu pada deskripsi di atas maka dapat dikatakan bahwa dari dimensi sinkronisasi pembiayaan program LASS berjalan secara paralel dengan sistem kesehatan yang ada.

b. Penganggaran, proporsi, distribusi, dan pengeluaran

Program HIV sudah terdapat dalam mata anggaran APBD. Anggaran ini dapat diakses oleh SKPD, UPTD dan KPAP. Namun penganggaran secara spesifik untuk LASS di dalam APBD masih belum ada, meskipun sudah terdapat regulasi untuk perencanaan dan penganggaran pengadaan LASS melalui

dana APBD. Hal ini terjadi karena masih adanya bantuan dana dari MPI untuk program LASS dan selama ini penganggaran untuk LASS sudah tercukupi dari MPI (HCPI). Adanya bantuan luar negeri ini menyebabkan proses penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran antara program LASS dan sistem kesehatan tidak terintegrasi.

Proporsi anggaran diatur dalam Peraturan Daerah No. 4 Tahun 2009 Pasal 30, poin a.3 yang menyebutkan alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk penyelenggaraan UKM dan UKP dilakukan melalui penyusunan APBD paling banyak 15% dari total anggaran belanja daerah setiap tahunnya. Proporsi anggaran APBD untuk penanggulangan HIV dan AIDS di DKI Jakarta dananya sudah cukup besar dan kecenderungan semakin meningkat dari tahun ke tahun, dan tidak hanya Dinkes saja yang dapat mengalokasikan dana untuk penanggulangan HIV dan AIDS, sebagaimana yang disampaikan oleh informan berikut:

"... dari 2013 itu semua SKPD sudah boleh menganggarkan tentang penanggulangan HIV di masing-masing instansinya. Jadi kalau saya bergerak di pemuda saya bisa minta, seperti Pemuda dan Olahraga, dia boleh untuk semua pemuda dia bikin sosialisasi ya silahkan. Udah dikasih itu banyak sampai 30M, anggarannya ada di saya semua. Artinya saya tau anggaran ini siapa sih, besarnya tiap tahun meningkat. Tahun 2015 sedang saya menyorot ke BAPPEDA nanya jumlahnya berapa sih? yang ngambil duit itu dinas mana saja sih, SKPD mana sih yang pake, kegiatannya apa saja sih. Jadi sekarang tidak semua ada di kita [KPAP]..." (wawancara mendalam Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan Sekretaris KPAP DKI)

Data sekunder menunjukkan bahwa biaya program penanggulangan HIV dan AIDS bersumber dari APBD sebesar Rp 15.1 milyar¹⁰, sementara dana yang bersumber dari MPI sebesar Rp 12.1 milyar¹¹. Hal ini menunjukkan bahwa sebenarnya dana APBD yang digunakan dalam penanggulangan HIV dan AIDS lebih

besar dibandingkan dengan sumber dana lainnya. Namun, data tersebut adalah gambaran secara umum penanggulangan HIV dan AIDS. Sementara secara spesifik untuk program *harm reduction* yang di dalamnya termasuk program LASS bersumber sepenuhnya dari MPI, yakni dari HCPI sebesar Rp 3.7 milyar¹².

Secara spesifik untuk program LASS, kegiatan yang saat ini masih didanai oleh MPI ke depannya sangat mungkin akan tetap berjalan sesuai kebutuhan dengan pengalihan dana dari donor kepada dana mandiri atau APBD. Hal ini karena sudah ada regulasi yang memasukkan program LASS ke dalam layanan kesehatan. Meskipun mungkin nantinya masih ada kendala yaitu petugas penjangkau belum mendapat pendanaan dari APBD.

".....Tapi gimana dengan LSM? Karena sampai dengan sekarang, belum ada tuh pendanaan khusus misalkan untuk petugas lapangan, buat yang operational, okelah katakanlah operational karena tugasnya di lapangan tapi untuk untuk program outrige itu main programnya itu adalah orang. Tapi dari dari sekarang belum ada tuh dukungan khusus selain dari donor atau khususnya dari pemerintah untuk mendukung mereka, karena ga mungkin dong pegawai negeri yang turun ke lapangan..." (wawancara mendalam Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan Lembaga Kios-Atmajaya Jakarta)

Dari deskripsi ini dapat disimpulkan bahwa dimensi penganggaran program LASS belum terintegrasi di dalam sistem kesehatan yang ada.

c. Mekanisme pembiayaan

Program LASS sampai saat ini tidak termasuk dalam pembiayaan JKN. BPJS tidak secara spesifik mengatur biaya pencegahan terutama pada layanan jarum suntik steril bagi penasun dalam upaya mengurangi penularan HIV. Sebagian besar program LASS masih menjadi bagian dari pembiayaan program yang didanai oleh MPI seperti yang telah dijelaskan pada dua dimensi terkait pembiayaan di atas. Hal ini membantu memudahkan penasun untuk dapat mengakses LASS di puskesmas secara gratis.

10) Evaluasi Program Penanggulangan AIDS di DKI Jakarta, 2008-2012

11) Lihat tabel Sumber Pendanaan Untuk Program Penanggulangan AIDS di DKI Jakarta Tahun 2012

12) ibid

Dari data sekunder diperoleh informasi bahwa kepesertaan masyarakat yang mengikuti JKN di DKI, peserta PBI sebanyak 4.018.755 orang yang meliputi PBI APBN sebanyak 1.271.293 orang, dan PBI APBD sebanyak 2.747.462 orang, dan non PBI sebanyak 3.915.619 orang. Dari total penduduk Jakarta sebesar 9.768.250¹³. Namun dalam konteks pembiayaan JKN yang lebih luas ada kebijakan pemerintah untuk memperbesar cakupan layanan melalui JKN, yaitu Peraturan Gubernur No. 123/2014 yang menjelaskan bahwa Pemda DKI Jakarta menambah alokasi pembiayaan untuk BPJS bagi masyarakat. Dalam Pergub tersebut mencantumkan pula layanan untuk HIV dan IMS serta pembiayaan bagi ODHA terutama untuk kasus IO yang sudah ditanggung dalam JKN.

Pemahaman masyarakat termasuk populasi kunci dan ODHA tentang pembiayaan BPJS masih cukup bervariasi. Beberapa informan menyebutkan bahwa BPJS tidak dapat menanggung biaya pengobatan HIV dan narkoba, namun pada realisasinya JKN dapat digunakan untuk pengobatan terkait HIV di Jakarta. Penyakit penyerta HIV yang muncul akibat infeksi oportunistik juga ditanggung oleh JKN walaupun tidak untuk tes penunjang seperti tes darah dan laboratorium. Hal ini dimungkinkan dengan memanfaatkan Pergub yang disebutkan di atas sebagai dasar hukum untuk memberikan akses kesehatan bagi seluruh warga DKI Jakarta. Pihak puskesmas juga mendorong pasien dari program HIV untuk membuat kartu JKN walaupun proses aktivasi membutuhkan waktu yang lama. Hal ini dimungkinkan karena puskesmas mendapatkan dana kapitasi dari BPJS berdasarkan jumlah penduduk di wilayahnya.

Pada umumnya JKN dapat diakses oleh siapa saja tanpa diskriminasi. Masalah terkait akses yang masih muncul merupakan kendala akibat tidak memiliki kartu identitas ataupun karena bukan penduduk DKI Jakarta. Dari dimensi ini nyata sekali bahwa tidak ada integrasi dalam dimensi mekanisme pembayaran khususnya pada program LASS di DKI Jakarta. Akses terhadap LASS dipenuhi semuanya dari MPI.

3) SDM kesehatan

a. Kebijakan dan sistem manajemen

Pada dimensi kebijakan dan sistem manajemen SDM ini, program LASS tidak terintegrasi dengan pengaturan SDM pada sistem kesehatan. Hal ini disebabkan karena belum semua komponen program LASS masuk dalam nomenklatur SDM di sistem kesehatan. Belum ada regulasi formal dan sistem manajemen yang mengatur pembiayaan SDM untuk program LASS. Komponen SDM pada program LASS terdiri dari petugas penjangkau yang berasal dari LSM, serta puskesmas yang di dalamnya meliputi tenaga dokter dan perawat yang merupakan tenaga kesehatan yang sudah ada dan ditunjuk oleh puskesmas karena kompetensinya dalam program HIV. Biasanya status tenaga kesehatan yang ada di Dinkes dan fasyankes tersebut adalah pegawai PNS dan non PNS dengan mekanisme rekrutmen mengacu pada UU Aparat Sipil Negara. Rekrutmen dilakukan melalui Dinkes bagian kepegawaian sebagai upaya dari Dinkes untuk proses rekrutmen SDM melalui satu pintu.

"...Kalo PNS kan berarti kita dapet, eh dapet dari atas ya. Nah tapi kalo untuk non PNS berarti kita sistem recruitmentnya itu adalah kita buka nih di umum pengumuman, setelah itu kita recruitment di sini, eh ada beberapa tes yang harus dijalani, harus dijalani oleh eh temen-temen, nah dari situ, nanti diterima, 3 bulan itu percobaan. Artinya kalo dia punya attitude yang baik, punya prestasi kerja yang baik, berarti terus. Nah ke depan dinas kesehatan akan mengadakan sistem recruitment satu pintu, jadi ketika saya butuh tenaga, saya pasang pengumuman tapi yang nanti tesnya di dinas kesehatan.." (wawancara Tim PPH Atmajaya dengan Kepala PKM Cengkareng)

Ada komponen SDM lain di puskesmas untuk membantu program LASS yaitu Kader Muda yang direkrut oleh puskesmas melalui koordinator program *harm reduction*. Umumnya kader muda yang direkrut berstatus Non-PNS dan berada di bawah tanggung jawab puskesmas. Sampai saat ini belum ada struktur kepegawaian dan analisa jabatan bagi kader muda. Begitu pula untuk petugas penjangkau merupakan SDM yang direkrut oleh LSM melalui proses rekrutmen yang berlaku di lembaga

13) BPJS kesehatan 2015-Data Kumulatif Sampai dengan Bulan Desember 2014

masing-masing. Kesimpulannya, pengaturan SDM pada program LASS baru mengakomodir SDM dengan status kepegawaian PNS. Jumlah SDM kesehatan di DKI Jakarta saat ini di tingkat rumah sakit sebanyak 24.711 orang sementara di non rumah sakit sebanyak 17.324 orang. Jumlah SDM kesehatan puskesmas sebanyak 5.849 orang, non puskesmas sebanyak 1.181 orang¹⁴. Sementara untuk program HIV dan AIDS tidak ada staf khusus. Fasyankes biasanya menunjuk SDM yang ada dan dianggap kompeten terhadap program HIV dan AIDS, atau sudah pernah mendapatkan pelatihan terkait penanggulangan HIV dan AIDS. Hal ini menjadikan staf yang menangani program HIV dan AIDS merasa terbebani karena mereka juga mengerjakan tugas yang lain.

b. Pembiayaan SDM

Belum adanya nomenklatur SDM program LASS maka ketentuan sumber pendanaan untuk SDM ini belum dapat diperhitungkan dalam mekanisme pembiayaan daerah. Sumber pembiayaan bagi SDM penjangkau LASS mengandalkan sepenuhnya dari MPI. Dengan kata lain pembiayaan program LASS tidak terintegrasi dalam pembiayaan SDM kesehatan. Pembiayaan daerah diperuntukkan bagi SDM kesehatan yang bekerja di Dinkes dan puskesmas di Pemda DKI yang berstatus sebagai pegawai PNS dan Non PNS yang didanai oleh APBD dan BLUD serta dana hibah. Insentif kepada SDM kesehatan dari BLUD dapat diberikan untuk non-PNS sedangkan PNS mendapat tunjangan kinerja daerah, diberikan berdasarkan performance/TKD yang diisi secara online. Sementara itu dana khusus untuk staf KPAP, sumber dana untuk gaji berasal dari APBD hibah. Ada pengecualian di Pemda DKI Jakarta bahwa dana hibah untuk KPAP diberikan secara kontinyu setiap tahun.

Di samping itu, MPI seperti GF memberikan beberapa insentif tambahan bagi SDM yang merangkap mengerjakan program HIV dan AIDS. Konsep insentif sendiri tidak ada dalam mekanisme pembiayaan SDM untuk PNS di

sistem kesehatan. Hal ini semakin memperlebar kesenjangan pembiayaan yang terjadi antara program LASS dengan sistem kesehatan secara umum.

“....Dari GF itu misalnya untuk HIV AIDS kita melakukan dokling ya, dokter keliling ke biasanya kita melakukan keluar kan, layanan keluar, nah di situ ada untuk LSMnya, ya penjangkaunya, dikasih insentif sekian, kemudian ada untuk dokternya berapa gitu, satuannya ada, kemudian untuk para medisnya, laboratoriumnya seperti itu. Jadi memang udah ada satuan-satuannya yang memang ada aturannya di GF...” (wawancara mendalam Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan Kepala Puskesmas Cengkareng)

c. Kompetensi SDM

Tingkat integrasi dalam dimensi kompetensi SDM ini masih berkaitan dengan dua dimensi sebelumnya. Oleh karena belum adanya nomenklatur yang jelas untuk beberapa komponen program LASS, hal ini juga berpengaruh pada regulasi kompetensi yang harus dimiliki oleh petugas. Pengembangan kompetensi terjadi baik di level sistem maupun program untuk HIV dan AIDS. KPAN memberikan pelatihan terkait manajemen program umumnya, pelatihan tentang LASS didukung oleh HCPI atau IHPCP. Pelatihan menyangkut layanan dan logistik ada pada kewenangan Dinkes, sementara yang terkait dengan kelembagaan, LSM, komunitas, populasi kunci dilakukan oleh KPAP. Sehingga dapat dipetakan bahwa pengembangan kompetensi dilakukan melalui dua cara, yaitu melalui Dinkes khususnya untuk staf tenaga kesehatan dan melalui KPAN dan LSM yang bekerjasama dengan MPI bagi staf non kesehatan seperti penjangkau dan kader muda.

Sumber pembiayaan untuk pengembangan kompetensi tenaga kesehatan di puskesmas berasal dari APBD, namun tidak diketahui besarnya. Pengembangan kompetensi SDM puskesmas dilakukan melalui kegiatan in house training dengan frekuensi sebulan sekali. Pengembangan kegiatan dilakukan melalui bagian sumber daya kesehatan di Sudinkes. Puskesmas dapat memanfaatkan dana BLUD untuk pengembangan kompetensi bagi stafnya. Sementara pembiayaan peningkatan kapasitas

14) Profil kesehatan Indonesia 2014

Tabel 12. Jenis Pelatihan yang diikuti oleh LSM

No	Jenis Pelatihan	Yang mengorganisir pelatihan
Karisma		
1	Pemahaman HR untuk LASS	Karisma
2	Manajemen Kasus	FHI/KPA
3	Konselor VCT, Adiksi	FHI/Circle Indonesia/KPA
4	Pelatihan Relawan, Pelatihan Adiksi, Motivational Interviewing	Karisma
5	Para Legal	UNODC
6	TB HIV	Dinkes
7	Penjangkauan Pendampingan LASS	ILOM
8	CEFIL (Kepemimpinan)	
9	Pelatihan Data	FHI/HCPI
10	Manajemen Program (Keberlanjutan, peran, dan fungsi PM & Korlap)	FHI/HCPI
Kios Atma Jaya		
11	<i>Outreach</i> (dasar, menengah, <i>advance</i>)	HCPI, ASA, Kemenkes
12	Konseling VCT & Adiksi	KPA, BNN, Kemkes
13	Monev	KPA, Donor
14	Keuangan (<i>fraud</i>)	Donor
15	Kespro	HCPI, Kemkes
16	Advokasi	Jaringan
17	Burn out management	Internal Kios
18	Manajemen program	PPH, Satu Nama (HCPI, Circle (SUM))
19	<i>Cycle management</i>	UNDP

bagi tenaga non kesehatan berasal dari dana hibah KPAP dan dari MPI. Hal ini diperkuat dengan data sekunder yang menunjukkan bahwa peningkatan kapasitas khusus untuk program HR dilakukan melalui pendanaan dari donor, seperti HCPI dan SUM¹⁵.

Jenis pelatihan bagi puskesmas terkait dengan program *Harm Reduction* meliputi adiksi, drugs, leadership, ketrampilan komunikasi tentang drug, dan konseling komunitas. Tidak banyak informasi yang didapat terkait dengan jenis pengembangan kapasitas/kompetensi bagi

SDM kesehatan yang diselenggarakan oleh Dinkes. Sementara jenis pelatihan bagi LSM seperti tampak pada **tabel 12**.

Permasalahan lain dalam kompetensi SDM adalah persoalan rotasi pegawai. Melalui Binwasdal Sudin, ada regulasi dari Dinkes bila SDM sudah dilatih komprehensif, minimal dia harus melaksanakan tugasnya 2-3 tahun di tempat kerja.

“...Nah ada satu regulasi yang dikeluarkan oleh dinas kesehatan apabila eh SDM ini sudah dilatih komprehensif minimal dia harus melaksanakan tugasnya sesuai dengan kompetensinya itu saya lupa

15) Evaluasi renstra HIV dan AIDS 2008-2012

2 apa 3 tahun itu ada satu konsil yang menyatakan eh itu nah diluar itu kita sudah prediksi artinya oh ini kan akan terjadi dia akan dimutasi atau apa kita sudah prediksi, kita buat satu perencanaan untuk pelatihan berikutnya gitu. Kita udah tau lah nih akan terjadi mutasi dan orang ini eh ada apa sih namanya ya emang sih selama ini untuk mutasi itu regulernya ga keliatan, cuma tiba-tiba tiba-tiba saya mau pindah, saya naik jabatan, itu ga bisa diprediksi sih sebenarnya sama kita tapi kita sudah punya ancer-ancer untuk perencanaan 2 sampe 3 tahun ke depan untuk mengantisipasi mutasi tadi..." (wawancara Tim PPH Atmajaya dengan Program HR Dinas Kesehatan DKI Jakarta)

Sementara di LSM tidak memiliki mekanisme untuk mengantisipasi permasalahan *turn over* SDMnya.

"....Dalam proses rotasi di karisma, petugas secara individu diharapkan dapat melakukan penyesuaian terhadap tugas baru mereka. Belum ada mekanisme khusus yang mengatur transfer knowledge dari posisi sebelumnya..." (wawancara Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan Koordinator Lapangan Kharisma)

"....Kalo misalkan kan dinas kan nggak punya gudang yang besar juga dan jarum itu memakan tempat yang banyak gitu kan. Boksnya gede-gede. Jadi mereka waktu itu bilang kalau bisa dibantu untuk distribusi langsung ke puskesmas. Nah soal pembagiannya itu, gue bikin jadi 2 gitu ya. Kebutuhan untuk di loket, sama kebutuhan outreach oleh LSM..." (wawancara Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan HCPI)

Sementara mekanisme penyediaan farmasi selain LASS, pengadaannya menjadi wewenang Dinkes. Perencanaan pengadaan farmasi dan alat kesehatan dilakukan melalui e-budgeting yang kemudian harus mendapatkan persetujuan dari Dinkes. Kebutuhan alat kesehatan dan obat terkait HIV di puskesmas digabungkan dalam anggaran keseluruhan dan sudah terintegrasi dengan program lain yang masuk ke usulan farmasi¹⁶. Jalur pendistribusian alkes dan obat dilakukan melalui Dinkes. Namun hal ini berbeda dengan perencanaan pada puskesmas BLUD, di mana memiliki keleluasaan untuk menganggarkan kebutuhan melalui dana BLUD.

4) Penyediaan farmasi dan alat kesehatan

a. Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi

Penyediaan dan penyimpanan serta distribusi LASS berbeda dengan mekanisme yang diatur dalam penyediaan logistik program lainnya. Hal ini disebabkan mekanisme penyediaan alkes untuk program LASS lebih banyak mengikuti pola yang ditetapkan oleh donor dari pada menggunakan sistem yang ada. Dengan kata lain pada dimensi ini program LASS tidak terintegrasi dengan sistem kesehatan pada umumnya. Sebagaimana tampak dalam deskripsi di bawah ini. Penyimpanan logistik LASS justru disimpan di gudang puskesmas sesuai dengan permintaan dari Dinkes agar MPI membantu dalam hal pendistribusian secara langsung kepada penyedia layanan. Mekanisme pendistribusian LASS dilakukan melalui satu pintu yaitu puskesmas. LSM mengambil jarum di puskesmas untuk didistribusikan kepada penasun, atau penasun dapat secara langsung mengakses ke puskesmas.

b. Sumber daya

Sumber-sumber pembiayaan untuk pengadaan LASS sebagian besar berasal dari MPI, termasuk dalam hal pendistribusian sampai dengan tingkat layanan. HCPI sebagai mitra pembangunan internasional yang memberikan dukungan langsung kepada program LASS melalui dukungan teknis dan logistik dimulai pada 2008. Kegiatan yang dilakukan MPI mencakup penguatan puskesmas, bekerja sama dengan LSM sebagai jembatan bagi penasun untuk datang ke puskesmas. Pola ini berbeda dengan sistem kesehatan yang ada. Oleh karenanya, dapat disimpulkan bahwa dimensi sumber daya dalam penyediaan farmasi dan alat kesehatan untuk program LASS tidak terintegrasi dalam sistem kesehatan yang ada.

".....Kalo saat ini kita masih di-supply dari HCPI., Dari HCPI terakhir 2015. Kita sampe sekarang distribusi jarum kita masih.. stok jarum kita masih banyak. Jadi kita belum berani menganggarkan, karna takut expired dan segala macam. Karna pengambilan jarum ini masih sedikit. Tidak banyak..(wawancara

16) *Indepth interview* dengan Kepala Puskesmas Cengkareng dan PKM Jatinegara.

mendalam Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan Kepala Puskesmas Jatinegara)

5) Informasi strategis

a. Sinkronisasi sistem informasi

Program LASS belum sepenuhnya memanfaatkan sistem informasi yang digunakan oleh Dinkes. Mekanisme informasi program LASS berjalan secara paralel dengan sistem informasi kesehatan pada umumnya. Hal ini tampak dari mekanisme pelaporan yang tidak terpusat pada satu sistem yang tersedia yakni melalui Dinkes. Sistem informasi program LASS mengacu pada sistem yang dikembangkan oleh MPI sebagai pemberi dana. Begitu pula dengan LSM melakukan pelaporan berdasarkan proyek sehingga sistem pelaporan yang dipergunakan menggunakan acuan yang dipakai oleh MPI. Meskipun demikian, ada pula LSM yang memberikan laporan kegiatan selain kepada donor juga kepada Sudinkes dan KPA.

Sementara itu Dinkes sudah memiliki sistem informasi kesehatan (SIK), di mana data program HIV sudah masuk sebagai bagian dari pelaporan data kesehatan, melalui sistem SIHA. Pengumpulan data dilakukan dari berbagai sumber sesuai dengan lingkup kerjanya. Semua laporan terkumpul di Dinkes untuk dipergunakan sebagai dasar pengembangan kebijakan. Jenis data yang dikumpulkan meliputi surveilans, survei cepat perilaku (SCP), data penyakit rutin dan lain-lain. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dimensi sinkronisasi sistem informasi belum terintegrasi dengan sistem kesehatan yang berlaku di Dinkes.

b. Diseminasi dan pemanfaatan

Program LASS tidak terintegrasi dalam hal diseminasi dan pemanfaatan informasi strategis, meskipun sudah ada pemanfaatan data yang dilakukan oleh Dinkes. Namun hal ini belum mengakomodir semua yang dilakukan oleh pelaku dalam program LASS. Dinkes memanfaatkan berbagai sumber pelaporan rutin per bulan dan per triwulan yang

berasal dari puskesmas dan Sudinkes untuk selanjutnya dipergunakan sebagai bahan untuk perencanaan kegiatan dan profil kesehatan. Tidak ada mekanisme untuk melakukan diseminasi capaian program. Sharing laporan hanya dilakukan di internal Dinkes, namun dapat diakses untuk publik apabila ada yang membutuhkan. Di puskesmas, diseminasi dan pemanfaatan informasi dilakukan melalui mini lokakarya yang menjadi forum untuk perencanaan berbasis puskesmas. Sementara tidak diperoleh informasi terkait dengan pemanfaatan dan diseminasi laporan yang diserahkan kepada MPI.

Ada penjelasan bahwa laporan kesehatan dapat diakses oleh masyarakat, namun tidak dijelaskan bagaimana mekanismenya untuk mengakses informasi tersebut. Informasi lain menyebutkan bahwa laporan pencapaian hasil program tidak perlu disampaikan kembali ke populasi kunci atau penasun karena dianggap tidak relevan dan tidak dibutuhkan oleh populasi kunci

“....Enggak, laporannya gak dilaporkan secara itu ya. Karena khawatirnya, mereka juga gak..buat apaan sih gitu. Dilaporkannya paling...bukan dilaporkan, tapi dengan cara mungkin dalam pertemuan. Dan itu juga gak dilaporkan...jarum suntik yang terdistribusi, kecuali dengan suku Dinas. Jadi kita ada pertemuan koordinasi dengan suku Dinas dan seluruh puskesmas, terus ada KPAK, tapi dampingan gak diajak disini. Gak masuk disitu. Karena kadang buat mereka apaan sih, gak relevan buat mereka. Mendengar gua nyari duit buat beli hal - hal.” (wawancara Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan PM Kharisma)

Hal ini didukung dengan pernyataan informan lainnya yang menyatakan bahwa data yang dikumpulkan untuk monitoring program yang dilakukan selama ini belum dimanfaatkan secara maksimal untuk pengembangan program.

“....yang paling mendasar sih jadi, jadi monitoring dulu buat temen-temen pekerja lapangan, bulanannya temen-temen, gitu. Untuk monitoring hasil-hasilnya mereka. lalu kalau kegunaannya untuk pengembangan program data tersebut masih belum maksimal sih hahaha” (wawancara Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan Koordinator Lapangan LSM Kharisma-Jakarta)

6) Partisipasi masyarakat

Keterlibatan populasi kunci dalam program LASS sebatas sebagai penerima manfaat. Sementara partisipasi masyarakat melalui Musrenbang tidak secara spesifik membahas dan merencanakan program LASS, namun lebih kepada permasalahan kesehatan pada umumnya. Di sisi yang lain perencanaan program LASS dilakukan berdasarkan laporan yang bersumber dari LSM dan puskesmas, tidak melibatkan populasi kunci.

Permenkes No. 21 Tahun 2013 menyebutkan bahwa setiap orang harus secara aktif melakukan upaya pencegahan dan menanggulangi epidemi HIV sesuai dengan kemampuan dan perannya. Dapat dimaknai bahwa seluruh masyarakat termasuk dalam hal ini populasi kunci semestinya terlibat dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Namun, implementasi kebijakan ini belum dapat diterapkan sepenuhnya pada populasi kunci.

Secara umum sudah ada keterlibatan masyarakat dalam Musrenbang, serta penyertaan masyarakat dalam penyediaan layanan kesehatan berbasis masyarakat (posyandu). Kegiatan promotif dan preventif melibatkan mobilisasi masyarakat seperti penyuluhan keliling melibatkan kader yang bekerja secara sukarela karena adanya kebijakan yang tidak memperbolehkan memberikan insentif untuk kader.

Secara spesifik diketahui bahwa forum penasun dilakukan melalui pokja IDU yang dikelola oleh KPAD, namun sebagai media aspirasi Pokja ini tidak berjalan sebagaimana mestinya karena ada keterbatasan dalam pengelolaannya.

"....He-eh wadahnya dari situ. LSM sumbang saran, mungkin juga penasunnya bisa terlibat di situ. Sayangnya [pokja HR] ga jalan. Ga jalannya ya dari sini dari dinas kesehatan. Yang pegang cuma satu. Hehe iya maksudnya sebenarnya iya yang punya cuma saya sendiri, program HR. kemampuan untuk ya itu mengendalikan, *move*, merencanakan, kurang SDMnya..." (wawancara Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan staf program *Harm Reduction* Dinas Kesehatan DKI Jakarta)

Dari gambaran sub-sistem partisipasi masyarakat dapat disimpulkan bahwa belum ada integrasi dalam sub-sistem ini, karena terdapat mekanisme pelibatan masyarakat dalam dalam perencanaan yang berbeda.

7) Upaya kesehatan

a. Ketersediaan layanan

Dimensi ketersediaan layanan terintegrasi penuh. Layanan LASS sudah dapat diakses dengan mudah di 38 puskesmas di DKI Jakarta. LASS dapat diakses melalui petugas penjangkau LSM maupun diakses secara mandiri ke puskesmas. Layanan LASS sudah terintegrasi dengan layanan lainnya berupa layanan VCT, kesehatan dasar dan Metadon, penasun dapat mengakses semua layanan dalam satu tempat (*one stop service*). Melalui pendekatan Layanan Komprehensif Berkesinambungan serta fleksibilitas waktu pemberian layanan semakin mempermudah penasun untuk mengakses layanan yang dibutuhkan, mulai dari akses jarum melalui penjangkauan maupun di puskesmas, serta perawatan terkait lainnya. LASS dapat diakses di puskesmas dengan mekanisme tidak berbayar, sehingga tidak ada masalah dengan tidak adanya jaminan LASS dalam JKN.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa layanan yang meliputi aspek promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif sudah tersedia di layanan tingkat dasar, termasuk di dalamnya adalah layanan rujukan, meskipun ada kecenderungan bahwa perubahan puskesmas menjadi rumah sakit mempersulit pasien untuk mengakses layanan primer, sebagaimana yang dipersyaratkan dalam sistem rujukan.

b. Koordinasi dan rujukan

Mekanisme koordinasi dalam program LASS dilakukan antara LSM dan puskesmas selaku komponen pelaksana program. Koordinasi dengan LSM dilakukan melalui pertemuan yang diselenggarakan untuk melakukan perencanaan kebutuhan dan pendistribusian LASS, serta

mengidentifikasi permasalahan dan pelaporan kasus HIV. Koordinasi dalam program LASS belum secara spesifik melibatkan peran Dinkes sebagai *leading sector* kesehatan secara umum sebagaimana program yang lain. Sementara puskesmas adalah unit pelaksana dari Dinkes, sehingga semestinya Dinkes berperan dalam koordinasi program LASS. Oleh karena itu, dimensi koordinasi dan rujukan tidak terintegrasi dengan sistem kesehatan.

Sebagai penyedia layanan kesehatan, selain memberikan layanan kesehatan secara umum, puskesmas juga memberikan layanan LASS dan VCT. Namun, tidak semua penasun mau mengakses LASS secara langsung ke puskesmas. Untuk itu, dalam hal pendistribusian LASS, puskesmas bekerja sama dengan petugas penjangkau untuk memberikan LASS secara langsung kepada penasun. Komponen lain dalam LASS adalah kader muda yang melakukan peran pencatatan pendistribusian jarum baik yang dilakukan oleh puskesmas melalui poli ataupun melalui petugas penjangkau. Kader muda juga dapat membantu puskesmas untuk melayani pendistribusian jarum bagi penasun yang mengakses langsung ke puskesmas. Satu informan mengatakan PKM ada *one stop service*, selain LASS ada PTRM, VCT dan mereka bisa internal referral merujuk ke poli lain.

“....Pertama mereka punya layanan yang *one stop service*. Jadi selain LASS, ada metadon barengan, terus ada, ada layanan VCT, ada layanan [1 kata tidak jelas], terus layanan ibu hamil itu PPIA ya? di situ ada, kemudian secara apa namanya, secara internal referral ya? Jadi mereka merujuk ke poli lain gitu, itu juga berjalan banget. Kadang-kadang kan karena penasun sering mereka jalurnya hanya ke layanan HR aja. Tapi misalkan mereka punya keluhan yang lain kan ada loket pasien umum gitu ya. Kadang-kadang kalau penasun belum mau daftar langsung ke penasun umum, dari layanan ini langsung rujuk ke poli lain, layanan lain itu berjalan banget dan gue tau....” (wawancara Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan HCPI)

“....sebenarnya kan yang di LKB itu kan semua yang berhubungan sama HIV ngumpul satu semua dari IMSnya, metadonnya, terus LASSnya, jadi satu semua. Yang enak dengan LKB itu berarti petugas tidak perlu terlalu banyak kan. Cukup itu aja mereka udah menguasai semuanya. Terus kemudahan dari si pasien, misalnya ngeliat ada IMS, langsung diperiksa

HIV sekalian kan di situ juga, ga perlu pindah-pindah. Anak metadon juga kalo buat akses ARV di situ aja. Jadi LKB ini banyak kemudahan dari kitanya gampang, pasiennya juga gampang...” (wawancara Tim Peneliti PPH Atmajaya dengan Koordinator HR PKM Tanjung Priok)

c. Jaminan kualitas layanan

Dalam dimensi kualitas layanan, program LASS tidak terintegrasi dalam sistem kesehatan yang ada. Mekanisme supervisi yang dilakukan untuk menjamin kualitas layanan yang dilakukan oleh Dinkes hanya fokus pada area layanan kesehatan di fasyankes (puskesmas) saja. Jaminan kualitas layanan sudah dilakukan oleh Sudinkes melalui Bimtek yang dilakukan per tiga bulan sekali. Begitu pula untuk akreditasi dan ISO bagi puskesmas. Akreditasi dilakukan per semester dengan sistem ISO, namun tidak dilakukan untuk program HR. Sudah ada regulasi bahwa Dinkes memiliki tupoksi untuk melakukan supervisi sebanyak 4 kali dalam satu semester, Bimtek sebanyak 2 kali dalam setahun, Biswadal sebanyak 1 kali dalam setahun. Kegiatan dalam bantuan teknis termasuk melihat data, evaluasi pelaporan, update SIHA, SUFA, dan ARV. Sementara bagi puskesmas yang masih lemah dalam sistem pelaporan, Sudinkes wajib melakukan Bimtek sebanyak 2 kali dalam setahun.

Sementara kinerja komponen SDM lain di luar sektor kesehatan, supervisi dilakukan melalui mekanisme yang berlaku di LSM. Jaminan kualitas layanan kegiatan di LSM menjadi terlepas dari sistem yang dikembangkan untuk memantau kinerja SDM kesehatan yang sudah memiliki regulasi untuk penerapannya. KPA meskipun secara normatif memiliki peran untuk mengkoordinasikan kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS termasuk yang dilakukan oleh LSM, namun secara struktural tidak ada mekanisme supervisi dari KPA dan Dinkes terhadap kegiatan yang dilakukan oleh LSM.

E. Tingkat Integrasi Program LASS ke dalam Sistem Kesehatan

Pada bagian ini menjelaskan tentang penilaian terhadap tingkat integrasi yang diperoleh berdasarkan hasil deskripsi dan analisa yang telah dijabarkan di atas. Integrasi didefinisikan sebagai pengaturan organisasional yang ditujukan untuk mengadopsi program HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan di tingkat daerah. Pengaturan organisasional ini bisa terjadi di tingkat fungsional dalam bentuk koordinasi, penyesuaian, serta hubungan antara sistem kesehatan dengan program tertentu, atau di tingkat struktural dalam bentuk penggabungan layanan. Berdasarkan gambaran fungsi sub-sistem kesehatan dapat disimpulkan tingkat integrasi dalam dimensi fungsi sistem kesehatan tampak dalam **tabel 13**.

F. Faktor-faktor yang Memengaruhi Integrasi Program LASS ke dalam Sistem Kesehatan

Pada bagian ini akan menjelaskan berbagai faktor yang memengaruhi integrasi program LASS ke dalam sistem kesehatan. Penjelasan ini didasarkan atas penilaian tingkat integrasi pada tujuh sub-sistem kesehatan. Dalam penilaiannya disimpulkan bahwa sub-sistem program LASS tidak terintegrasi ke dalam sistem kesehatan. Tidak terintegrasinya ini karena dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut:

Pertama, komitmen politik terhadap program HIV sangat tinggi di DKI Jakarta, terbukti dengan adanya kebijakan yang menjadi landasan dalam pelaksanaan program HIV. Begitu pula dengan program LASS, payung hukum pelaksanaan LASS didasari oleh Permenkes No. 567 Tahun 2006. Kebijakan ini diturunkan menjadi kebijakan tingkat daerah dalam wujud, Perda dan Surat Edaran Dinas Kesehatan. Namun sayangnya kebijakan ini belum diimplementasikan karena ada pertimbangan ketercukupan pendanaan dari MPI. Dalam program LASS pengaruh MPI sangat besar baik dari sisi

pembiayaan maupun tata kelola. Satu contoh pada dimensi kebijakan dan sistem manajemen SDM. Pengelolaan SDM pada program LASS seakan terpisah dari manajemen SDM kesehatan. Dengan tidak adanya staf khusus untuk mengelola LASS sebenarnya menginisiasi terintegrasinya program LASS dalam layanan kesehatan secara umum. Namun komponen SDM lain dalam program LASS untuk tenaga penjangkau tidak masuk dalam struktur dan analisa kepegawaian.

Kedua, program LASS pada dasarnya merupakan program yang kompleksitas pengelolaannya relatif rendah dibandingkan program intervensi spesifik lainnya seperti PMTS. Program LASS tidak melibatkan banyak komponen dalam pengelolaannya, di samping itu program LASS lebih spesifik pada pengadaan dan distribusi jarum suntik yang secara nyata dibutuhkan oleh penasun. Namun sayangnya program ini belum mendapatkan dukungan dari pemangku kepentingan. Kontradiksi antara pendekatan hukum dengan pendekatan kesehatan dapat menjadi salah satu penghambat dalam penyediaan pembiayaan daerah.

Ketiga, adalah konteks ekonomi. APBD DKI Jakarta sangat besar yang dialokasikan untuk sektor kesehatan yakni sebesar 13% dari total APBD. Sementara itu dari sisi regulasi sudah ada kebijakan Pemda untuk program LASS, namun sayangnya besarnya pendanaan untuk sektor kesehatan tidak berjalan sinergis dengan kebijakan kemandirian program LASS.

Keempat, adalah belum adanya peraturan dan regulasi yang mengatur peran dan pembiayaan untuk SDM non kesehatan. Sementara itu dalam program LASS komponen SDM non kesehatan ini sangat strategis untuk menutupi kesenjangan peran yang tidak dapat dilakukan oleh pemerintah.

G. Efektifitas Program LASS

Untuk melihat efektifitas program LASS maka digunakan dua sumber data, yaitu data kualitatif yang diperoleh melalui wawancara dengan penasun sebagai penerima manfaat program. Sumber data kedua adalah data sekunder berupa cakupan yang diperoleh melalui laporan program

Fungsi Sistem Kesehatan	Dimensi	Tingkat Integrasi	
		Dimensi	Subsistem
Manajemen dan Regulasi	Regulasi	p	y
	Formulasi Kebijakan	y	
	Akuntabilitas dan Daya Tanggap	y	
Pembiayaan	Pengelolaan Sumber Pembiayaan	y	y
	Penganggaran, Proporsi, Distribusi dan Pengeluaran	y	
	Mekanisme Pembayaran Layanan	y	
SDM	Kebijakan dan Sistem Manajemen	y	y
	Pembiayaan	y	
	Kompetensi	y	
Penyediaan Obat dan Perlengkapan Medik	Regulasi Penyediaan, Penyimpanan, Diagnostik dan Terapi	y	y
	Sumber Daya	y	
Sistem Informasi	Sinkronisasi Sistem Informasi	y	y
	Diseminasi dan Pemanfaatan	y	
Partisipasi Masyarakat	Partisipasi Masyarakat	y	y
Penyediaan Layanan	Ketersediaan Layanan	y	y
	Koordinasi dan Rujukan	y	
	Jaminan Kualitas Layanan	y	

p Terintegrasi penuh y Tidak terintegrasi ** Terintegrasi Sebagian

Tabel 13. Penilaian Tingkat Integrasi

dan data IBBS. Penilaian terhadap efektifitas program LASS dilakukan dengan membandingkan antara data cakupan dengan target program.

1) Akses dan kualitas layanan dari persepsi pemanfaat

Akses terhadap LASS diperoleh melalui dua jalur layanan, yaitu mengakses langsung ke puskesmas atau mendapatkan dari petugas penjangkau. Layanan LASS di puskesmas dilakukan melalui poli dengan dibantu oleh kader muda. Penasun lebih suka mengakses LASS kepada petugas penjangkau LSM karena faktor fleksibilitas. LASS dapat diperoleh kapanpun dan tidak dibatasi jumlahnya. Bahkan setiap hari dapat mengakses LASS dari petu-

gas penjangkau dengan catatan membawa jarum bekas yang sudah terpakai. Sementara jam layanan akses LASS di puskesmas tidak berbeda dengan layanan kesehatan lainnya, yakni mulai pukul 08.00 – 15.00. Untuk mendapatkan layanan LASS penasun mengikuti prosedur sebagaimana layanan di puskesmas. Puskesmas memberikan batasan jumlah jarum, dalam satu paket terdapat 5-10 jarum baru. Maksimal pemberian paket jarum dalam sekali pengambilan sebanyak 2 paket layanan LASS. Penasun tidak diperbolehkan mengakses LASS setiap hari. Sementara itu, ada situasi di mana penasun memberikan jarumnya kepada temannya yang akan *pakaw* (menyuntikkan putau) tetapi tidak memiliki jarum baru.

".....Karena mereka itu eeh prefer buat pemakainya sendiri. Jadi eeh misal, kan eem kalo mereka berpi- kirnya gini ga mungkin dalam satu hari itu kamu pake sampe dua puluh kali lebih kan, ngabisin dua puluh jarum suntik. Sementara kan kita ga mungkin kalo kita punya misalnya temen ga punya, kasian kalo kita liat dia sharing ya kan. Atau kita liat dia pake yang bekas, atau dia mesti sterilin dulu. Pasti kan aku kasih gitu kan. Jadi eeh tapi kalo orang puskesmas itu taunya ya satu satu amplop atau dua amplop itu satu amplop itu biasa isi sepuluh kalo mereka. Dua amplop itu ya eeh dua puluh itu ga mungkin buat satu hari. Paling ga tiga hari, gitu(wawancara tim Peneliti PPH Atmajaya dengan R2).

Penasun juga merasa lebih nyaman mengakses LASS di LSM melalui petugas penjangkau karena petugas penjangkau dari LSM memiliki latar belakang sebagai penasun, sehingga memiliki pengalaman yang sama dan lebih nyaman untuk diajak bercerita. Sementara petugas kader muda belum tentu memiliki latar belakang sebagai penasun.

".....Eeh, kalo dibilang memadai ya mereka sih welcome welcome, cuma eeh kalo dibilang ya mungkin kalo aku ngerasanya lebih nyaman di LSM lah. Mungkin karena Basicnya kali mungkin kalo di LSM juga banyak mantan eeh IDU juga, atau mungkin dari background yang sama gitu kan. Tapi kalo di puskesmas kan ga. Rata-rata paling kadernya aja, kader juga ga semua paling kan beberapa aja..." (wawancara Tim PPH Atmajaya dengan R2)

Berkaitan dengan cara pembayaran layanan, penasun dapat mengakses LASS secara gratis di puskesmas, terutama bagi yang memiliki identitas sebagai penduduk DKI Jakarta. Sementara bagi yang tidak memiliki identitas penduduk DKI dikenakan biaya pendaftaran sebesar Rp 5.000. Cara untuk mengakses LASS sama halnya dengan pasien puskesmas pada umumnya.

"Jadi sebelumnya kan kita masukin data dulu. Ya kan. Nama, nomor telepon, alamat. Katanya sih data aja di dalam. Kalau untuk pengambilannya sih ya kita minta, nanti kita tanda tangan nama kita. Karena kan kita udah terdaftar di situ. Kalau yang belum terdaftar kan nggak boleh. Jadi gampang sekali, tinggal daftar, minta, tulis nama tanda tangan. Udah." (Wawancara mendalam tim Peneliti PPH Atmajaya dengan R9)

Syarat untuk mendapatkan LASS juga dianggap tidak terlalu rumit. Sebelumnya mereka sudah mendapatkan penjelasan dari petugas puskesmas untuk mengakses layanan LASS. Bahwa ada persyaratan untuk mengembalikan jarum bekas pakai sebelum mengambil jarum baru. Namun, penasun juga tetap dapat mengakses LASS meskipun tidak mengembalikan jarum sesuai jumlah permintaan sebelumnya.

"Mekanismenya ga ribet sih, kita cuma ditanya nama, ID, sama apa namanya tanggal bulan tahun, sama ehem nanti ketentuannya kalo misalnya kita mau akses kita biasanya kalo pertama, baru pertama nanti kita dikasih kartu, kayak kartu keanggotaan gitu nanti untuk selanjutnya kalo kita mau akses lagi, kita diharuskan bawa yang bekasannya jangan dibuang ya dibilang gitu pasti dibilang kayak gitu, kalo bisa jangan dibuang biar eh kita juga ada laporannya jadi misalnya kalo sekali akses tuh kalo di LSM tuh sekali akses dapet satu amplop yang isinya 5 intake baru, 5 apa namanya alcohol swap, terus 3 kondom, sama 1 kartu yang apa kaya keterangan gitu deh..". (Wawancara mendalam tim Peneliti PPH Atmajaya dengan R4)

Program LASS sangat membantu dan dirasakan besar manfaatnya bagi penasun. Tidak hanya kemudahan untuk mengakses LASS, akan tetapi ada perlindungan bagi mereka untuk terhindar dari penularan HIV. Program LASS tidak hanya sekedar membagikan jarum steril saja, akan

Tabel 14. Sebaran Populasi Penasun di DKI Jakarta Tahun 2012

Wilayah	Jumlah Populasi Penasun (orang)
Jakarta Pusat	1716
Jakarta Utara	585
Jakarta Barat	897
Jakarta Selatan	1139
Jakarta Timur	571
Kepulauan Seribu	N/A
Total	4.908

Sumber : Pemetaan Populasi Kunci KPAP, Tahun 2012

tetapi diikuti dengan informasi yang dibutuhkan oleh penasun, seperti perilaku aman bagi penasun. Jenis informasi yang diterima meliputi sterilisasi jarum, serta informasi terkait HIV.

“....Setelah digalakan ini ada apa dari LSM dari LSM baru kita mengerti oh akibatnya begini begini kan, sampe kita sakit atau apa. Belakangan baru tau coba kalo dari dulu kalo ada LSM anjurnin anjurnin kaya gini kan jarum itu dibagi-bagi boleh diambil puskesmas mungkin untuk penyakit itu lebih sedikitlah....” (wawancara tim Peneliti PPH Atmajaya dengan R6)

Faktor jarak dan kenyamanan menjadi pertimbangan penasun untuk mengakses layanan LASS. Kenyamanan untuk mengakses layanan LASS lebih banyak diperoleh melalui petugas penjangkau. Namun demikian kedekatan jarak dengan penyedia layanan juga menjadi pertimbangan bagi penasun untuk memilih tempat akses LASS karena petugas penyedia layanan juga relatif nyaman, sudah saling mengenal dengan penasun, di samping itu puskesmas juga tidak memberikan batasan wilayah domisili bagi penasun yang hendak mengakses layanan LASS. Petugas penyedia layanan juga dapat memberikan jaminan kerahasiaan status penasun.

2) Cakupan program

Pada bagian ini cakupan program dibuat berdasarkan data pemetaan populasi penasun tahun 2012 serta estimasi nasional populasi penasun tahun 2012. Dari data pemetaan diketahui bahwa jumlah populasi penasun di DKI Jakarta sebesar 4.908 orang yang tersebar di 6 wilayah di DKI Jakarta dengan angka sebaran seperti terlihat pada **tabel 14**.

Intervensi Program	Target Pencapaian (%)				
	2013	2014	2015	2016	2017
Penjangkauan	20	40	60	80	100
Mengakses LJSS	20	40	50	60	80
Test HIV	20	40	50	60	80

Sumber: Strategi Rencana Aksi Penanggulangan AIDS DKI Jakarta 2013-2017

Tabel 15. Target Pencapaian Intervensi Program LASS

Sementara itu penetapan target pencapaian program LASS yang dikembangkan dalam Strategi Rencana Aksi Penanggulangan AIDS di DKI Jakarta (SRAP) menggunakan data estimasi nasional populasi penasun di DI Jakarta sebanyak 7.245 orang. Secara rinci rencana pencapaian target intervensi program LASS tampak dalam **tabel 15**.

Dari target pencapaian berdasarkan data estimasi menunjukkan bahwa kegiatan penjangkauan klien baru LASS tahun 2014 sebesar 3.157 penasun, atau sekitar 43%, sehingga dapat dikatakan cakupan penjangkauan pada populasi penasun sudah melebihi target yang ditetapkan dalam SRAP DKI Jakarta. Capaian ini menjadi jauh lebih tinggi yakni sebesar 64% apabila dibandingkan dengan jumlah hasil pemetaan populasi penasun.

Sementara itu dari sisi ketercukupan jarum, menunjukkan bahwa capaian distribusi jarum tahun 2014 sebanyak 605.540 buah, yang merupakan angka kumulatif dari cakupan distribusi jarum di puskesmas dan LSM. Sementara jumlah klien LASS sebanyak 13.816 orang. Dengan demikian rata-rata penasun mendapatkan jarum sebanyak 16 buah per

bulan, atau sekitar 4 jarum dalam seminggu. Data STBP menunjukkan bahwa frekuensi menyuntik rata-rata 2 kali dalam 2 hari terakhir, oleh karenanya dapat disimpulkan bahwa terdapat ketercukupan jumlah jarum.

Efektifitas program LASS dapat pula diukur melalui perubahan perilaku, yakni dari kebiasaan penggunaan jarum secara bergantian dan pola menyuntik, mengacu dari data di tahun yang sama. Namun hal ini belum dapat dilakukan, karena tidak ada ketersediaan data, yaitu Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) setelah tahun 2014.

Dari deskripsi akses kualitas layanan serta cakupan program, dapat disimpulkan bahwa kinerja program LASS sangat baik. Akses terhadap LASS sangat mudah diperoleh, dan tidak berbayar. Petugas di fasilitas layanan kesehatan tidak melakukan perbedaan perlakuan terhadap penasun, serta memberikan layanan dengan ramah. Penasun lebih suka mengambil jarum melalui layanan *mobile* oleh petugas penjangkau karena waktunya lebih fleksibel dan lebih percaya karena petugas penjangkau berasal dari komunitas penasun.



**Tabel 16. Cakupan
Program LASS
Tahun 2014**

Kriteria	Jumlah	Sumber
Jumlah Penasun	4.908	Pemetaan KPAP, 2012
Jumlah Klien LASS di Fasyankes	13.816	SIHA, 2014
Jumlah Klien baru LASS	3.157	SIHA, 2014
Jumlah Jarum terdistribusi Fasyankes	54.546	HCPI, 2014
Jumlah Jarum terdistribusi LSM	550.994	HCPI, 2014

Sumber : diolah dari berbagai sumber

H. Hubungan Integrasi dengan Efektifitas

Untuk memberikan penjelasan kontribusi integrasi terhadap efektivitas, digunakan hasil deskripsi dan analisa penilaian tingkat integrasi, akses ketersediaan layanan, kualitas layanan dan cakupan layanan pada program LASS. Kerangka konseptual yang dikembangkan penelitian ini mengasumsikan bahwa integrasi pada intervensi spesifik pada sistem kesehatan umum berkontribusi pada efektivitas layanan. Mekanisme integrasi dapat terjadi melalui pengaturan atau adopsi pada tata kelola, pembiayaan, perencanaan, pemberian layanan, monitoring evaluasi serta *demand generation* (Atun.2010). Integrasi dapat meningkatkan cakupan dan aksesibilitas layanan (Car et al. 2012; An et al., 2015), mengurangi fragmentasi, penghematan melalui penggabungan pendanaan dan keahlian, serta meningkatkan sumber daya (Atun et al.2009), mengamankan keberlanjutan dan efektivitas intervensi dan pengaturan sistem kesehatan (Kawonga et al, 2012; 2013; Maher 2010; Grepin dan Reich, 2008;Cash-Gibson dan Rosenmoller 2014; Shigayeva et al, 2010).

Penilaian tingkat integrasi program LASS menunjukkan bahwa fungsi sistem program LASS

tidak terintegrasi secara penuh dalam sistem kesehatan. Kesimpulan penilaian ini berdasarkan atas penilaian integrasi di masing-masing dimensi. Dari keseluruhan dimensi dalam sub-sistem kesehatan hanya ada 2 dimensi yang terintegrasi yaitu dimensi regulasi dan dimensi ketersediaan layanan. Dari hasil penilaian tersebut, semestinya program LASS akan menghasilkan efektifitas yang rendah. Namun dari gambaran kinerja program LASS menunjukkan adanya kualitas dan cakupan layanan yang sesuai dengan target. Untuk itu pada bagian ini akan menjelaskan bagaimana hubungan integrasi pada program LASS yang berkontribusi terhadap efektifitas. Pengertian efektifitas dalam penelitian ini mengacu pada kemampuan sebuah intervensi untuk mencapai tujuan, penghematan biaya dengan pemanfaatan yang lebih besar serta kesesuaian dengan posisi kontekstual. Sebagaimana yang ditunjukkan dalam berbagai literatur (Wilson et al.,2015; Grassly et al.,2001; Van Deusen et al., 2015).

Pelaksanaan program LASS di DKI Jakarta mengacu pada Permenkes yang menjadi regulasi nasional program LASS. Apabila dikaji lebih dalam regulasi ini sudah mencerminkan adanya intervensi program yang dapat mengurangi risiko penularan HIV yang sesuai dengan karakteristik

penasun. Namun sayangnya pemerintah daerah tidak menjadikan regulasi ini menjadi bagian dari perencanaan program penanggulangan HIV dan AIDS, justru MPI yang menjadikan regulasi ini sebagai dasar pengembangan program LASS sehingga setiap komponen pelaksanaan LASS memiliki aturan main yang sangat jelas. Dengan kata lain, adanya regulasi ini menjadikan tata kelola program LASS menjadi baik, ditambah lagi dengan adanya penguatan kapasitas dan kelembagaan pelaksana program serta didukung pembiayaannya oleh MPI. Dengan demikian, masuk akal jika program LASS menjadi efektif.

Efektifitas program LASS disumbang oleh ketercukupan dan jaminan pembiayaan yang didukung oleh perencanaan yang tepat oleh MPI. Pembiayaan MPI bersifat menyeluruh dalam artian keseluruhan komponen yang mendukung dalam pelaksanaan program LASS ditanggung pembiayaannya. Pembiayaan tidak hanya meliputi penyediaan jarum, tetapi juga meliputi penguatan kapasitas dan kelembagaan pelaksana program LASS. Sementara dari perspektif penasun, prinsip pemberian LASS kepada mereka dengan cara tidak berbayar secara jelas sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan mereka. Dengan demikian, ada kemudahan akses dalam mendapatkan jarum suntik steril apabila dikaitkan dengan tingginya kebutuhan penasun terhadap jarum suntik steril.

SDM dalam program LASS tidak hanya meliputi SDM kesehatan saja, akan tetapi ada komponen sumber daya lain yang dibutuhkan, yakni sumber daya non kesehatan yang diperankan oleh LSM yang mampu berkontribusi secara bermakna dalam meningkatkan cakupan LASS. Peran LSM sangat strategis karena memiliki fleksibilitas waktu pendistribusian jarum kepada penasun melalui layanan *mobile*. Sementara fleksibilitas ini tidak dimiliki oleh tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas, sehingga kesenjangan ini dapat dijembatani melalui peran yang dilakukan oleh petugas penjangkau. Peran-peran yang dilakukan oleh petugas penjangkau atau petugas non kesehatan ini mayoritas masih mengandalkan sumber pembiayaan dari MPI.

Penyediaan farmasi tidak terintegrasi karena pendanaan jarum suntik disediakan secara langsung oleh MPI tanpa melalui mekanisme

perencanaan dalam sistem kesehatan secara umum. Meskipun bersifat vertikal namun tetap memberikan kontribusi terhadap efektifitas, karena memberikan keleluasaan untuk menentukan pengadaan jenis jarum yang sesuai dengan kebutuhan penasun. Dari dimensi regulasi/aturan, pengadaan LASS didistribusikan melalui mekanisme yang efektif tidak berbelit. Pengadaan jarum disesuaikan dengan perencanaan permintaan dari LSM dan puskesmas. Kedua lembaga/ institusi ini saling berkoordinasi untuk membuat perencanaan yang berbasis pada hasil capaian periode sebelumnya. Kontribusi efektifitas dipengaruhi pula oleh dimensi sumber daya dalam penyediaan farmasi, yakni kebutuhan penasun terhadap jarum steril difasilitasi dengan pola tidak berbayar, baik pendistribusian melalui LSM maupun puskesmas. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa manajemen penyediaan LASS memengaruhi kinerja program.

Informasi strategis pada program LASS dilakukan melalui mekanisme vertikal, dalam artian pelaporan cakupan program oleh LSM dan puskesmas terpusat kepada MPI. MPI memiliki kepentingan yang besar terhadap data yang terkait dengan program LASS seperti laporan pendistribusian jarum, dan jumlah, untuk dimanfaatkan sebagai basis perencanaan program LASS. Komponen kegiatan dan pemain dalam program LASS cukup sederhana yaitu LSM dan puskesmas, sehingga dalam perencanaan dan evaluasi program MPI terbatas pada lingkup yang terbatas pula. Karena polanya terpusat, maka dimensi sinkronisasi dan diseminasi yang tidak terintegrasi dengan sistem kesehatan daerah tetap menghasilkan efektifitas program, karena ketersediaan jarum sudah terpenuhi melalui sistem perencanaan dan pengadaan yang dikendalikan oleh pusat (MPI).

Selama perencanaan dalam program LASS bersifat vertikal, maka pelibatan populasi kunci dalam perencanaan tidak menjadi bermakna. Namun populasi kunci justru sangat bermakna untuk berkontribusi terhadap efektifitas LASS, melalui kemampuan untuk mendorong komunitas lewat lingkaran atau jaringan sosialnya agar mengakses layanan. Pendekatan melalui jaringan dapat menghasilkan efek yang lebih luas dan

cepat karena ada faktor kepercayaan. Penggunaan SDM penjangkau penasun yang berasal dari komunitasnya (*indigineos people*) merupakan strategi yang efektif untuk meningkatkan cakupan karena mereka mengenal karakteristik, lokasi dan dipercaya oleh komunitasnya. Dapat disimpulkan bahwa pelibatan penjangkau yang berasal dari komunitas dalam pelaksanaan program berkontribusi secara efektif dalam program LASS.

03.

Studi Kasus : Program Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL)

A. Gambaran Program LSL

Program pencegahan HIV dan AIDS melalui transmisi seksual pada kelompok LSL (Lelaki Seks dengan Lelaki) merupakan intervensi yang dilakukan dengan tujuan mengurangi penularan HIV melalui hubungan seks yang tidak aman di kalangan LSL. Dalam beberapa tahun terakhir, intervensi ini menjadi penting mengingat terjadi peningkatan prevalensi HIV dan IMS yang signifikan pada komunitas ini. Hasil STBP tahun 2007 menunjukkan bahwa prevalensi HIV pada LSL adalah 5%, yang meningkat menjadi 12 % pada 2011. STBP di tahun 2007 dan 2011 juga menunjukkan peningkatan prevalensi IMS pada LSL, yaitu dari 4% menjadi 13%.

Menyikapi situasi ini maka salah satu strategi yang dikembangkan adalah penguatan pendekatan struktural yang biasa disebut dengan Pencegahan Penularan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS) paripurna yang menargetkan kelompok berisiko tinggi dalam penularan HIV melalui hubungan seksual seperti pekerja seks, pelanggan pekerja seks dan LSL. Program LSL lebih banyak digunakan untuk menggambarkan program pencegahan 'PMTS pada LSL'¹⁷. Program LSL ini memang sudah lebih dahulu berjalan dan dikenal daripada pendekatan struktural ini. Ada beberapa ciri khas yang dimiliki oleh program LSL yaitu dominasi peran komunitas di LSM yang fokus pada isu LSL dalam menggerakkan berbagai kegiatan dalam upaya memenuhi keperluan mereka. Pada sisi yang lain karena merupakan komunitas yang tersembunyi maka peran pemangku kepentingan HIV dan AIDS lainnya sangat terbatas.

Bentuk kegiatan utama dalam program LSL seperti yang dilakukan oleh Gaya Nusantara Surabaya dan Gaya Dewata Denpasar adalah: (1) membentuk jaringan dan advokasi; (2) melakukan penjangkauan, pendampingan dan pendidikan komunitas melalui kegiatan KIE; serta (3) menghubungkan LSL ke fasilitas layanan yang mereka butuhkan (*link to care*). Kedua LSM ini sejak awal telah terlibat dalam gerakan penanggulangan HIV dan AIDS di masing-masing daerah. Berikut gambaran kegiatan dalam program LSL yang dilakukan oleh kedua LSM ini.

1) Pembentukan jaringan dan advokasi LSL ke pemangku kepentingan

LSM yang mewakili kelompok LSL seringkali tidak diakui keberadaannya oleh masyarakat dan pembuat kebijakan. Untuk itu, advokasi merupakan kegiatan utama dalam program LSL untuk memastikan agar tersedia layanan yang bisa diakses oleh LSL dan sesuai dengan kebutuhan. Advokasi ini menargetkan pembuat kebijakan atau penyedia layanan baik langsung maupun tidak langsung misalnya melalui jaringan penanggulangan HIV dan AIDS yang ada di wilayahnya masing-masing. Isu advokasi yang dibawa biasanya merupakan respons atas permasalahan tertentu yang ada di kalangan LSL. Misalnya, satu hambatan utama bagi LSL dalam mengakses layanan kesehatan adalah ketakutan terhadap diskriminasi yang mungkin terjadi dari petugas layanan kesehatan karena orientasi seksual ataupun perilaku seks mereka. Advokasi yang dilakukan dengan melakukan pendekatan kepada penyedia

17) Pada tulisan ini dipakai istilah program LSL, mengingat program ini sudah lebih dahulu dilaksanakan sebelum ada pedoman PMTS pada LSL.

layanan tertentu untuk menyediakan layanan kesehatan yang ramah terhadap LSL. 'Ramah LSL' artinya penyedia layanan tersebut bersedia menyediakan layanan yang dibutuhkan oleh komunitas LSL dan petugasnya mampu berinteraksi dengan LSL tanpa prasangka dan menjaga kerahasiaan. Hasil dari advokasi tersebut adalah lingkungan yang lebih kondusif bagi LSL untuk memanfaatkan layanan kesehatan.

2) Penjangkauan dan pendampingan LSL

LSL adalah populasi yang tersembunyi dan sulit dijangkau. Umumnya mereka memiliki kepentingan untuk menjaga kerahasiaan orientasi dan perilaku seksual mereka. Oleh karena itu, strategi yang efektif untuk menjangkau LSL adalah menggunakan Petugas Lapangan (PL) yang memiliki orientasi atau perilaku seksual yang sama, sehingga mudah untuk memahami kebutuhan serta mudah diterima oleh komunitas LSL. Selain itu, karakteristik petugas tersebut juga akan memudahkan untuk menemukan lokasi *hotspot* di mana LSL berkumpul. Akibatnya, proses penjangkauan bisa dilakukan dengan lebih efektif seperti yang diungkapkan oleh koordinator dari salah satu LSM di Surabaya:

"Kita mengetahui kondisi di lapangan karena kita sering ke lapangan. Jadi kita tahu kebutuhan teman-teman LSL di lapangan. Kita mapping dulu, baru kita melibatkan teman-teman PL untuk kegiatan di lapangan. Dari *hotspot* kita ambil PL sebagai bagian dari proses mapping." (Wawancara mendalam Tim Unair dengan Koordinator lapangan Gaya Nusantara, September 2015).

Selain menggunakan strategi berbasis *hotspots*, penjangkauan juga dilakukan secara person to person atau menggunakan fasilitas media sosial yang memungkinkan cakupan yang lebih luas dan privasi yang lebih tinggi. Beberapa aplikasi yang biasa digunakan oleh lembaga-lembaga tersebut antara lain sms gateway, media pertemanan berbasis media sosial. Berbagai media ini digunakan untuk memberikan

informasi kepada LSL tentang hubungan seks yang aman dan mendorong LSL memeriksakan kesehatan mereka khususnya untuk mengetahui status HIV-nya.

Dalam mendukung kegiatan penjangkauan, program LSL juga dilengkapi dengan penyediaan kondom dan pelicin yang pengadaan dan distribusinya dilakukan oleh KPAN. Kondom dan pelicin ini dibagikan kepada komunitas LSL melalui petugas lapangan yang bertanggungjawab untuk wilayah-wilayah tersebut. Ada beberapa kondom *outlet* yang dikembangkan di beberapa tempat yang dekat dengan tempat berkumpulnya LSL dan di fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan bagi LSL atau kelompok populasi kunci yang lain.

"Kita pakai *outlet* di warung-warung yang ada di *hotspot*. Setiap warung dulunya kita kasih dana secara swadaya per bulan 25.000. Karena memang dana dari KPA tidak ada. Untuk sekarang satu box kondom besar ada dana 100.000 di setiap *outlet*. Sekarang ada 2 outlet ada di setiap *hotspot*. Warung yang ada di Pattaya dan posko yang dibuka untuk kumpulnya teman2. Disana ada informasi dan kondom dan pelicin gratis. Pas ada program buka setiap hari. Begitu project habis seminggu posko 2 kali buka." (Wawancara mendalam Tim Unair dengan Koordinator lapangan Gaya Nusantara, September 2015)

3) Link to care LSL ke fasilitas pelayanan kesehatan

Tujuan dari kegiatan penjangkauan selain untuk memberikan informasi dan meningkatkan kepedulian terhadap penularan HIV adalah untuk menghubungkan LSL ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengetahui status HIV dan pemeriksaan infeksi menular seksualnya. Upaya ini dilakukan dengan mengembangkan mekanisme rujukan bagi LSL yang telah dijangkau untuk memeriksakan IMS maupun tes HIV ke fasilitas kesehatan yang ada di sekitar lokasi penjangkauan atau fasilitas kesehatan lain yang telah ditentukan.

"Kita setiap minggu keliling dengan manajer, PL dan dampingan ke Puskesmas untuk memberitahukan ke dampingan bahwa di layanan ini bisa periksa, jam berapa, layanan apa saja.. kita beritahukan ke

dampingan. Sehingga mereka tidak sanggup apabila mendatangi layanan.” (Wawancara mendalam Tim Unair dengan Korlap Gaya Nusantara, September 2015)

Di Surabaya saat ini ada empat puskesmas yang aktif membantu pelayanan HIV dan IMS pada LSL, yaitu Puskesmas Perak Timur, Puskesmas Sememi, Puskesmas Putat Jaya dan Puskesmas Kedung Doro. Selain itu di kota ini juga terdapat lima rumah sakit yang memberikan pelayanan IMS dan HIV terhadap LSL dan waria yaitu Rumah Sakit Bayangkara, RS Angkatan Laut Dr. Ramelan, RS Jiwa Menur, dan RSUD Suwandi serta RS Dr Sutomo Surabaya. Sedangkan di Denpasar, berdasarkan Laporan Tim Peneliti Universitas Udayana (2015), layanan HIV sudah menjadi layanan standar di fasyankes. Layanan VCT sudah ada di 11 puskesmas, layanan satelit ARV sudah ada di empat puskesmas, layanan VCT dan CST di RSUD Wangaya, layanan VCT, CST dan PMTCT di RSUP Sanglah, layanan VCT, CST, dan IMS di Yayasan Kerti Praja, serta layanan VCT dan IMS di Klinik Gunitir PKBI Bali. Laporan dari penyedia layanan di dua kota tersebut menunjukkan layanan IMS dan HIV yang disediakan semakin banyak dimanfaatkan oleh LSL di kedua kota tersebut.

B. Analisis Kontekstual

Meski secara programatik program LSL memiliki komponen-komponen program yang relatif sama, tetapi di dalam pelaksanaannya memiliki variasi baik dalam penerimaan program, besaran program, dukungan dari pemangku kepentingan terhadap program yang tampak dalam pembiayaan atau pengembangan regulasi yang mendukungnya. Berbagai variasi dalam pelaksanaan program menunjukkan adanya pengaruh faktor kontekstual di mana program tersebut dilaksanakan. Faktor-faktor kontekstual ini tampak pada bagaimana kepentingan dalam program ini diartikulasikan dalam proses penyusunan regulasi atau aturan yang mendukung program, dukungan sumber daya dari pemerintah lokal dan besar kecilnya permasalahan HIV dan AIDS di wilayah tersebut. Di bawah ini akan digambarkan secara lebih

rinci berbagai situasi kontekstual tersebut dan pengaruhnya terhadap pelaksanaan program LSL di kedua wilayah tersebut.

1) Komitmen politik

Pemerintah daerah Kota Denpasar dan Surabaya menunjukkan komitmennya yang besar terhadap sektor kesehatan dan upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Komitmen ini tercermin dengan adanya kebijakan daerah seperti RPMJD yang menyebutkan sektor kesehatan adalah salah satu sektor penting dalam RPMJD dan adanya Renstra kesehatan dan alokasi sumber daya dan pembiayaan untuk melaksanakan komitmen tersebut. Secara khusus, komitmen politik Pemda terhadap penanggulangan HIV dan AIDS dapat dilihat dari adanya program HIV dan AIDS yang dialokasikan di dalam APBD. Komitmen untuk membiayai penanggulangan HIV dan AIDS sebagai komitmen dari pemimpin daerah dapat dilihat pada pernyataan pejabat pemda Kota Denpasar di bawah ini:

“..... saat ini kita berkomitmen untuk berantas HIV AIDS pada masyarakat kota Denpasar karena HIV AIDS di kota Denpasar bagaikan gunung es, dulunya kota Denpasar mendapat bantuan dari pihak luar negeri, nah sekarang sudah akan ditarik dan kita dari Pemerintah kota Denpasar sudah dari awal kita ikut dampingi anggaran itu, artinya sudah dari jauh-jauh hari kita sudah memikirkan, anggaran pun kita sudah plot pada lintas sektor” (wawancara mendalam tim Udayana, Kasubdit bidang sosial- Bappeda kota Denpasar, November 2015)

Hal yang sama juga terlihat pada komitmen pimpinan daerah di kota Surabaya dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS seperti yang diungkapkan oleh informan berikut ini:

“kalau kita lihat dari komitmen pemerintah untuk program penanggulangan HIV AIDS kita bisa lihat di KPA sendiri disini ada ... terdiri dari seluruh SKPD di Surabaya, dari SKPD-SKPD itu yang mana didalamnya itu mendukung pelaksanaan program penanggulangan HIV AIDS untuk teman-teman LSL misalnya di dinas kesehatan itu ada beberapa puskesmas yang memang sudah ramah LSL” (Wawancara mendalam tim Unair, Pemegang Program KPA Kota Surabaya, November 2015)

Secara spesifik, program LSL belum begitu menjadi perhatian dari pemerintah daerah, sama halnya dengan program pencegahan pada populasi kunci karena pemerintah daerah cenderung mengalokasikan anggarannya untuk pencegahan pada populasi umum. Komunitas LSL bahkan cenderung lebih mengalami keterasingan dalam wacana penanggulangan HIV dan AIDS di daerah karena masih kurang diterimanya komunitas ini di dalam masyarakat seperti tampak pada pernyataan dari staf pemerintah daerah di bawah ini:

"Karena memang sensitif, isu yang terkait dengan GWL (Gay, Waria dan Lesbian) , isu yang terkait dengan sexual orientation identity itu sangat minim di ranah SKPD sendiri. Makanya itu dianggap tidak begitu penting dari sisi institusi ataupun instansi pemerintah.. Jadi mereka tidak menganggap ini pokok permasalahan kita bersama bukan cuma kelompok LSL aja, dan beberapa yang saya liat juga, beberapa orang yang gak punya pengetahuan lebih tentang LGBT dan juga GWL, itu cenderung mereka lebih menstigma sendiri kepada temen-temen dari komunitas. Makanya, kenapa sampai sekarang itu perkembangan untuk pencegahan penularan HIV AIDS itu hanya mandek di temen-temen komunitas." (Pemegang program LSL KPA Kota Denpasar)

Meski berfluktuasi dari tahun ke tahun, komitmen politik pemerintah kota Surabaya dan Denpasar terhadap penanggulangan HIV dan AIDS sebenarnya sudah cukup tinggi, karena telah diadopsinya permasalahan HIV dan AIDS sebagai permasalahan di daerah yang tampak pada ditetapkannya anggaran HIV dan AIDS ke dalam APBD setiap tahunnya. Program LSL dipersepsikan sebagai program yang bersifat sensitif sehingga pemerintah daerah belum menunjukkan dukungannya yang lebih besar seperti halnya dengan populasi kunci lainnya atau pencegahan pada populasi umum. Pada sisi yang lain, kenyataan bahwa ada dukungan dari luar pemerintah yang cukup besar terhadap penanggulangan HIV dan AIDS pada populasi ini, menjadi alasan bagi pemerintah daerah untuk tidak mengalokasikan dana pencegahan tersebut di dalam APBD.

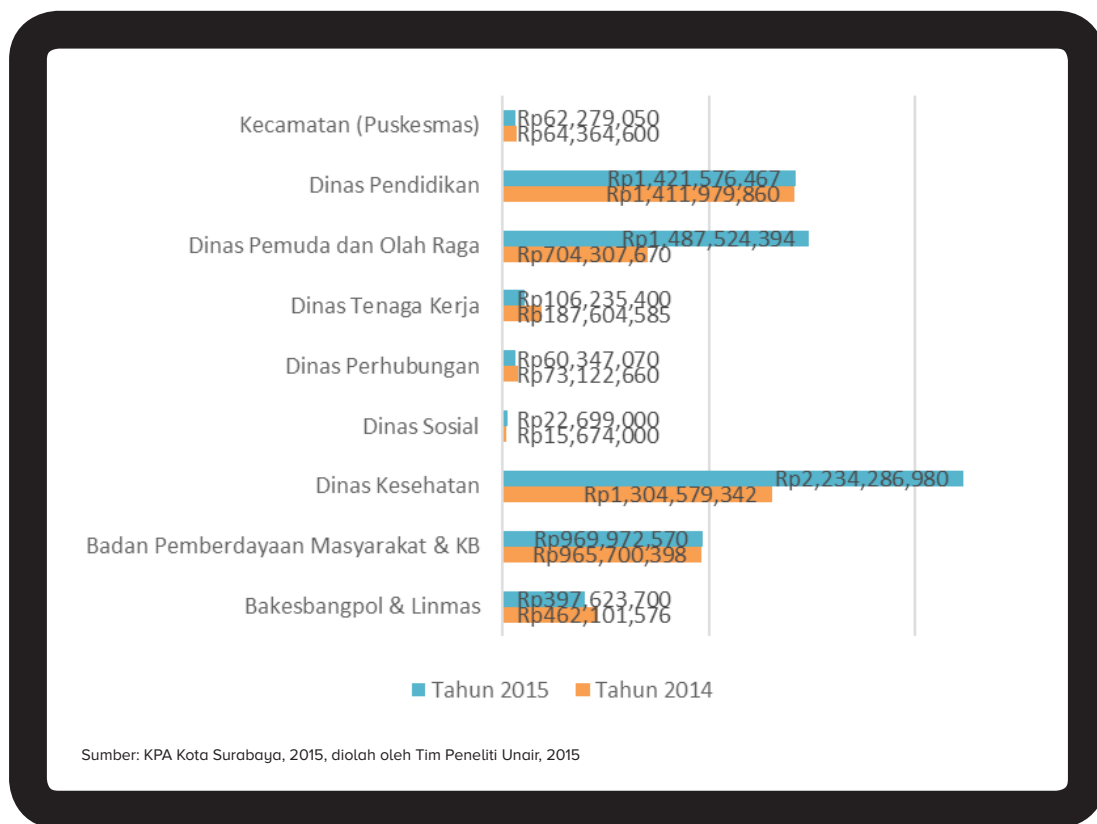
2) Ekonomi

Salah satu indikator untuk melihat perkembangan ekonomi suatu daerah adalah Produk Domestik Regional Bruto (PDRB). Dalam RPMJD kota Surabaya disebutkan bahwa PDRB kota Surabaya sejak 2006 hingga 2010 relatif cukup baik. Perkembangan nilai PDRB berdasarkan harga konstan dari 2006 sebesar Rp 125,36 triliun, meningkat menjadi Rp 162,83 triliun pada tahun 2008 dan menjadi Rp 205,16 triliun pada tahun 2010 (RPMJD Kota Surabaya 2010-2015). Di Denpasar, PDRB kota Denpasar pada tahun 2007 sebesar Rp 7,95 triliun dan pada tahun 2008 sebesar Rp 9,40 triliun. Laju pertumbuhan riil ekonomi kota Denpasar tahun 2007 sebesar 6,60% dan pada tahun 2008 sebesar 6,83% (RPMJ Kota Denpasar 2010-2015).

Kontribusi terhadap PDRB Surabaya dan Denpasar dari 2006 – 2010 didominasi oleh sektor tersier (sektor perdagangan, hotel dan restoran, sektor pengangkutan dan komunikasi, sektor keuangan, persewaan dan jasa perusahaan, dan sektor jasa). Sektor ini terkait dengan mobilitas penduduk yang dinamis berpotensi untuk berdampak pada penularan HIV dan IMS.

Di sisi lain, situasi perekonomian di daerah berkontribusi terhadap perhatian pemerintah daerah untuk meningkatkan layanan kesehatan dalam bentuk peningkatan anggaran kesehatan. Proporsi APBD untuk kesehatan kota Denpasar menunjukkan kecenderungan meningkat sejak tahun 2010 hingga tahun 2014, yaitu dari 11% menjadi 14,64% (Profil Kesehatan Dinkes Kota Denpasar 2014). Dana APBD untuk program HIV di kota Denpasar secara total mulai dari tahun 2009-2014 sebesar Rp 1.249.872.173 yang diperuntukkan bagi operasional sekretariat KPA Kota Denpasar. Selain itu juga ada dana di SKPD anggota KPAK sebagai dana HIV dan AIDS di lintas sektoral (Tim peneliti Unud, 2015)

Sama halnya dengan alokasi pendanaan untuk kesehatan di kota Surabaya yang menurut tim peneliti Unair menyebutkan bahwa proporsi APBD kota Surabaya untuk kesehatan tidak termasuk gaji, meningkat dari 9% pada tahun



Gambar 8. Anggaran SKPD untuk penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Surabaya Tahun 2014 -2015

2013 menjadi 10% pada tahun 2014. Sedangkan anggaran untuk program HIV dan AIDS pada tahun 2014 dan 2015 tersebar di beberapa SKPD kota Surabaya dengan jumlah yang bervariasi antar SKPD.

Kondisi ekonomi di dua wilayah tersebut menunjukkan peningkatan PDRB dari tahun ke tahun. Hal ini telah berimplikasi pada meningkatnya proporsi anggaran kesehatan yang hingga saat ini mencapai sekitar 10% dari total APBD pada tahun 2014. Peningkatan anggaran pemerintah ini pun juga berimplikasi lebih jauh pada peningkatan dana bagi penanggulangan HIV dan AIDS yang semakin meningkat di dua daerah tersebut. Meskipun demikian, peningkatan pendanaan HIV dan AIDS tercermin di dalam program LSL di mana program yang ada di kedua wilayah tersebut masih didanai hampir semuanya oleh bantuan luar negeri.

3) Hukum dan regulasi

Peraturan daerah terkait upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Denpasar adalah Peraturan Daerah No. 1 Tahun 2013

tentang penanggulangan HIV. Sedangkan di kota Surabaya ada Perda No. 4 Tahun 2013 tentang penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Surabaya. Hal yang penting terkait program LSL dalam Perda tersebut adalah tentang pemakaian kondom pada hubungan seks berisiko. Beberapa isu dalam Perda HIV dan AIDS di kota Surabaya dan kota Denpasar yang perlu menjadi perhatian antara lain:

- upaya pencegahan terhadap hubungan seks berisiko dilakukan dengan pemakaian kondom.
- mendukung penyediaan sarana prasarana untuk layanan pencegahan hingga pengobatan, perawatan dan dukungan HIV.
- Sarana pelayanan kesehatan yang ada harus bermutu dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, dan
- tidak boleh diskriminasi

Secara spesifik, belum ada regulasi yang mendukung program LSL sebagai acuan pelaksanaan perda tersebut. Aturan program LSL masih mengacu pada pedoman teknis yang dikembangkan oleh donor atau pedoman PMTS yang dikeluarkan oleh KPAN. Aturan nasional terkait pembiayaan kesehatan adalah Jaminan Kesehatan Nasional. Di tingkat daerah ada juga aturan daerah, seperti Jaminan Kesehatan Bali Mandara yang berlaku di Kota Denpasar dan Perwali jaminan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Surabaya. Pemerintah daerah Kota Denpasar mengacu pada peraturan Gubernur Bali terkait dengan akses terhadap Jaminan Kesehatan Bali. Laporan Tim Peneliti Udayana (2015) menyebutkan bahwa:

produk hukum terbaru terkait JKBM yaitu Peraturan Gubernur Bali Nomor 16 Tahun 2015 tentang perubahan atas Peraturan Gubernur No. 54 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM). Berdasarkan Pasal 2 tentang persyaratan peserta JKBM disebutkan bahwa yang berhak menjadi peserta JKBM adalah penduduk Bali yang memiliki Kartu Keluarga (KK) dan atau Kartu Tanda Penduduk (KTP) Bali sehingga JKBM tidak bisa diakses oleh penduduk pendatang termasuk populasi kunci yang sebagian besar berasal dari luar Bali (Laporan Tim Peneliti Universitas Udayana, 2015).

Di Surabaya Perwali Nomor 9 Tahun 2015 yang mengatur tentang jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dibiayai oleh APBD. Data dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya menunjukkan bahwa 24,77% warga Surabaya yang mendapat jaminan kesehatan. Rinciannya yakni; Jaminan Kesehatan Nasional dengan cakupan sebesar 23,98%, Penerima Bantuan luaran (PBI) APBN sebesar 13,68%, PBI APBD sebesar 10,30%, Jamkesda sebesar 0,79%. Di Denpasar menurut data BPJS Kesehatan Cabang Denpasar sampai akhir tahun 2014, peserta yang telah terdaftar sebagai peserta JKN berjumlah 681.279 orang atau sekitar 42,5% dari penduduk Kota Denpasar (Tim Peneliti Unud, 2015). Sayangnya data ini tidak dapat menunjukkan berapa populasi kunci seperti LSL yang telah memperoleh jaminan kesehatan.

Aturan daerah yang diidentifikasi dapat menghambat pelaksanaan program pencegahan HIV melalui transmisi seksual (PMTS) yang dirancang untuk pencegahan di lokalisasi adalah Perda Kota Surabaya Nomor 7 tahun 1999 tentang larangan memanfaatkan bangunan untuk kegiatan prostitusi yang direalisasikan dengan penutupan lokalisasi Dolly. Penutupan ini menimbulkan pengaruh langsung terhadap program PMTS yang dirancang dengan basis pencegahan di lokalisasi. Program PMTS di Surabaya kesulitan melakukan pemetaan besaran populasi kunci dan pelanggannya. Selain itu, populasi kunci kesulitan mengakses layanan seperti layanan kondom dan pelicin yang biasanya tersedia di lokalisasi.

Sementara itu untuk program LSL dalam implementasinya masih menunjukkan berbagai kendala di lapangan, misalnya seperti diungkapkan oleh staf puskesmas di bawah ini:

"Populasi kunci susahnya itu bagi saya adalah eksklusif sekali, kalau bukan orang yang biasa dengan LSL, jadi mereka agak sensitive untuk masuk ke daerah seperti itu. Mungkin dia pernah diduga melakukan hubungan, kita cek" (Wawancara mendalam Tim peneliti Unud dengan Kepala Puskesmas Denpasar Timur, September 2015)

Uraian di atas menunjukkan bahwa secara hukum dan peraturan formal upaya penanggulangan HIV dan AIDS pada komunitas LSL mengacu pada regulasi tentang HIV dan AIDS yang berlaku di masing-masing daerah. Oleh karena bersifat pedoman umum maka regulasi yang ada belum mampu secara sensitif menangkap kebutuhan dan permasalahan pada komunitas LSL secara khusus. Tidak adanya panduan operasional dan kekhawatiran terhadap stigma, masih menjadi hambatan utama dalam program untuk komunitas LSL di kedua kota tersebut.

4) Permasalahan kesehatan

Permasalahan HIV telah ditetapkan oleh pemerintah daerah menjadi salah satu dari lima permasalahan utama kesehatan di masing-masing kota selain DB, TB, dan Rabies serta penyakit tidak menular berupa hipertensi, DM, penyakit jantung dan pembuluh darah di Denpasar dan AKI, AKB, balita gizi buruk/kurang dan stunting, di Surabaya.

Terkait dengan respons pemerintah daerah terhadap permasalahan HIV dan AIDS, Kota Surabaya sudah menyediakan berbagai layanan, seperti yang disampaikan informan berikut ini.

“...Respon pemerintah khususnya dinas kesehatan untuk menyiapkan segala sesuatunya dalam penanggulangan HIV AIDS ada 63 puskesmas yang sudah bisa melakukan tes HIV kemudian ada 5 puskesmas LKB dan sudah ada 28 untuk layanan IMS dan sebenarnya seluruh puskesmas itu sudah mampu menangani IMS hanya saja pendekatannya itu hanya pendekatan simptom, kalau 28 itu sudah dengan pendekatan laborat (wawancara mendalam tim Unair, PIC HIV KPAK Surabaya, November 2015)

Jumlah kasus baru HIV di Denpasar seperti tampak dalam profil kesehatan 2014 menunjukkan peningkatan kasus baru HIV dari tahun ke tahun, mulai dari 221 kasus tahun 2011 menjadi 294 kasus pada tahun 2012, dan 290 kasus pada tahun 2013 serta pada tahun 2014 ditemukan kasus baru sebanyak 332 kasus. (Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2015).

Secara spesifik, permasalahan penularan pada komunitas LSL menjadi persoalan yang perlu dicermati dengan seksama mengingat data hasil re-estimasi populasi kunci oleh KPA Provinsi Bali (2014) menunjukkan bahwa prevalensi HIV di Bali berkisar 6.7% dengan estimasi jumlah LSL di Bali sebanyak 14.098 kasus; dan jumlah ODHA sebanyak 949 orang. Sedangkan di Surabaya prevalensi HIV pada kelompok LSL adalah 6% (STBP, 2007) meningkat menjadi 9,6% (STBP, 2011). Prevalensi sifilis 4% (STBP, 2007) dan meningkat menjadi 9,6% (STBP, 2011).

C. Analisis Pemangku Kepentingan

Analisis pemangku kepentingan program LSL dilakukan dengan menggunakan kriteria kepentingan dan kekuasaan para pemangku kepentingan terhadap kebijakan dan implementasi program LSL di wilayah penelitian. Pemangku kepentingan yang berperan dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang fokus pada populasi LSL di Denpasar dan Surabaya adalah Bappeda, Dinkes, KPAK, LSM, puskesmas, rumah sakit, dan populasi kunci. Di Denpasar ada Majelis Masyarakat Desa Pakaraman (MMDP) sebagai pemangku kepentingan adat yang juga berperan dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Gambaran kepentingan dan kekuasaan masing-masing pemangku kepentingan tersebut digambarkan secara sederhana pada **gambar 9**.

Penjelasan secara rinci tentang peran masing-masing pemangku kepentingan tersebut dijelaskan pada bagian di bawah ini.

1) Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda)

Bappeda mempunyai tugas melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah di bidang perencanaan pembangunan daerah. Dalam program LSL Bappeda tidak terlibat secara teknis, oleh karena itu kepentingan Bappeda dalam program LSL rendah. Ada komitmen Bappeda terhadap upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang

KEPENTINGAN	Tinggi	LSL	Dinas Kesehatan KPAD LSM
	Rendah	RS PKM	Bappeda MMDP
		Rendah	Tinggi
KEKUASAAN			

Keterangan:

Kepentingan Tinggi, Kekuasaan Rendah

Kepentingan Tinggi, Kekuasaan Tinggi

Kepentingan Rendah, Kekuasaan Rendah

Kepentingan Rendah, Kekuasaan Tinggi

Gambar 9. Posisi Pemangku Kepentingan Program LSL berdasarkan Kepentingan dan Kekuasaannya

diwujudkan RPMJD. Hanya saja, belum ada indikasi yang menunjukkan Bappeda mempunyai kepentingan yang tinggi terhadap program LSL di Kota Surabaya dan Denpasar. Sebagai contoh, Bappeda kota Denpasar menyatakan komitmennya terhadap upaya penanggulangan HIV dan AIDS secara umum dan belum menunjukkan kepentingannya pada program LSL.

“...saat ini kita berkomitmen untuk berantas HIV AIDS pada masyarakat kota Denpasar karena HIV AIDS di kota Denpasar bagaikan gunung es, dulunya kota Denpasar mendapat bantuan dari pihak luar negeri, nah sekarang sudah akan ditarik dan kita dari Pemerintah kota Denpasar sudah dari awal kita ikut dampingi anggaran itu, artinya sudah dari jauh-jauh hari kita sudah memikirkan, anggaran pun kita sudah plot pada lintas sektor (Wawancara mendalam tim Udayana, Kasubdit bidang sosial - Bappeda kota Denpasar, September 2015).

Dalam kapasitasnya sebagai perencana pembangunan dan penganggaran, Bappeda mempunyai kekuasaan yang tinggi untuk memastikan kelayakan dan ketepatan peruntukan anggaran terhadap program LSL. Bappeda berkuasa untuk menerima atau menolak anggaran yang diusulkan SKPD untuk program LSL. Seperti yang dijelaskan informan dari Bappeda Kota Denpasar berikut ini:

“Tim anggaran harus tau, tanya untuk apa, dan kita kesana.... argumen pun tidak sekedar argumen. Masuk akal atau tidak. Misal untuk ngecek orang

HIV AIDS. Gimana caranya ngecek? Nah itu, kita datang, adakan razia, setelah cek kita cek darimana datangnya, dari KTP itu, tenaga kesehatan cek darah” (wawancara mendalam tim Udayana, Kasubdin Kesra Bappeda Kota Denpasar, September 2015).

Implikasi dari posisi Bappeda dengan kepentingan rendah dan kekuasaan tinggi terhadap program LSL adalah dukungan terhadap program LSL menjadi rendah, walaupun ada usulan program dan anggaran dari SKPD terkait dengan program LSL.

2. Dinkes

Dinas kesehatan dalam melaksanakan tugasnya di bidang kesehatan menyelenggarakan fungsi perumusan kebijakan teknis, penyelenggaraan, pembinaan dan pelaksanaan bidang kesehatan. Oleh karena itu, Dinkes mempunyai kepentingan yang tinggi untuk mewujudkan RPJMD sektor kesehatan karena Dinkes bertanggung jawab penuh terhadap sektor ini. Terkait dengan program LSL di kedua wilayah penelitian, Dinkes melihat bahwa LSL merupakan target yang strategis dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di daerahnya. Untuk itu, Dinkes melakukan investasi untuk program ini seperti yang dilakukan oleh Dinkes Kota Denpasar yang menyediakan dana untuk tenaga penjangkau program LSL.

“...ada PL yang direkrut Dinkes dengan target tersendiri karena puskesmas tidak pernah diakses LSL sebelumnya walaupun sudah ada layanan VCT...” (Wawancara mendalam tim Unud dengan , PL Gaya Dewata, September 2015)

Investasi untuk layanan LSL juga dilakukan oleh Dinkes dengan membuat kebijakan penyediaan layanan puskesmas yang ramah LSL di Denpasar dan di Surabaya. Layanan kesehatan LSL tersedia di fasilitas layanan kesehatan yang sudah ada, seperti di puskesmas dan Rumah Sakit Daerah di Denpasar dan Surabaya.

3) Komisi Penanggulangan AIDS Kota (KPAK)

KPAK sebagai koordinator upaya penanggulangan HIV dan AIDS di daerah¹⁸ mempunyai kepentingan yang tinggi terhadap program LSL, karena program LSL menjadi indikator kinerja KPAK. KPAK Denpasar berperan dalam mengkoordinasi berbagai pemangku kepentingan AIDS di Denpasar.

“... KPA lebih kepada memfasilitasi, istilahnya mengkoordinasikan antara sinergi antara layanan kemudian komunitas LSM dan advokasi dari pemerintah sendiri ibaratnya kita mengkoordinasikan ke semua lininya itu. Kita menghubungkan antara komunitas karena memang tidak gampang antara puskesmas dengan pendekatan kepada LSM jadi biasanya puskesmas penekanan kepada LSM biasanya dijemputani oleh kita (Wawancara mendalam tim Udayana, PIC Program LSL KPAK Denpasar, Agustus 2015).

Selain peran koordinasi, KPAK mempunyai kekuasaan manajerial dalam hal pengelolaan pasokan dan distribusi kondom dan pelicin di daerah. Keberhasilan manajemen kondom dan pelicin sangat menentukan keberhasilan program LSL. Pasokan kondom dan pelicin berasal dari KPAN atau dari lembaga pemerintah lain, seperti yang ditemui pada peran KPAK Denpasar dalam pengelolaan pasokan kondom dan pelicin.

“....kondom kita dari KPAN, tapi kita diberikan kondom juga oleh KB, BKKBN, tapi KB itu juga mengadakan kondom khusus APBD. Itu diberikan ke kami, termasuk lubricant. Jadi biasanya ya kita berikan temen-temen LSL itu kondom, lubricant. Kita mendistribusikan kondom lewat temen-temen disana, kita berikan *flyer*, *leaflet*. Memang kita kadang-kadang susah kalau dia tidak nyaman, tidak kenal dengan kita...” (Wawancara mendalam tim Udayana, Sekretaris KPAK Denpasar, Agustus 2015)

4) Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)

LSM yang bergerak dalam isu LSL mempunyai kepentingan tinggi terhadap program LSL karena biasanya LSM ini dibentuk oleh LSL guna menyuarkan kepentingan dan

18) Pokja PMTS adalah elemen dalam PMTS Paripurna. Lihat Pedoman PMTS Paripurna Kemitraan Pemerintah, Swasta dan Komunitas. KPAN. 2014

memberdayakan anggotanya. Selain itu, LSM LSL menjadi wadah bagi para LSL untuk melakukan pertemuan dan saling memberikan dukungan.

"Jadi kita yang menjembatani mereka untuk bisa kontak ke layanan ataupun kepada komunitas sendiri. Jadi kalau misalnya mereka perlu juga kepada dinas kesehatan, kita biasanya kontak LSM menyampaikan ke kita dan kita juga menyampaikan ke dinas kesehatan apa-apa saja kebutuhan dari LSM dan apa-apa saja kebutuhan dari komunitasnya itu. LSM (LSL) ikut membantu jika *mobile* VCT dilakukan di lokasi tempat mereka berkumpul" (Wawancara mendalam tim Udayana, PL Gaya Dewata, September 2015).

Kekuasaan LSM LSL tinggi dalam program LSL karena mereka bisa menjadi kelompok penekan para pemangku kepentingan lainnya. Selain itu, mereka mampu memobilisasi sumber dana dan sumber daya dari berbagai sumber. Misalnya mendorong agar panti pinjat menyampaikan informasi terkait HIV dan AIDS, melakukan tes HIV dan mendorong pemakaian kondom.

"Saya punya kesepakatan dengan bosnya saya bisa memberi kalian kayak kondom pelicin, kalian paling tidak bisa menginformasikan berapa yang datang dan mau melakukan tes, harus ... kerja dengan mereka, setelah di ... lah. Harus itu paling tidak ini lah, baik buat kamu juga gitu lo, kamu juga dapat kondom pelicin gitu karena banyak sekali orang yang datang gitu" (Wawancara mendalam tim Udayana, PL Yayasan Gaya Dewata, September 2015).

Kemampuan LSM LSL dalam mengakes sumber dana ini menjadi kekuatan LSM untuk tidak bergantung pada hanya satu sumber pendanaan. LSM Gaya Nusantara di Surabaya misalnya, mampu memobilisasi sumber dana dan sumber daya seperti yang disampaikan direkturinya saat diwawancarai tim peneliti Unair pada bulan September 2015. LSM Gaya Nusantara menerima dana dari berbagai sumber, antara lain KPAN, MPI, SUM dan GWL-INA. LSM Gaya Nusantara di Denpasar mempunyai kemampuan memobilisasi sumber dana dan juga menyediakan layanan untuk LSL, seperti layanan VCT di Gaya Nusantara, layanan IMS di YCU dan YKP.

Implikasi dari kepentingan dan kekuasaan LSM yang tinggi dalam program LSL adalah kepemilikan program LSL yang selama ini menjadi ranah kegiatan LSM LSL perlu mendapat dukungan dari pemangku kepentingan lainnya agar daya ungkit program LSM lebih meningkat.

5) Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas)

Kepentingan puskesmas terhadap program LSL rendah karena adanya program LSL tidak memberikan kontribusi yang nyata terhadap kinerja puskesmas. Kepentingan mencapai target juga dirasakan sebagai penambah beban karena penentuan target telah ditentukan oleh Dinkes. Hal ini dirasakan baik di Surabaya maupun di Denpasar, termasuk dalam hal penetapan PL yang mendapat subsidi APBD seperti di puskesmas Denpasar Barat.

"Itu [PL] dapatnya dari Dinas jadi Dinas yang menggajinya dari dana APBD dan mungkin kebetulan, Dinas juga melihat sasaran kita itu kali ya, kita dikasih PL yang dari LSL" (Wawancara Mendalam Tim Udayana dengan Kapuskesmas Denpasar Barat, September 2015).

Implikasi dari kepentingan dan kekuasaannya yang rendah terhadap program LSL maka pemerataan dan kemudahan akses LSL terhadap layanan di puskesmas akan fluktuatif. Kinerja program LSL di puskesmas sangat tergantung dari dukungan pemangku kepentingan lain, terutama Dinkes sebagai atasan langsung puskesmas.

6) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD)

Rumah sakit daerah mempunyai fungsi perumusan kebijakan teknis dan pemberian dukungan atas penyelenggaraan kesehatan daerah. Dalam program PMTS LSL kepentingan RSUD rendah karena RSUD hanya menjadi rujukan perawatan tetapi tidak melakukan upaya preventif dan promotif secara langsung kepada LSL. Program LSL juga tidak memberikan kontribusi yang banyak terhadap keberlangsungan rumah sakit.

Kekuasaan RSUD terkait sumber daya dan kemampuan memobilisasi sumber daya terkait program LSL rendah. RSUD hanya mampu mengelola sumber daya yang ada dalam RSUD sendiri, tetapi belum mampu memengaruhi pemangku kepentingan lain, seperti Dinkes, Bappeda atau MPI. Sebagai contoh, target layanan HIV dan AIDS seperti VCT di Rumah Sakit Wangaya masih mengikuti target yang ditentukan oleh program pusat. RSUD Wangaya di Denpasar mampu mengolah dan menganalisa data pasien untuk perencanaan logistik rumah sakit, tetapi data ini belum dapat digunakan dalam menegosiasikan target program HIV dengan pihak MPI atau Kemenkes. Implikasi rendahnya kepentingan dan kekuasaan RSUD terhadap program LSL adalah pengaruh cakupan penggunaan layanan RSUD oleh LSL akan rendah.

7) Majelis Masyarakat Desa Pakraman (MMDP)

MMDP adalah lembaga adat yang ada di Denpasar yang kepentingannya rendah terhadap penanggulangan HIV dan AIDS, termasuk program LSL. HIV tidak bersinggungan langsung dengan ranah kerja adat. MMDP menganggap permasalahan kasus HIV masih jarang dan pengetahuan informan yang mewakili MMDP tentang HIV dan AIDS masih terbatas.

Sebagai lembaga adat maka kekuasaan MMDP dalam masyarakat Denpasar cukup tinggi dan masyarakat sangat menghormati adat istiadat. Sebagai simbol adat, MMDP mampu memobilisasi masyarakat untuk berbagai kepentingan, memengaruhi kebijakan pemerintah Kota Denpasar. Sayangnya dalam kasus program LSL, MMDP tidak memanfaatkan kekuasaannya untuk membantu dan mendukung program LSL. Sebaliknya, MMDP melihat masalah LSL sebagai perilaku yang bertentangan dengan adat dan nilai budaya yang ada. Akibatnya, kekuasaan tinggi MMDP justru kontraproduktif dengan program LSL.

8) Populasi LSL

Kepentingan LSL terhadap program LSL tinggi karena dengan adanya program LSL maka akses mereka terhadap layanan menjadi terbuka. Program LSL memungkinkan mereka untuk berinteraksi dengan penyedia layanan, KPA Kota dan Dinkes untuk menyuarakan kepentingan mereka. Dilihat dari sisi kekuasaannya, LSL merupakan kelompok rentan dan terstigma. Mereka masih mengalami stigma karena dianggap bertentangan dengan nilai agama, adat dan budaya. Dari sisi kekuasaan politik juga sangat lemah. Stigma terhadap LSL masih ada dalam masyarakat di kedua daerah penelitian ini sehingga kekuasaan mereka rendah.

D. Deskripsi Fungsi Sistem Kesehatan dan Program LSL

Bagian ini mendeskripsikan tentang pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan dalam penanggulangan HIV dan AIDS pada kelompok LSL di Surabaya dan Denpasar. Gambaran untuk pelaksanaan masing-masing fungsi bisa dilihat pada bagian di bawah ini:

1) Manajemen dan regulasi

a. Regulasi

Regulasi penting yang menjadi acuan dalam sektor kesehatan di daerah adalah RPJMD, Renstra dan APBD untuk sektor kesehatan. Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan Denpasar sudah mengkomodasi upaya penanggulangan HIV dan AIDS dalam prioritas pembangunan kesehatan dalam upaya pengendalian penyakit menular dan telah mendapatkan dukungan anggaran dari APBD, APBN dan sumber-sumber lainnya. Realisasi pengendalian penyakit menular di Surabaya dan Denpasar dapat dilihat dalam profil kesehatan masing-masing kota.

Tata kelola program HIV dan AIDS melibatkan pemangku kepentingan lintas sektoral yang diatur dalam Perda AIDS Kota Surabaya dan Kota Denpasar. Sedangkan tata kelola program

LSL mengacu pada pedoman PMTS yang dikeluarkan oleh KPAN dengan melibatkan pembagian kewenangan dan tanggung jawab masing-masing pemangku kepentingan. Sebagai contoh di Surabaya dalam upaya melaksanakan pedoman PMTS, dengan melibatkan peran berbagai SKPD, seperti yang disebutkan oleh informan Bappeko Kota Surabaya:

“.....kebijakan untuk pengurangan HIV dan AIDS sudah ada di setiap SKPD jadi sesuai dengan tupoksinya masing-masing, misalnya di saya contohkan di dinas perhubungan itu ada sosialisasi untuk problem-problem di terminal terkait HIV jadi kita sesuai tupoksi SKPD” (wawancara mendalam tim Unair dengan pemegang program anggaran kesehatan Bappeko Surabaya, November 2015)

Berdasarkan gambaran di atas, regulasi upaya penanggulangan HIV dan AIDS terintegrasi penuh dengan regulasi dalam sistem kesehatan di Kota Surabaya dan Denpasar yang masuk dalam upaya pengendalian penyakit menular. Regulasi program LSL mengacu pada pedoman PMTS nasional yang dalam pelaksanaannya menekankan peran masing-masing SKPD anggota KPAK. Adanya alokasi anggaran di APBD untuk upaya penanggulangan HIV dan AIDS serta ada aturan tentang pengelolaan program HIV yang melibatkan KPAK dan Dinkes di Denpasar dan Surabaya.

b. Formulasi kebijakan

Kebijakan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan mengacu pada RPJMD yang diterjemahkan dalam Renstra dan RKA bidang kesehatan. RKA Dinkes berdasarkan hasil evaluasi dari pelaksanaan program tahun sebelumnya dengan mempertimbangkan sumber daya, sumber dana dan kemampuan Dinkes. Pemerintah pusat memberikan masukan teknis tetapi keputusan terkait RKA adalah kewenangan Dinkes, seperti yang di temukan di Denpasar dalam menentukan program HIV dan AIDS.

Selanjutnya, Musrenbang sebagai mekanisme perencanaan dan penganggaran di sektor

kesehatan memberikan ruang bagi masyarakat untuk ikut partisipasi dalam merencanakan program yang akan dilaksanakan di daerah. Musrenbang kesehatan di Denpasar dan Surabaya sebagai proses perencanaan dan penganggaran dengan sistem *bottom - up*. Pada tingkat kelurahan, Musrenbang ini dihadiri oleh perwakilan masyarakat meliputi PKK, Karang Taruna, tokoh adat sebagai perwakilan masyarakat. Di Surabaya, masyarakat Kota Surabaya termasuk ODHA dan populasi kunci dapat berpartisipasi langsung dalam Musrenbang on line Kota Surabaya¹⁹ dengan login memakai NIK Kota Surabaya.

Formulasi kebijakan terkait program HIV dan AIDS masih vertikal dengan peran pemerintah pusat dan MPI yang kuat. Di Denpasar temuan tim peneliti Unud (2015) mempertegas bahwa peran MPI sangat kuat dalam perencanaan dan penganggaran program HIV dan AIDS di Denpasar.

Perencanaan dan penganggaran untuk program HIV di Denpasar menyesuaikan dengan program GF. Kegiatan dan logistik yang direncanakan dan dianggarkan GF tidak dianggarkan lagi dari APBD. Mekanisme tersebut diawali dengan penyampaian masukan dari Dinkes Kota ke Dinkes Provinsi. Dinkes Provinsi lalu mengikuti pertemuan dengan Kemkes dan GF lalu disusunlah perencanaan. Dinkes Kota Denpasar menyusun perencanaan sesuai dengan kesepakatan dalam pertemuan tersebut (Laporan Tim Peneliti Unud, 2015)

Perencanaan program LSL banyak diinisiasi oleh pemerintah pusat (KPAN dan Kemenkes) dengan dukungan MPI. Dinkes dan KPAK tidak membuat perencanaan khusus program LSL. KPAK hanya membuat kelompok kerja LSL dengan mengundang Dinkes dan LSM, seperti yang disampaikan informan dari KPAK Kota Surabaya berikut ini :

“Tidak ada spesifikasi khusus untuk LSL. Karena semua secara global. Setiap pertemuan yang melibatkan CSO, GWL dilibatkan dan pasti datang. Di sektep ada juga di POKJA.” (Wawancara Tim Peneliti Universitas Airlangga dengan Sekretaris KPA Kota Surabaya, September, 2015)

19) <http://musrenbang.surabaya.go.id/musrenbang/>

Kondisi ini mempertegas bahwa perencanaan program LSL banyak ditentukan oleh perencanaan dari pusat, baik dari KPAN atau dari MPI. Hal ini menunjukkan bahwa formulasi kebijakan program LSL tidak terintegrasi dengan formulasi program pencegahan penyakit lainnya.

c. Akuntabilitas

Dalam program PMTS pada LSL, belum ada mekanisme yang memberikan akses bagi LSL untuk terlibat dalam proses perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program secara bermakna. Kalaupun perwakilan LSL di kedua daerah ini banyak berkiprah dalam menginisiasi berbagai kegiatan di Jaringan GWL, hal ini biasanya pada tingkat nasional dan bukan keaktifan di tingkat daerah, sehingga pengaruhnya pada tingkat daerah tidak signifikan.

Bentuk-bentuk pelibatan kelompok populasi kunci sudah direncanakan dari pusat dalam bentuk pembentukan pokja populasi kunci, seperti pokja GWL. Contoh, pelibatan LSL dalam pencegahan adalah pembentukan Pokja LSL di hot spot seperti panti pijat dan Spa dengan tujuan meningkatkan partisipasi para pemilik panti pijat dan Spa serta pelibatan pemangku kepentingan tingkat lokal lainnya. Penelitian ini menemukan bahwa pokja ini belum aktif melakukan pemantauan pada upaya perubahan perilaku di kalangan LSL. Gambaran ini

menunjukkan belum ada mekanisme yang jelas dalam hal akuntabilitas program LSL di kedua wilayah penelitian. Secara keseluruhan, sub-sistem regulasi dan manajemen program LSL tidak terintegrasi dengan program pencegahan penyakit umumnya di wilayah penelitian. Hanya dimensi regulasi saja yang diadopsi dari upaya pencegahan penyakit menular, tetapi untuk formulasi kebijakan dan akuntabilitas dari regulasi tersebut masih berbeda dengan pencegahan penyakit menular lainnya.

2) Pembiayaan kesehatan

a. Pengelolaan sumber pembiayaan

Dana sektor kesehatan dan dana program HIV dan AIDS berasal dari berbagai sumber dan pengelolaannya dikoordinasikan oleh para pemangku kepentingan HIV dan AIDS di lokasi penelitian. Di Denpasar, sumber dana kesehatan sebesar 96,6% berasal APBD dan sebesar 0,4% berasal dari APBN dan tidak tercatat dana dari MPI. Sedangkan di Surabaya sebesar 99,16% dari APBD, sebesar 0,69% dari APBN dan sebesar 0,11% berasal dari hibah luar negeri. Pada tahun 2014 di Surabaya, persentase dana dekonsentrasi sebesar 0,04% dan dana tugas pembantuan sebesar 0,65% dari anggaran kesehatan Kota Surabaya.

Salah satu sumber pembiayaan pemanfaatan layanan kesehatan adalah dana BPJS. BPJS dapat membantu masyarakat, termasuk LSL,

Tabel 17. Anggaran penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Surabaya tahun 2014 dan 2015

No	Sumber Pembiayaan	Jumlah Anggaran (Rp) 2014	Jumlah Anggaran (Rp) 2015
1	APBD	5.188.434.691	6.762.544.631
2	Dana Donor (GF)	148.753.000	179.732.500

Sumber: KPA Kota Surabaya olahan Tim Peneliti Universitas Airlangga, 2015

Tahun	Dinas Kesehatan		KPA		Total
	APBD II	GF-AIDS	APBD II	GF-AIDS	
2009	39.685.500	188.510.000	400.000.000	137.661.000	765.856.500
2010	55.985.000	490.752.400	354.000.000	263.085.600	1.163.823.000
2011	214.685.000	651.306.800	704.000.000	373.279.652	1.943.271.452
2012	77.382.700	659.383.900	1.208.700.000	192.176.638	2.137.643.238
2013	105.886.700	925.987.050	978.593.950	231.415.676	2.241.883.376
2014	427.349.000	979.987.078	1.176.879.100	174.032.365	2.758.247.543

Sumber: Dinkes Kota Denpasar (2014) di olah oleh Tim Peneliti Universitas Udayana, 2015



103

Tabel 18.
Anggaran Upaya
Penanggulangan
HIV di Kota
Denpasar

untuk mengakses layanan kesehatan. Sejak adanya dana BPJS maka anggaran pengadaan obat dikurangi karena sudah dicakup oleh BPJS, walaupun saat penelitian ini dilakukan hal ini masih dalam masa transisi sehingga masih ada dana obat juga dari Dinkes. Namun, dana BPJS tidak mengalokasikan pembelian material pencegahan seperti kondom dan alat pelicin yang dibutuhkan oleh LSL.

Data dari KPAK Kota Surabaya tahun 2015 menurut tim peneliti Unair (2015) menunjukkan bahwa pembiayaan AIDS dari APBD lebih besar dari dana yang berasal dari MPI melalui program GF-AIDS pada 2014 dan 2015, seperti yang terlihat dalam **tabel 17**.

Di Denpasar, tim peneliti Udayana (2015) melaporkan bahwa sumber pendanaan upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Denpasar juga berasal dari APBD dan MPI melalui skema pembiayaan program GF AIDS, secara rinci dapat dilihat pada **tabel 18**.

Terkait pelaporan dan pencatatan sumber dana yang masuk, khususnya pendanaan yang diterima LSM langsung dari donor, mengakibatkan tanggung jawab mereka lebih kepada donor atau pemberi dana. Tidak ada koordinasi tentang pendanaan di program LSL ke KPAK atau Dinkes. Sumber dana dalam bentuk fundraising dari komunitas untuk LSL ditemukan di Denpasar, yaitu dari *Rainbow Community* yang bisa diakses oleh ODHA LSL untuk pengobatan dan perawatan.

No	Jenis Kegiatan	Sumber Dana (APBD, non-APBD, dan donor)	Jumlah Dana (Rp)	
			Rencana	Realisasi
1	Promotif dan Preventif (contoh: penyuluhan penyakit dll.)	Donor (GF) APBD	123.185.793 n.a	108.440.000 457.970.770
2	Kuratif(contoh: pengobatan penyakit, pengadaan obat, dll).	APBD Donor (GF)	n.a. 17.550.000	2.234.286.980 15.519.500
3	Rehabilitatif	Donor (GF) APBD	29.420.000 n.a	29.347.000 992.671.570
4	Gaji staf PK/PA,KPAK	Donor (GF)	48.746.532	32.426.000

Sumber : KPA Kota Surabaya di olah oleh Tim Peneliti Universitas Airlangga, 2015



Tabel 19. Proporsi Anggaran Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS untuk Kegiatan Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif di Kota Surabaya tahun 2015

Gambaran di atas menunjukkan bahwa dari dimensi pengelolaan sumber pembiayaan hanya terintegrasi sebagian dalam arti pemerintah baik melalui Dinkes maupun KPAD telah mengkoordinasikan pendanaan program dari berbagai sumber. Namun, dana program LSL yang dikelola oleh LSM tidak dikoordinasikan ke Dinkes atau ke KPAK.

b. Penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran

Penelitian ini menemukan bahwa anggaran khusus untuk HIV dan AIDS ada dalam anggaran pencegahan penyakit menular dalam APBD yang dikelola oleh Dinkes dan KPAK. Proporsi dana yang tersedia untuk promotif dan preventif termasuk program LSL kebanyakan dikelola oleh KPAK, sedangkan layanan kuratif oleh Dinkes. Anggaran untuk HIV di Dinkes Bali mencapai 20% dari anggaran P2 Dinkes. Dana di Dinkes dapat digunakan untuk memberikan insentif pada petugas penjangkau yang bekerja di puskesmas. Di Denpasar, selain dana melalui SKPD, ada juga dana penanggulangan HIV dan AIDS dalam bentuk hibah ke KPAK yang diturunkan lewat P2P Dinkes. Di Surabaya, belum ada dana untuk program LSL di puskesmas. Menurut Kepala Puskesmas Perak

Timur, pada saat wawancara mendalam dengan Tim Unair pada bulan September 2015, upaya promotif untuk LSL selama ini belum didanai dan belum dianggarkan. Sebagai gambaran proporsi anggaran upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Surabaya berdasarkan data KPA Kota Surabaya 2015 terlihat pada **tabel 19**.

Proporsi anggaran dari APBD untuk program LSL berupa pemberian insentif pada petugas lapangan dan manajer kasus dengan jumlah yang sangat terbatas. Contoh, di Surabaya.

"Banyak sih mbak anggaran [untuk HIV dan AIDS] yang kita tahun lalu dan tahun ini ya. Salah satunya ya itu tadi kita dengan e apa pemberian ini apa penjangkauan, manajer kasus itu. Kan sudah menjadi menjadi kegiatan rutin kita ya. Honor mereka sudah kita cover dengan APBD." (Wawancara mendalam tim peneliti Unair dengan Pengelola Program HIV Dinas Kesehatan Kota Surabaya, September, 2015).

Demikian juga di Denpasar, dana APBD untuk LSL berupa insentif untuk PL.

"...karena diawal saja kita di bantu oleh GF, setelah itu mulai di potong untuk PL. maka kita mulailah masuk ke APBD. Karena kita rasa memang PL sangat membantu. Tapi untuk PL yang lewat APBD kan khusus kita yang merekrutnya. Kalau dari Gaya Dewata dia memang perlu ada PL maka dia yang membayarnya. [Insentif] dulu megacu dari global Fun, Rp. 800.000/bulan kemudian naik sekarang masih Rp. 1.300.000/bulan. Pakai UMR kalau di pemda. Kalau tahun depan naik lagi jadi 1.800.000. dilihat juga ini lebih berisiko sehingga naik." (Wawancara Mendalam Tim Unud dengan Penanggung Jawab Program HIV di Dinkes Kota Denpasar, September, 2015)

Gambaran di atas menunjukkan bahwa dana untuk program pencegahan HIV dan AIDS telah dianggarkan dalam APBD, proporsi penganggaran untuk HIV cukup tinggi. Proporsi dana APBD untuk program LSL sangat kecil dan diperuntukkan untuk insentif petugas lapangan. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa untuk dimensi ini, program LSL tidak terintegrasi ke dalam sistem kesehatan yang ada karena proporsi anggaran untuk LSL sangat kecil.

c. Mekanisme pembayaran layanan

JKN adalah mekanisme pembayaran layanan untuk semua warga negara yang memenuhi persyaratan. Penelitian ini menemukan bahwa JKN mencakup layanan kesehatan dasar termasuk pemeriksaan HIV. Untuk ARV dan material pencegahan tidak ditanggung oleh JKN tetapi melalui mekanisme dana program. Populasi kunci termasuk LSL dapat mengakses JKN dengan melengkapi persyaratan yang berlaku untuk warga negara umumnya.

Peserta JKN di Denpasar sebanyak 681.279 orang dengan rincian anggota PBI sebanyak 241.863 orang. Di Surabaya peserta JKN sebanyak 387.393 orang dengan anggota PBI dari APBD sebanyak 291.686 orang. Tidak ada informasi tentang berapa banyak LSL yang sudah menjadi anggota JKN. LSL dapat mengakses JKN, Jamkesos atau Jamkesda seperti warga negara lainnya. Hambatan LSL mendapatkan kepesertaan JKN adalah hambatan administrasi penduduk seperti tidak ada KTP atau mereka sendiri tidak mau mendaftar sebagai anggota JKN.

Dinas kesehatan dan KPAK sudah mensosialisasikan kepesertaan JKN ini pada LSL. Namun demikian ada hambatan sosial yang ditemui di luar persyaratan administratif, yakni masih adanya stigma terhadap LSL. Adanya stigma ini mendorong LSL untuk tidak menggunakan layanan yang disediakan tetapi memilih membayar sendiri di layanan yang mereka anggap nyaman, seperti Bali Medika di Denpasar.

Penjelasan di atas menunjukkan bahwa mekanisme pembayaran layanan kesehatan untuk LSL tidak terintegrasi dengan pembayaran layanan umum dengan berbagai variasi, yakni JKN, dana program untuk ARV, dana dengan pola pembayaran sendiri atau *out of pocket*. Untuk pola pembayaran sendiri belum ada mekanisme kerjasama dengan JKN dalam bentuk pengganti biaya pengobatan yang dipilih sendiri oleh LSL. Secara keseluruhan dimensi pembiayaan untuk program LSL tidak terintegrasi dengan pembiayaan pencegahan penyakit menular lainnya. Pengelolaan dan proporsi anggaran program LSL terintegrasi

sebagian tetapi dalam hal pembayaran layanan tidak terintegrasi.

3) Sumber Daya Manusia

a. Kebijakan dan sistem manajemen

Regulasi yang mengatur SDM untuk program LSL termasuk dalam tenaga kesehatan mengacu pada regulasi rekrutmen kepegawaian umum, sedangkan untuk tenaga program LSL yang non kesehatan hanya diatur oleh kebijakan institusi. Ada empat macam status kepegawaian berdasarkan kriteria status kepegawaian tenaga kesehatan, yakni PNS, PTT, tenaga kontrak, dan relawan.

Di Denpasar tenaga kesehatan yang berstatus PNS sebanyak 488 orang, yang berstatus PTT sebanyak 18 orang, dan yang honorer sebanyak 165 orang. Di Denpasar sistem rekrutmen PNS adalah satu pintu melalui pemda, terbuka, diumumkan luas melalui website dan penyalurannya melalui Dinkes dan RSUD Wangaya Denpasar. Regulasi mengacu pada aturan pemerintah pusat dengan prioritas CPNS dan kontrak berdasarkan kebutuhan, target dan anggaran yang tersedia.

SDM LSL non kesehatan ada di fasyankes dan LSM. Pengadaan tenaga non kesehatan di puskesmas seperti petugas lapangan atau kader diatur oleh regulasi puskesmas yang merujuk pada aturan yang dibuat dinas kesehatan. Sedangkan SDM di LSM diatur dengan aturan lembaga yang mempekerjakannya. Ada SDM dalam program LSL yang berbeda keberadaannya dengan SDM kesehatan umum, yakni SDM manajerial dan kesekretariatan KPAK. Untuk sekretaris KPAK ada syarat yang berlaku dan ditetapkan dengan regulasi dari KPAN, yaitu pernah atau sedang menduduki posisi dengan jabatan eselon II atau III. Pejabat aktif yang menduduki eselon II atau III bisa menjadi Sekretaris KPAK, contohnya Sekretaris KPAK Kota Surabaya.

Di Kota Surabaya, jumlah tenaga kesehatan yang melayani program HIV di fasyankes (Balai Pengobatan, KIA, Gigi, Bidan) berjumlah 24 orang. SDM di KPAK Surabaya terdiri dari

satu PNS, tenaga kontrak dengan dana GF dan satu PL. Sedangkan di puskesmas, staf untuk HIV dan AIDS ada lima orang yang terdiri dari dokter, perawat sebagai staf administrasi, RR, konselor, dan analis laboratorium.

Di RS Wangaya Denpasar, SDM untuk menangani HIV dan AIDS ada enam orang yang terdiri dari dokter spesialis, dokter umum, perawat, petugas laboratorium, tenaga administrasi, dan konselor. Kesemua SDM tersebut berstatus PNS. Tenaga PL program LSL merupakan tenaga kontrak dengan syarat harus dari komunitas LSL di Denpasar. Ada empat puskesmas yang mempunyai PL LSL yakni Puskesmas Denpasar Utara II, Denpasar Barat II, Denpasar Selatan II, Denpasar Timur I.

Regulasi SDM untuk HIV mengacu pada regulasi rekrutmen tenaga kesehatan, sedangkan SDM non kesehatan yang bukan PNS direkrut sesuai kebutuhan seperti PL direkrut oleh Dinas Kesehatan Kota dengan kebijakan Kepala Dinas Kesehatan Kota. Namun, adanya regulasi KPAN dalam menentukan SDM manajerial KPAD dan adanya regulasi lembaga di LSM yang beragam antar organisasi menunjukkan bahwa dimensi regulasi SDM ini terintegrasi sebagian. Ini juga menunjukkan bahwa sub-sistem regulasi SDM untuk program LSL adalah terintegrasi sebagian dengan regulasi SDM untuk pencegahan penyakit menular umumnya.

b. Pembiayaan

Sumber pembiayaan SDM HIV dan AIDS yang berstatus PNS berasal dari pemerintah lewat APBN atau APBD. SDM kesehatan yang berstatus PNS didanai oleh pemerintah lewat skema penggajian pegawai negeri dengan mendapatkan gaji pokok dan tunjangan lainnya sesuai peraturan PNS. Sedangkan SDM non-kesehatan yang bekerja untuk program LSL, seperti PL didanai oleh MPI atau APBD dengan sistem kontrak. Di Denpasar tidak ada insentif selain gaji dari pemerintah kota untuk tenaga kontrak. Tidak ada pemberian insentif khusus untuk jasa layanan HIV dan AIDS yang diberikan kepada SDM kesehatan dengan status PNS.

Insentif yang diterima pemberi jasa layanan diperhitungkan dari semua layanan yang diberikan. Tidak ada perbedaan antara jasa layanan terkait HIV dan AIDS dengan jasa layanan penyakit umum, seperti yang disampaikan oleh informan berikut.

“Jasa pelayanan yang disetor akan diampah oleh puskesmas kembali sesuai dengan layanan yang sudah diberikan, dana jasa pelayanan masuk ke dinkes kota kemudian ke rekening bendahara walikota, besarnya jasa pelayanan diperhitungkan oleh Sub Bagian Yankes (Wawancara mendalam tim Unud dengan Kasubag Umum dan SDM Dinkes Kota, September 2015)

Hal yang menarik adalah sumber pembiayaan SDM di KPA Kota Surabaya yang berasal dari APBD dan MPI.

“[SDM KPA Kota Surabaya] ada 5, 1 PNS 2 kontrak dr dana APBD. Ada pengelola logistik dari GF dan 1 PL. Sekretaris KPA kota direkrut dari eselon 2 atau 3 atau mantan eselon 2 atau 3. Dalam perjalanannya adalah Mantan Kabid, mantan kadinkes, merangkap dengan Kabid di dinkes itu Bu estu tahun 2006. Pensiunan dana gajinya dari GF dan APBD” (Wawancara mendalam Tim Unair dengan Sekretaris KPAK Surabaya, September 2015).

Selanjutnya, pembiayaan untuk SDM lapangan non-kesehatan program LSL masih mengandalkan dana dari MPI, walaupun ada petugas lapangan yang didanai dari APBD dengan sistem kontrak. Penelitian ini menemukan bahwa ada PL untuk LSL yang di kontrak dengan dana APBD, seperti yang dilaporkan oleh Tim peneliti Universitas Udayana (2015) berikut ini.

“Saat ini sudah ada tenaga PL yang bekerja di 6 puskesmas di Kota Denpasar tapi hanya satu orang PL yang khusus untuk menjangkau LSL. Semua tenaga PL yang bekerja di puskesmas berstatus tenaga kontrak yang dapat diperpanjang setiap tahunnya. Tapi untuk PL yang lewat APBD kan khusus kita yang merekrutnya.” (Wawancara mendalam Pemegang Program HIV dan AIDS Dinkes Denpasar, September, 2015).

Dari uraian di atas terlihat bahwa ada variasi dalam sumber pembiayaan SDM yang terlibat dalam program LSL. Ada pembiayaan SDM yang berasal dari APBD dan APBN, yaitu

untuk SDM kesehatan yang berstatus PNS dan SDM non-kesehatan tenaga kontrak Dinkes. Pembiayaan untuk SDM non-kesehatan berasal dari MPI melalui LSM tempat tenaga tersebut bekerja. Adanya SDM non-kesehatan program LSL yang dikontrak oleh Dinkes dengan menggunakan dana APBD jumlahnya sangat sedikit sehingga dimensi ini disimpulkan tidak terintegrasi.

c. Kompetensi

Standar kompetensi SDM non-kesehatan program LSL berbeda dengan standar kompetensi SDM kesehatan umum. Ada regulasi yang mengatur standar kompetensi dan kewajiban SDM kesehatan, sedangkan kompetensi SDM non kesehatan di program LSL tidak ada²⁰. SDM untuk HIV Dan AIDS di kedua lokasi penelitian mengacu dalam SRAN, yakni SDM a) tingkat Lapangan, (b) tingkat layanan, c) manajemen tingkat kota.

Kompetensi SDM kesehatan di Denpasar ditentukan oleh program atau masing-masing bidang di Dinkes sesuai kebutuhan dan bagian SDM ikut memberikan pertimbangan dan persetujuan. Di tingkat LSM, kompetensi SDM non-kesehatan ditentukan oleh LSM sendiri dan tidak ada acuan baku untuk standar SDM di LSM HIV, sehingga ada perbedaan antara satu LSM dengan LSM lainnya. Peningkatan kompetensi SDM kesehatan yang bekerja di layanan kesehatan selama ini berdasarkan pada kebutuhan akan pengembangan layanan yang ditetapkan oleh pemerintah pusat. Sebagai contoh, di Denpasar ada pelatihan (On Job Training/OJT) ARV saat puskesmas akan dijadikan sebagai satelit ARV oleh RSUD Wangaya. Pelatihan VCT di puskesmas akan dimulai dengan layanan VCT, pelatihan puskesmas ramah GWL berdasarkan pada kebutuhan akses layanan oleh LSL. Kegiatan pelatihan sebagian didanai dari APBD dan Kemenkes, tapi sebagian pelatihan didanai oleh donor (GF dan HCPI). Di Surabaya beberapa upaya peningkatan kapasitas juga dilakukan,

107

20) Lihat Permenkes no 21 tahun 2013 pasal 43 ayat 2 yang menjadi landasan kompetensi SDM AIDS.

misalnya pelatihan pemetaan dan manajemen IMS, konselor, dan SIHA yang diikuti oleh staf program dengan sumber dana dari Kemenkes dan APBD.

Tidak tersedia dana khusus dari APBD untuk peningkatan staf LSM yang bekerja di program HIV dan AIDS di Surabaya dan Denpasar. Peningkatan kompetensi SDM non-kesehatan program LSL di LSM didapat dari berbagai pelatihan yang didanai oleh MPI dan APBN. KPAK pun tidak menyediakan pendanaan untuk peningkatan kompetensi SDM non-kesehatan program LSL.

“Di KPA tidak ada anggaran untuk peningkatan kapasitas SDM. Untuk workshop kita mengikuti karena ada funding penyelenggara yang membiayai” (Wawancara mendalam Tim Unair dengan sekretaris KPAK Surabaya, September 2015).

Gambaran di atas menunjukkan bahwa standar kompetensi SDM non-kesehatan program LSL berbeda dengan tenaga kesehatan pada umumnya dan belum ada mekanisme yang standar dalam peningkatan kompetensi SDM non tenaga kesehatan program LSL. Dengan demikian, dimensi kompetensi SDM program LSL tidak terintegrasi ke dalam sistem kesehatan umum. Dengan demikian, sub-sistem Sumber Daya Manusia program LSL cenderung tidak terintegrasi ke dalam sistem kesehatan. Hal ini berimplikasi pada ketersediaan SDM non-kesehatan di program LSL yang berkompeten untuk peningkatan kinerja program LSL di daerah.

4) Penyediaan farmasi dan alkes

a. Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi

Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi untuk program LSL menggunakan regulasi yang berbeda dengan regulasi logistik kesehatan umumnya. Penyediaan dan distribusi reagen, obat IO dan IMS mengacu pada regulasi pengadaan obat pada umumnya. Regulasi ART mengacu pada regulasi pusat. Sedangkan distribusi materi pencegahan

seperti kondom dan pelicin mengikuti aturan yang ditetapkan oleh KPAN. Di Denpasar, proses pengadaan reagen, obat IMS dan IO mulai dari usulan fasyankes direncanakan di bagian P2 Dinkes dengan penambahan 10% dari usulan pengadaan obat IMS dan IO dari tahun sebelumnya. Di Surabaya, Dinkes membuat perencanaan dengan menerima masukan dari laborat dan fasyankes. Puskesmas diberikan wewenang untuk merencanakan kebutuhan obat dan perencanaan per tahun. Dalam perencanaan, permintaan reagen berdasarkan kunjungan pasien di puskesmas dan Dinkes menghitung semua kebutuhan puskesmas di daerah dan ada kebijakan bahwa pengajuan berdasarkan permintaan tahun lalu ditambah 10%.

Hal yang membedakan antara regulasi pengadaan logistik kesehatan umum dengan logistik program LSL adalah pengadaan dan pendistribusian material pencegahan seperti kondom dan pelicin. Manajemen dan tatakelola kondom dan pelicin diatur oleh KPAN mulai dari pengadaan dan pendistribusiannya dari KPAN ke KPAD sampai ke fasyankes atau LSM.

b. Sumber daya obat dan alkes

Ada empat sumber pembiayaan obat dan alkes terkait HIV dan AIDS, yakni pembiayaan APBN, APBD, BPJS dan MPI. Perencanaan logistik program LSL terkait dengan reagen, obat IMS dan IO di bagian P2 dengan RKA untuk pengajuan logistik. Sedangkan, pengadaan ARV langsung dari APBN, kondom dan pelicin dari KPAN. ARV didrop ke provinsi kemudian didistribusikan ke rumah sakit pengampu. Kebutuhan ARV di puskesmas diperoleh dari Rumah Sakit Daerah seperti di Denpasar. Sedangkan untuk reagen ada sharing dana dari APBD baik di Denpasar maupun di Surabaya.

Untuk mengantisipasi kekurangan reagen maka dalam perencanaan memperhitungkan buffer stock sebesar 10%. Selain itu, jika terjadi kelebihan reagen di satu layanan maka akan diberikan ke layanan yang membutuhkan, demikian juga jika kekurangan maka terjadi pinjam meminjam dengan fasyankes lain.

Kejadian stock out reagen untuk VCT dan reagen sifilis pernah terjadi di puskesmas di Denpasar, sehingga menghambatan layanan pada LSL. Pada saat penelitian ini dilakukan di Denpasar, dilaporkan bahwa reagen yang paling sering habis di puskesmas adalah reagen sifilis karena jumlah persediaan yang sedikit dan periode kadaluwarsanya singkat, tetapi hal ini tidak terjadi di rumah sakit (Laporan Tim Peneliti Unud, 2015).

Sumber pendanaan material preventif seperti kondom dan pelicin menggunakan mekanisme yang ditetapkan oleh KPAN mulai dari pengadaan sampai pada pendistribusiannya ke fasyankes atau LSM. Seperti yang disampaikan oleh informan di Denpasar berikut ini :

“Kalau kondom lewat KPA. Karena masuk lewat KIE. Tapi memang ada kondom khusus layanan tapi kita sementara masukkan di gudangnya KPA. Awalnya dropping kondom kan dari KPA pusat. Jadi jika layanan perlu kondom, mengajukannya ke KPA. Tapi bukunya tersendiri untuk layanan dari KPA. Dari APBD, KPA juga ada menganggarkan kondom.”
(Wawancara Mendalam Tim Unud dengan PIC HIV AIDS Dinkes Kota Denpasar, September 2015).

Gambaran di atas menunjukkan bahwa pembiayaan untuk material pencegahan untuk program LSL seperti kondom dan pelicin masih vertikal dari KPAN dan tidak terintegrasi dengan sumber daya obat dan alkes umum. Walaupun, pembiayaan untuk obat IMS dan IO untuk LSL sama dengan pembiayaan obat umumnya, tapi hal yang paling utama dalam komponen pencegahan adalah material pencegahan maka sub-sistem ini secara keseluruhan tidak terintegrasi ke dalam sistem kesehatan.

5) Informasi strategis

a. Sinkronisasi sistem informasi

Cara pengumpulan data dalam sistem informasi kesehatan umum dan program LSL bervariasi di lokasi penelitian. Di Denpasar, Sistem Informasi Kesehatan diisi oleh Dinkes sesuai dengan indikator SPM. Selain itu ada pengumpulan data berdasarkan laporan tahunan Dinkes, jenis data yang dikumpulkan dirangkum

menjadi profil kesehatan Kota Denpasar. Secara kelembagaan ada tiga lembaga yang aktif mengumpulkan data, yakni Dinkes dan seluruh instansi di bawahnya, KPA dan LSM. Sistem informasi terkait AIDS di Surabaya dan Denpasar menggunakan SIHA dengan jenis data yang dikumpulkan berupa data program VCT dan Metadon. Ada juga mekanisme pengumpulan data yang dilakukan oleh KPAK, seperti di Denpasar data yang dikumpulkan KPAK adalah jumlah masyarakat yang diberi penyuluhan, jumlah jangkauan, kasus HIV positif, rujukan ke layanan, remaja yang dilatih tutor sebaya, data program KDPA, KSPAN, PMTS LSL. Sayangnya tidak ada mekanisme untuk mensinkronkan berbagai data yang dikumpulkan tersebut. Dinkes menghasilkan data yang lebih cenderung pada data pengobatan dan perawatan termasuk jenis penyakit dan obat-obatan. Kalaupun ada sero survei penyakit, survei kesehatan, dan STBP, Dinkes hanya sebagai pelaksana daerah, tetapi perencanaannya dari pemerintah pusat. SIHA lebih banyak diinisiasi oleh Kemenkes dan dalam pelaksanaannya masih mengalami berbagai kendala dan masih lemahnya dukungan infrastruktur dan kemampuan SDM. LSM cenderung mengumpulkan data program dan pelaporannya pada pemberi donor, kalaupun disampaikan ke KPAK bentuknya sebagai laporan pelaksanaan program yang mendapat dukungan dari KPAK. KPAK Kota Surabaya melakukan pengelolaan data tetapi tidak link ke SIHA.

Penjelasan di atas mengindikasikan bahwa tidak ada kerjasama atau sinkronisasi antar lembaga pengumpul data sehingga sistem informasi AIDS pada program LSL tidak terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan umum di daerah.

b. Diseminasi dan pemanfaatan

Hasil pengolahan data yang berupa laporan rutin tahunan bidang kesehatan adalah profil kesehatan kota. Pada saat penelitian dilakukan, diperoleh profil kesehatan untuk Kota Denpasar dan Surabaya dalam bentuk cetak, namun profil

yang up to date susah diakses masyarakat. Belum ada ketersediaan profil kesehatan kedua kota ini dalam bentuk online yang mudah diakses oleh masyarakat umum.

Data program LSL tidak masuk dalam profil kesehatan. Data program LSL ada dalam bentuk laporan program dari lembaga yang melaksanakannya seperti LSM Gaya Nusantara di Surabaya dan LSM Gaya Dewata di Bali. Mereka membuat laporan program yang disampaikan ke pemberi dana dalam bentuk laporan rutin program, sedangkan ke KPAK atau Dinkes disampaikan dalam pertemuan koordinasi atau jika diminta.

Data yang sudah dikumpulkan dimanfaatkan oleh masing-masing lembaga sesuai kepengtingannya. Data yang dikumpulkan Dinkes dalam bentuk laporan rutin digunakan sebagai masukan untuk pengembangan program. Data layanan dianalisis dan digunakan untuk perencanaan logistik di layanan seperti puskesmas dan rumah sakit. Data penggunaan layanan, data dari LSM dan data dari KPAK digunakan sebagai bahan dalam advokasi perencanaan dan penganggaran di Bappeda. Data yang dimasukkan ke SIHA digunakan juga untuk pemesanan reagen dan ARV.

Dalam pengembangan program terkait pengobatan dan perawatan dan ketersediaan reagen dan ARV, Dinkes menggunakan laporan rutin dan SIHA. Selain itu pengembangan program masih berdasarkan data masing-masing lembaga, tetapi belum ada koordinasi dan komitmen untuk menggunakan sistem informasi HIV dan AIDS yang baku dalam bentuk SIHA untuk semua program pencegahan dan PDP. Dengan kata lain, sistem informasi HIV dan AIDS yang dikembangkan dalam bentuk SIHA belum digunakan optimal untuk perencanaan program pencegahan di daerah, sehingga dalam hal pemanfaatan data tidak terintegrasi antara sumber data dan ketersediaan data. Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa sub-sistem informasi strategis program LSL tidak terintegrasi ke dalam sistem kesehatan di lokasi penelitian.

6) Partisipasi masyarakat

Keterlibatan masyarakat umum dalam perencanaan pembangunan kesehatan melalui mekanisme Musrenbang di mana masyarakat dapat ikut serta mulai dari tingkat desa atau kelurahan. Dalam bentuk umum, keterlibatan masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS adalah pembentukan Warga Peduli AIDS (WPA) di Surabaya dan Denpasar. Di Denpasar selain WPA ada juga pembentukan KSPAN dengan kegiatan yang ada kaitannya dengan pendidikan tentang HIV dan AIDS dalam bentuk perlombaan dan jambore. Contoh lainnya adalah keterlibatan kader LKB di Surabaya dan adanya kader kesehatan puskesmas sebagai bentuk partisipasi dalam pencegahan penyakit menular.

Sedangkan partisipasi LSL dalam program HIV dan AIDS dapat dilihat variasinya di level lembaga maupun kegiatan. Di level LSM dan fasilitas layanan seperti puskesmas, partisipasi LSL sangat tinggi. Keterlibatan LSL dalam koordinasi adalah kehadiran mereka sebagai populasi kunci dalam berbagai pertemuan yang dilakukan oleh KPAK baik di Denpasar maupun di Surabaya. Di LSM, LSL dilibatkan mulai dari perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi program LSM. Selain itu, LSL juga terlibat dalam berbagai jaringan LSL baik dalam bentuk kepengurusan di jaringan seperti GWL Ina atau sebagai peserta bila ada kegiatan yang dilakukan jaringan. Di fasilitas kesehatan LSL berpartisipasi sebagai penjangkau, Budies dan dalam pembentukan kelompok dukungan.

Keberadaan LSL sebagai tenaga penjangkau diharapkan meningkatkan partisipasi LSL dalam pemanfaatan layanan. Akan tetapi, kenyataannya tidak selalu demikian, seperti yang ditemukan di Denpasar. Kendala yang ditemui pada populasi kunci yaitu komunitas LSL sulit untuk dijangkau karena dari segi pendidikan dan pekerjaan mereka sangat bervariasi. Selain itu, LSL muda kurang mau membicarakan isu HIV karena adanya kesalahan persepsi LSL yang merasa tidak mungkin terkena HIV.

Komunitas LSL aktif dalam program LSL bahkan cenderung militan karena LSL menginisiasi kegiatannya sendiri. Hanya saja dalam hal perencanaan program dan monitoring evaluasi program peran mereka belum menunjukkan peran yang signifikan. Dengan demikian, partisipasi masyarakat dalam program LSL terintegrasi sebagian dalam sistem kesehatan umum.

".....sebenarnya kita gak pernah menanyakan dia nyaman apa tidak, ya paling tidak dia juga harus sadar diri juga mengerti situasi, kita gak menfokuskan mengelompokkan dia harus special banget, sebenarnya jangan sampe gitu, saya sih sebenarnya gak setuju, harus menspesialkan ruang khusus, tempat yang khusus. Emangnya pemerintah melayani dia doang? Kalo saya sih mikirnya seperti itu. Saya pengennya dia bisa membaur dengan masyarakat (Wawancara mendalam Tim Unud dengan PL Gaya Dewata, September 2015)

7) Upaya kesehatan

a. Ketersediaan layanan

Layanan kesehatan di Denpasar dan Surabaya sudah tersedia lengkap, mencakup fasilitas layanan kesehatan primer, sekunder dan tersier. Layanan terkait program LSL mulai dari penjangkauan, VCT, penyuluhan dan sosialisasi program serta sistem rujukan untuk populasi kunci ada di kedua kota ini.

Upaya kesehatan yang dilakukan Dinas Kesehatan Kota Surabaya dalam rangka penanganan HIV dan AIDS dan IMS adalah pencegahan melalui penemuan penderita secara dini melalui klinik VCT dan penanganan penderita yang ditemukan (Profil Kesehatan Kota Surabaya, 2014). Di Surabaya klinik VCT tersedia di 69 tempat VCT/PITC dan 13 tempat pemeriksaan IMS yang ada di puskesmas dan rumah sakit. Layanan yang bisa diakses LSL di Surabaya ada di delapan puskesmas dengan lima diantaranya puskesmas LKB dan rumah sakit daerah. Di Denpasar ada sebelas puskesmas dengan tujuh puskesmas yang sudah menjalankan LKB. Selain itu ada LSM yang melakukan penjangkauan ke LSL yakni Gaya Dewata. Selain itu ada beberapa LSM yang melakukan kegiatan penjangkauan dan penyediaan layanan untuk populasi kunci lainnya.

Layanan HIV di rumah sakit atau puskesmas ada yang terpisah dengan layanan penyakit umum, kondisi ini sebenarnya tidak sepenuhnya diinginkan oleh LSL, karena yang mereka butuhkan adalah kenyamanan bukan keterpisahan ruangan. Seperti yang disampaikan salah satu informan LSL pada saat dilakukan wawancara mendalam:

Untuk memberikan kenyamanan LSL dalam mengakses layanan dan juga mengurangi stigma dan diskriminasi maka pihak Dinas Kesehatan Kota Surabaya menginisiasi puskesmas ramah LSL dengan petugas lapangannya adalah LSL. Dilihat dari ketersediaan layanan yang ada dapat dikatakan bahwa dimensi ini terintegrasi penuh dengan layanan kesehatan yang ada karena terjadi penggabungan layanan LSL dengan layanan kesehatan umum yang sudah ada.

b. Koordinasi dan rujukan

Koordinasi dan rujukan layanan untuk program LSL sudah berjalan di lokasi penelitian. Di Denpasar ada jejaring antara puskesmas sebagai pemberi layanan, LSM sebagai penjangkauan, Dinkes dan KPA dalam pelaksanaan program LSL. Adanya pembentukan KDS di puskesmas juga dalam upaya penguatan LSL untuk bisa mengakses layanan. Misalnya, Puskesmas Perak Timur Surabaya belum memiliki layanan PDP walaupun sebenarnya ada tenaga terlatih untuk memberikan layanan tersebut. Di Puskesmas Perak Timur ada dua kelompok KDS yakni Recopin 1 dan Recopin 2. Adanya pembentukan KDS memungkinkan LSL saling bertemu dan saling menguatkan untuk memanfaatkan layanan yang tersedia.

Sistem rujukan dalam program LKB dan SUFA memudahkan LSL mengakses layanan yang mereka butuhkan. LKB di Denpasar sudah berjalan di tujuh puskesmas dan di Surabaya ada lima puskesmas, yaitu Putajaya, Perak Timur, Dupak, Sememi dan Jagir. Di Surabaya

LKB sudah berjalan dan jejaring LKB sudah dimulai pada akhir tahun 2012 terutama untuk sistem rujukan dari LSM ke fasyankes dan dari fasyankes ke rumah sakit. LKB sangat membantu program IMS dan HIV, dengan program ini kerjasama antara fasyankes, LSM, kader kesehatan dan rumah sakit bisa saling berkesinambungan. Gambaran ini menunjukkan bahwa koordinasi dan rujukan untuk LSL untuk pencegahan dan pengobatan terintegrasi penuh dengan sistem rujukan kesehatan umum.

c. Jaminan kualitas layanan

Jaminan kualitas layanan program LSL dapat dilihat dari supervisi dan evaluasi terhadap layanan yang diberikan. Dinkes sebagai penanggung jawab ketersediaan dan keterjaminan layanan di daerah melakukan supervisi ke layanan program LSL, seperti di Denpasar dilakukan setiap tiga bulan sekali. Sedangkan KPAD sebagai koordinator juga melakukan supervisi pada lembaga yang memberikan layanan seperti LSM dan KDPAN dan KSPAN di Denpasar. Untuk program LSL di Bali, monitoring dilakukan oleh KPAD dan GF secara periodik dua atau tiga bulan sekali selama ada pendanaan dari GF, tetapi pasca pendanaan MPI tidak dilakukan.

Sama halnya di Surabaya, penjaminan kualitas layanan dilakukan melalui supervisi oleh Dinkes tiap tiga bulan. Selain itu, pertemuan rutin untuk koordinasi dan membahas masalah layanan. Di Surabaya penjaminan kualitas dilakukan pertemuan antara PKM, KPAK, Dinkes dan LSM. *Monev* dilakukan secara insidental dan hanya kegiatan yang mendapat dukungan GF dan SUM yang ada *monev* rutinnya. Hal ini dilaporkan oleh tim peneliti Universitas Udayana.

Saat masih ada MPI diadakan rapat rutin untuk membahas permasalahan yang terjadi di layanan, termasuk keluhan terkait layanan dari komunitas LSL, tetapi pasca MPI rapat tersebut tidak diadakan lagi. KPA saat ini masih rutin mengundang komunitas untuk datang ke layanan agar mengetahui layanan yang

bisa diakses (Laporan penelitian Tim Peneliti Universitas Udayana, 2015)

Survei kepuasan sudah dilakukan oleh puskesmas secara rutin dan dilaporkan kepada Dinkes Kota tapi tidak ada survei kepuasan layanan yang khusus pada LSL. Tidak ada survei kepuasan khusus untuk layanan VCT.

Kualitas layanan bila dilihat dari kapasitas dan keterampilan petugas secara umum di kedua wilayah dianggap cukup baik dan ramah, serta selama ini tidak ada penolakan dari petugas dan kerahasiaan cukup aman terjaga. Untuk informasi layanan mungkin lebih banyak diperoleh justru dari LSM bukan dari puskesmas. Pengalaman dalam mendapatkan alkes seperti kondom cukup mudah di fasyankes dan gratis. Di kedua wilayah penelitian ditemukan LSL yang tidak mengambil kondom karena merasa tidak nyaman dengan tempat pengambilan kondom.

Kualitas layanan dan rujukan menurut mitra layanan seperti LSM sudah menunjukkan kualitas yang baik, seperti yang disebutkan oleh salah seorang informan berikut ini:

"Kalo dari fasilitas yang disediakan layanan pemerintah seperti puskesmas tu misalkan dari test tu cukup baik ya, selalu terpenuhi, selalu ada ya, reagen sipilis, reagen hiv, tes buat hiv, pengobatan herpes, dan pengobatan yang lain pasti ada. Dan itupun kalo tidak ada, dia sedikitnya juga ada kontak koordinasi dengan mereka, dia pasti mengontak koordinasi, mungkin dia kasi nomor, "bli, mulai tanggal sekian lo gada reagen bli dari dinasnya seperti ini seperti ini seperti ini " (Wawancara Mendalam Tim Unud dengan PL Gaya Dewata Bali, Agustus 2015)

Gambaran di atas menunjukkan bahwa jaminan kualitas layanan pada program LSL tidak terintegrasi ke dalam sistem kesehatan umum. Koordinasi, supervisi antar pemangku kepentingan dilakukan ketika ada dukungan dana dari MPI tetapi setelahnya, hal ini tidak dilakukan. Monitoring pencegahan dilakukan oleh KPA Kota sedangkan monitoring PDP dilakukan oleh Dinkes.

Subsistem	Dimensi	Tingkat Integrasi per Dimensi	Tingkat Integrasi per Sub sistem
Manajemen dan regulasi	Regulasi	..	ý
	Formulasi kebijakan	ý	
	Akuntabilitas	ý	
Upaya kesehatan	Ketersediaan layanan	þ	..
	Koordinasi dan rujukan	þ	
	Jaminan kualitas layanan	ý	
Sumber daya manusia	Kebijakan dan sistem manajemen SDM	..	ý
	Pembiayaan SDM	ý	
	Kompetensi SDM	ý	
Pembiayaan	Pengelolaan sumber pembiayaan	..	ý
	Penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran	ý	
	Mekanisme pembayaran layanan	ý	
Penyediaan farmasi dan alat kesehatan	Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi	..	ý
	Sumber daya	ý	
Partisipasi Masyarakat	Partisipasi	..	..
Informasi strategis	Sinkronisasi Sistem Informasi	ý	ý
	Diseminasi dan Pemanfaatan	ý	

þ Terintegrasi penuh ý Tidak terintegrasi .. Terintegrasi Sebagian

Tabel 20. Tingkat integrasi per dimensi dan per sub-sistem program LSL di Surabaya dan Denpasar

E. Tingkat Integrasi Program PMTS LSL ke dalam Sistem Kesehatan

Bagian ini mendiskripsikan tingkat integrasi program LSL di Surabaya dan Denpasar dalam sistem kesehatan. Berdasarkan uraian untuk masing-masing dimensi dalam setiap sub-sistem seperti digambarkan di atas maka secara keseluruhan lima sub-sistem pada program LSL tidak terintegrasi ke dalam sistem kesehatan, hanya sub-sistem upaya kesehatan dan partisipasi masyarakat yang terintegrasi sebagian. Secara ringkas tingkat integrasi program LSL ke dalam sistem kesehatan dapat dilihat pada **tabel 20**.

Mengacu pada tabel di atas pelaksanaan sub-sistem regulasi dan manajemen program LSL di daerah penelitian, tidak terintegrasi

dengan regulasi dan manajemen pencegahan penyakit menular umumnya. Regulasi pencegahan sebagian sudah diadopsi dalam regulasi daerah tetapi ada juga regulasi yang berbeda dan tetap mengacu kebijakan pusat yang belum sepenuhnya mencerminkan respons daerah. Formulasi kebijakan LSL masih mengacu dari ketersediaan data nasional dan belum berbasis bukti daerah dan sesuai dengan keperluan LSL. Terkait dengan akuntabilitas regulasi belum ada mekanisme pertanggungjawaban pelaksanaan program sebagai bentuk pertanggungjawaban kepada publik dalam program LSL. Hal ini berimplikasi pada upaya penyediaan kesehatan untuk LSL di daerah yang belum terintegrasi sepenuhnya dengan upaya kesehatan umum.

Sub-sistem pembiayaan program LSL berbeda dengan pembiayaan upaya kesehatan umum. Pembiayaan untuk materi pencegahan secara vertikal yang dikelola oleh KPAN. Pembiayaan untuk pengobatan LSL mengikuti mekanisme pembayaran yang paralel dengan mekanisme pembayaran penyakit umum. Hal ini memengaruhi pemanfaatan penggunaan layanan yang ada. Artinya upaya kesehatan yang tersedia untuk LSL masih dalam bentuk proyek yang pembiayaannya berbeda dengan pembiayaan penyakit menular umumnya. Pendanaan yang tersedia masih dalam bentuk pendanaan program yang disediakan oleh MPI karena dana dari APBD terbatas. Keterbatasan dana APBD untuk program LSL karena fokus anggaran kesehatan lebih banyak pada aspek kuratif, sedangkan program LSL lebih cenderung ke preventif. Kecukupan dana adalah hal yang sangat penting untuk meningkatkan cakupan program, terbatasnya dana untuk penjangkauan berimplikasi pada efektifitas pelaksanaan program LSL.

Sub-sistem SDM program LSL tidak terintegrasi dengan SDM pencegahan penyakit menular umumnya di wilayah penelitian. SDM non-kesehatan program LSL berbeda dengan SDM kesehatan umum dan memerlukan regulasi jelas sebagai acuan untuk merekrut SDM non-kesehatan program LSL, memberikan gaji dan insentifnya dan juga peningkatan kompetensi mereka. Walau SDM non-kesehatan program LSL di tingkat lapangan sangat menentukan keberhasilan program, regulasi teknis untuk memenuhi kebutuhan tenaga lapangan

belum ada. Regulasi yang ada baru di tingkat LSM dan berlaku di LSM yang mempekerjakan mereka. Padahal, keberadaan mereka sangat penting, ketersediaan SDM yang handal di penyediaan layanan akan berimplikasi pada pelayanan yang optimal sehingga pemanfaatan layanan oleh LSL meningkat.

Sub-sistem informasi strategis program LSL belum disinkronkan dengan sistem informasi strategis pencegahan penyakit menular umumnya di wilayah penelitian. Koordinator sistem informasi strategis untuk pencegahan adalah KPAK. Informasi strategis yang terkait dengan perawatan dan pengobatan dikoordinasi oleh Dinas Kesehatan, sedangkan LSM juga mengembangkan sistem informasi untuk kepentingan program lembaganya yang disampaikan pada donor programnya. Penelitian ini menemukan bahwa sistem informasi program LSL tidak sinkron antara para pemilik data, sehingga sulit mencari data baku sebagai acuan untuk menghitung efektifitas program LSL di wilayah penelitian.

Selanjutnya, partisipasi LSL dalam program LSL terintegrasi sebagian namun jika diperluas ke masyarakat umum sub-sistem partisipasi masyarakat cenderung tidak terintegrasi. Keterlibatan LSL dalam program cenderung eksklusif yang membatasi diri pada kegiatan advokasi layanan yang dibutuhkan dan melaksanakan program yang didanai MPI. Sebagai pemangku kepentingan yang strategis maka LSL seharusnya terlibat aktif dalam perencanaan dan pelaksanaan serta pemanfaatan hasil *monrev*. Penelitian ini menemukan bahwa belum ada mekanisme yang pasti untuk melibatkan LSL dalam perencanaan, pelaksanaan dan pemanfaatan hasil *monrev* di wilayah penelitian.

Upaya kesehatan terintegrasi sebagian ke dalam sistem pencegahan penyakit menular umumnya. Layanan untuk LSL tersedia di fasilitas layanan umum. Untuk perawatan dan pengobatan sistem rujukan di kalangan LSL sama dengan rujukan layanan kesehatan umumnya. Dimensi rujukan dan koordinasi program LSL terintegrasi penuh dengan sistem rujukan yang ada pada pencegahan penyakit menular lainnya. Sedangkan jaminan kualitas program LSL berbeda dengan jaminan kualitas pencegahan penyakit menular umumnya. Peran MPI dalam jaminan kualitas program masih tinggi.

F. Faktor-faktor yang Memengaruhi Integrasi terhadap Efektifitas Program

Mengacu kerangka kerja penelitian ini yang dikembangkan berdasarkan Atun, et.al (2010) maka faktor konteks berkontribusi terhadap adopsi program LSL di kedua wilayah penelitian. Faktor konteks yang diidentifikasi berpengaruh terhadap integrasi adalah faktor komitmen pemerintah daerah hanya sebatas regulasi, namun penyediaan anggaran masih rendah dan masih terdapat aturan yang belum mendukung program LSL. Selain itu, program LSL yang melibatkan multi pihak belum mencerminkan adanya peran pemangku kepentingan program AIDS yang menunjukkan kapasitas untuk memengaruhi penerimaan atau adopsi program LSL dalam pembangunan sektor kesehatan di lokasi penelitian. Akibatnya, tingkat integrasi program LSL ke dalam sistem kesehatan rendah dan hanya dimensi penyediaan layanan dan dimensi sistem rujukan dan koordinasi yang terintegrasi penuh dengan sistem kesehatan. Lima dimensi terintegrasi sebagian yakni dimensi; 1) regulasi, 2) kebijakan dan manajemen SDM, 3) pengelolaan sumber pembiayaan, 4) regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi, dan 5) partisipasi masyarakat. Jika dilihat per sub-sistem maka hanya upaya penanggulangan kesehatan dan partisipasi masyarakat yang terintegrasi sebagian.

Dari gambaran ini, teridentifikasi beberapa faktor yang terkait konteks dan sistem kesehatan yang menyebabkan rendahnya tingkat integrasi di program LSL. **Pertama**, komitmen pemerintah daerah terhadap bidang kesehatan dalam pencegahan penyakit menular belum mencerminkan bahwa pemerintah daerah mengadopsi program LSL. Hal ini terlihat dari penerimaan pemerintah daerah hanya pada tingkat regulasi dan penyediaan sumber dana dan sumber daya yang kecil. Sebagai contoh, investasi untuk petugas lapangan hanya satu PL di Denpasar dengan insentif di bawah upah minimum pekerja di Denpasar. Selanjutnya, belum adanya inovasi pemerintah daerah untuk meningkatkan kompetensi SDM dan pengadaan anggaran yang mencukupi serta mekanisme pembayaran

layanan yang mendorong agar populasi dapat mengakses layanan yang dibutuhkan. Penerimaan pemerintah daerah terhadap program LSL baru ditunjukan dengan penyediaan layanan yang terkait dengan layanan kesehatan dasar, sedangkan layanan alat dan material pencegahan seperti kondom dan pelicin masih banyak disediakan oleh pusat dengan dana MPI.

Kedua, penganggaran pembiayaan program LSL belum dilandaskan penilaian kebutuhan preventif program LSL, tetapi lebih mengacu pada pengobatan dan perawatan. Dinas kesehatan sebagai *leading sector* bidang kesehatan merencanakan program LSL dari sisi keperluan pengobatan dan perawatan, tetapi belum optimal dalam upaya pencegahan. Fungsi KPAC dalam memobilisasi sumber daya dan sumber dana yang ada selama ini hanya menekankan pada APBD saja, untuk dana di luar APBD perencanaan, peruntukan dan distribusinya masih menjadi wewenang pemerintah pusat.

Ketiga, hukum dan peraturan yang terkait penanggulangan HIV dan AIDS belum mencerminkan bahwa program LSL terintegrasi ke dalam sistem pencegahan penyakit menular umumnya di wilayah penelitian. Hukum dan peraturan yang ada masih menekankan pada upaya penanggulangan HIV dan AIDS secara umum, tetapi belum ada aturan operasional untuk program LSL. Ada aturan pencegahan melalui transmisi seksual dengan penggunaan kondom dalam perda, tetapi untuk program LSL acuannya masih berpegang pada aturan pusat yang dikeluarkan KPAN atau aturan yang disepakati antara LSM dan MPI. Selanjutnya, aturan dalam JKN tidak mencakup material pencegahan penularan HIV pada kelompok populasi kunci termasuk LSL, seperti kondom dan pelicin tidak masuk dalam skema JKN. Selain itu, adopsi program LSL di daerah menghadapi kendala karena penerbitan aturan yang terkait moral. Kendala ini juga dipengaruhi oleh peran pemangku kepentingan yang punya kekuasaan tinggi namun kepentingannya rendah dalam PMTS seperti keberadaan MMDP di Denpasar.

Keempat, permasalahan kesehatan yang terkait dengan perilaku belum diadopsi pemerintah daerah dalam perencanaan pembangunan kesehatan.

Program LSL adalah program yang berkaitan erat dengan perilaku yang permasalahannya melibatkan multi pihak, sehingga lembaga yang diamanatkan untuk memobilisasi sumber daya dan sumber dana adalah KPAK. Kenyataannya, dalam mekanisme yang ada KPAD melakukan perencanaan yang berbeda dengan perencanaan bidang kesehatan, tidak ada Musrenbang yang dilakukan oleh KPAK sehingga tidak ada sistem yang memungkinkan KPAK untuk ikut dalam Musrenbang. Berbagai perencanaan pengusulan anggaran yang ada di KPAK berbeda dengan mekanisme pengusulan anggaran di dinas kesehatan. Selain itu, penganggaran program pencegahan di KPAK masih didominasi oleh perencanaan dari pusat. Pembentukan Pokja LSL yang ada di KPAK lebih didorong oleh kebijakan KPAN, sehingga adanya Pokja LSL lebih mencerminkan pemenuhan administratif KPA dibandingkan dengan kebutuhan langsung program LSL di daerah.

Kelima, peran para aktor menunjukkan bahwa aktor yang mempunyai kekuasaan tinggi belum menunjukkan komitmennya yang tinggi juga untuk mengadopsi program LSL. Ada dua aktor yang mempunyai kekuasaan tinggi tetapi pada kenyataannya mempunyai kepentingan rendah dalam program LSL, yakni Bappeda dan MMDP di Bali. Bappeda mempunyai kekuasaan tinggi karena posisi birokrasi formalnya dalam penentuan perencanaan dan penganggaran, sedangkan MMDP kekuasaannya tinggi karena faktor adat dan budaya yang bisa melegitimasi program LSL dalam masyarakat. Selain itu, posisi LSM yang punya kepentingan tinggi dan kekuasaan tinggi baru pada batas mempertahankan keberadaannya, belum mampu melakukan perubahan mendasar untuk memaksa program LSL menjadi bagian dari upaya pencegahan penyakit umumnya. Peran LSM LSL yang masih berkisar pada pendidikan dan penyediaan layanan pencegahan dan belum bisa sebagai kelompok advokasi yang bermakna. LSM LSL belum mampu mendorong perubahan lingkungan yang signifikan, misalnya komunitas belum mampu mengadvokasi kelompok yang kontra terhadap keberadaan LSL seperti perkumpulan masyarakat adat di Bali. Akibatnya, program pencegahan pada LSL masih banyak mendapat tentangan dari masyarakat karena

perilaku LSL dianggap sebagai perilaku yang bertentangan dengan norma nilai dan istiadat. Masyarakat tidak mendukung kegiatan yang bertentangan dengan nilai, sehingga programnya tidak akan pernah mendapat legitimasi dukungan kelompok yang afiliasi dengan nilai, norma dan adat istiadat. Contohnya, penutupan lokasi dolly di Surabaya mendapat dukungan dari masyarakat karena didukung oleh nilai yang dianut masyarakat, tetapi kampanye kondom menjadi hal yang sangat ditentang masyarakat. Kondisi ini menjadi tantangan terbesar dalam pelaksanaan program LSL sehingga berpengaruh terhadap partisipasi masyarakat dan efektivitas program pencegahan HIV dan AIDS di kelompok LSL.

G. Efektifitas Program LSL

1) Kualitas layanan dari persepsi pemanfaat

Program LSL tidak terintegrasi dalam sistem kesehatan nasional, namun demikian dari persepsi populasi kunci program ini sangat membantu mereka dalam memperoleh layanan berupa KIE, pemeriksaan IMS dan HIV, serta mendapatkan material pencegahan, kondom dan pelicin. Informasi ini didapat melalui wawancara mendalam dengan LSL terkait dengan persepsi dan pengalaman mereka tentang kenyamanan, kemudahan akses, kualitas layanan dan pemanfaatan BPJS dalam mengakses layanan di fasyankes. Pengalaman informan mengakses layanan bervariasi. Ada yang menyatakan layanan di puskesmas cukup memuaskan ada juga yang menyatakan layanan di LSM lebih memuaskan daripada di puskesmas. Salah satu informan menyatakan ketidakpuasannya terhadap layanan yang diberikan di salah satu puskesmas di Denpasar, karena untuk mendapatkan hasil tesnya harus menunggu beberapa hari.

“Cukup baik cukup ramah baik pokoknya puas aja sama layanannya. Lama sih nunggunya [hasil test] berapa hari ya waktu itu seminggu lebih ada sekitar dua minggu mungkin bisa. Kalau masalah menunggu ngantrinya memang diharuskan mengantri” (wawancara mendalam LSL, Denpasar, September 2015).

Namun demikian, ada juga pengalaman LSL yang kurang puas dengan layanan yang diberikan oleh dokter, seperti yang dinyatakan oleh informan berikut;

"..... kalau pemeriksaan dari dokternya sih kadang-kadang saya, ada juga yang menjengkelkan, ada juga yang baik hati..macam-macam karakter orang. Tapi kalau pelayanan di pengambilan obat, di pertama kita penerimaan pasien itu, dia sih baik-baik semua, malah dia menyarankan gimana-gimana itu, kadang-kadang menanyakan gimana obatnya rutin diminum gitu. Tapi kalau dokternya sendiri, kadang-kadang ada yang menjengkelkan gitu.... (Wawancara mendalam LSL Denpasar, 2015).

Sedangkan informasi terkait HIV dan layanan banyak didapatkan oleh LSL dari LSM daripada di puskesmas, seperti yang disebutkan informan berikut ini.

"....malah dapetnya dari sini (Gaya Nusantara) soalnya kan di sini kan eee... i, selalu dikasih bimbingan konseling, macam-macam penyakit, IMS, harphes, selalu dikasih tau. ..kalok dari puskesmas cuma ditanya keluhannya apa, waktu itu pernah Sivilis, tapi yaa ditangani itu doank, gak pernah dijelaskan yang lain" (Wawancara mendalam tim Peneliti Unair dengan LSL Surabaya, 2015)

Walaupun menurut LSL layanan sudah bagus namun beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam upaya peningkatan akses dan pemanfaatan layanan adalah terkait dengan waktu layanan yang disediakan seperti lamanya antri.

"Kalo menurut saya sih jamnya aja kali ya, jam aja. Kalo untuk masalah hasil, saya sih ga masalah nunggu hasilnya sampe selesai ga masalh, toh juga nanti dikasi kabar gitu kan, tapi masalah jam aja sih,kadang mereka schedule nya apa jadwal kerjanya itu ga nentu, kalo mereka pas ada yang pas kerja siang malem nih, pas kerja siang, mungkin dia paginya bisa kesini, tapi yang rata-rata temen saya kan kerjanya pagi kan ya, mereka yang banyak kendalanya di situ, karena jam mereka pulang kerja itu biasanya udah tutup, tapi dulu saya pernah sih tes jam 8 malem, 2009 di sini." (Wawancara mendalam LSL Denpasar, 2015)

Dari sisi LSL sendiri, hambatan yang dikemukakan adalah tingginya ketergantungan LSL kepada petugas lapangan sehingga mengaburkan peran dan fungsi PL. Selain itu, LSL masih takut mengakses layanan karena takut terungkap statusnya sebagai LSL. Terkait dengan pembayaran jasa layanan yang diakses LSL masih terdapat komponen layanan yang harus membayar sendiri

Tabel 21. Cakupan Program LSL di Kota Denpasar 2014

No	Komponen	Jumlah	Persentase Cakupan
1	Mendapat Informasi	887	15 %
2	LSL mendapat Layanan Konseling IMS	1026	17, 4 %
3	LSL lainnya yang mendapat layanan	881	14 %

Sumber: KPA Kota Denpasar, 2014

Tabel 22. Cakupan dan perubahan perilaku LSL di Kota Surabaya berdasarkan IBBS 2007 dan 2011

Indikator	2007	2011
Cakupan Program		
Dikontak oleh PL LSM dalam tahun terakhir (%)	36	25.5
Mengunjungi klinik IMS atau dokter untuk gejala IMS dalam 3 bulan terakhir (%)	26	14.6
Frekuensi mendapatkan kondom gratis 3 bulan terakhir	48	67.2
Perubahan Perilaku		
Selalu menggunakan kondom saat hubungan seks anal dengan pelanggan laki-laki dalam 1 minggu terakhir	31	38,5
Selalu menggunakan kondom saat hubungan seks anal dengan laki-laki yang dibayar dalam 1 bulan terakhir	14	na
Selalu menggunakan kondom saat hubungan seks anal dengan laki-laki tidak tetap dan non-komersial dalam 1 bulan terakhir	21	na
Selalu menggunakan kondom dalam hubungan seks anal insertif dalam bulan terakhir	13, 6	na

Catatan: na = tidak ada data tersedia / Sumber : Kemenkes (IBBS 2007, 2011)

118

karena tidak ditanggung oleh JKN, berupa pembayaran administrasi dan serangkaian tes yang dilakukan sebelum ARV, seperti tes CD4, kolesterol dan fungsi hati. Ada juga sumber dana dari komunitas yang bisa di akses ODHA, yaitu dari Bali Rainbow Community.

"..... Bali Rainbow untuk orang-orang yang ODHA tanggungannya. Kalau orang ODHA yang kita bawa kesana, dengan sakit apa, apapun, walaupun tidak terkait dengan status HIVnya, tapi ya walaupun orang gak ODHA kan gak mungkin kesitu." (wawancara mendalam LSL, Denpasar, 2015)

2) Cakupan program dan perubahan perilaku LSL

Selain gambaran di atas, untuk melihat efektifitas program LSL dapat dilihat dari data sekunder terkait dengan cakupan, perubahan perilaku dan prevalensi HIV di kalangan LSL di lokasi penelitian. Berdasarkan estimasi populasi kunci terdampak HIV dan AIDS 2012 dari Kemenkes, populasi LSL Kota Surabaya sebanyak 4571 orang dan di Denpasar sebanyak 5910 orang (Kemenkes, 2014).

Penelitian mengukur data cakupan dan perubahan perilaku untuk menunjukkan efektivitas kinerja program LSL. Sumber data yang digunakan untuk menunjukkan cakupan program dan perubahan perilaku adalah data dari IBBS tahun 2007 dan 2011. Sayangnya, IBBS yang dikeluarkan oleh Kemenkes ini tidak menyediakan data Kota Denpasar karena tidak termasuk wilayah survei. Untuk melihat cakupan program di Denpasar maka digunakan data cakupan program dari KPA Kota Denpasar. Gambaran rinci cakupan program dan perubahan perilaku program LSL di Denpasar dan Surabaya terlihat pada **tabel 21** dan **tabel 22**. Di Surabaya, indikator prevalensi dan perubahan perilaku pada LSL digunakan data IBBS 2007 dan 2011 sebagaimana terlihat pada **tabel 22**.

Gambaran di atas menunjukkan efektivitas program rendah di wilayah penelitian. Di Surabaya cakupan program mulai dari dikontak oleh petugas hanya 36% (2007) dan 25% (2011) dan perubahan perilaku berupa selalu menggunakan kondom saat hubungan seks anal dengan pelanggan laki-laki dalam 1 minggu terakhir hanya 31% (2007) dan 38,5% (2012). Di Denpasar tidak ada data terkait perubahan perilaku, tetapi dari sisi cakupan berdasarkan data dari KPA Kota Denpasar masih rendah, yakni LSL yang mendapatkan informasi sebesar 15 %, mendapat layanan konseling IMS 17,4%, dan LSL yang mendapat layanan 14%. Kinerja program LSL ini masih di bawah target yang ditentukan SRAN 2010 -2014 yang menargetkan pada tahun 2011 cakupan program LSL sebesar 45% dan tahun 2014 adalah 80 %. Untuk perubahan perilaku, target nasional adalah 60% dari LSL yang dicakup program melakukan perubahan perilaku.

G. Hubungan Tingkat Integrasi dengan Kinerja Program LSL

Dalam penelitian ini, konsep untuk mengetahui bagaimana pengaruh integrasi program LSL ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas program LSL dapat dijelaskan dengan

menggambarkan mekanismenya. Mekanisme integrasi intervensi spesifik bisa berjalan jika fungsi kritis sistem kesehatan berjalan dengan baik (Atun, et.al., 2010 dan Coker, et. al., 2010), di mana mekanismenya terjadi melalui pengaturan atau adopsi pada tata kelola, pembiayaan, perencanaan, pemberian layanan, monitoring evaluasi serta *demand generation*. Dalam penelitian ini, kontribusi integrasi terhadap efektivitas program LSL ditentukan oleh bekerjanya mekanisme pada masing-masing fungsi sistem kesehatan nasional, yakni regulasi dan manajemen, pembiayaan, sumber daya manusia, farmasi dan alat kesehatan, partisipasi masyarakat yang akan berpengaruh pada upaya kesehatan dan pada akhirnya akan mempengaruhi kinerja penyediaan layanan untuk LSL, seperti yang digambarkan dalam kerangka konseptual pada bagian sebelumnya. Penelitian ini menunjukkan bahwa program LSL adalah program vertikal yang tidak terintegrasi ke dalam sistem kesehatan dengan efektivitas program rendah di wilayah penelitian.

Beberapa keterbatasan program LSL sebagai program vertikal yang dikelola dengan manajemen proyek adalah keterbatasan sumber daya dan sumber dana untuk mencapai target yang tinggi yang ditentukan oleh pusat (KPAN dan Kemenkes) dan permasalahan LSL yang kompleks di wilayah penelitian. Aktor daerah seperti, KPAK, Dinkes dan LSM LSL adalah pelaksana proyek dengan target dan pembiayaan yang sudah ditentukan. Kecukupan dana yang tersedia hanya pada kebutuhan proyek yang ditentukan pusat. Dana dari APBD untuk program LSL sangat terbatas dengan menyediakan dana untuk gaji petugas lapangan. Dari segi kecukupan pembiayaannya belum mencukupi kebutuhan untuk mencapai target cakupan dan perubahan perilaku yang diharapkan di wilayah penelitian. Selain itu, ketersediaan dan kecukupan dana mempengaruhi ketercukupan pemerataan, dan kapasitas SDM program LSL di wilayah penelitian. Pembiayaan yang bersumber dari MPI diperuntukan untuk mendukung kegiatan dan aktivitas yang sudah direncanakan MPI termasuk untuk pembiayaan SDMnya. Kontribusi pemerintah daerah untuk menyediakan SDM program LSL sangat terbatas karena minimnya ketersediaan anggaran untuk program pencegahan HIV dan AIDS. Sehingga ketercukupan SDM

dengan segala keterampilan dan kapasitas yang dibutuhkan tidak mencerminkan kebutuhan SDM di wilayah penelitian.

SDM yang selama ini banyak di danai oleh MPI adalah SDM pada manajerial proyek di LSM LSL, tenaga lapangan di LSM LSL dan juga SDM di sekretariat KPAD yang tidak didanai APBD. Mengacu kepada kebutuhan SDM menurut KPAN dalam SRAN 2010 -2014 ada beberapa SDM yang diperlukan dalam program pencegahan termasuk dalam program LSL, yakni MK dan PL dan kader karena fungsinya dapat memberikan dukungan sosial dan membantu dalam sistem rujukan pemanfaatan layanan. SDM ini memerlukan keterampilan tertentu, bahkan untuk tenaga penjangkau preferensinya adalah dari kalangan LSL sendiri. Hanya saja ketersediaan SDM belum didukung oleh regulasi dan pembiayaan yang memadai dari pemerintah sehingga keberlanjutan untuk SDM ini belum terjamin.

Dari sisi penyediaan farmasi dan alkes, dalam program LSL pengadaan kondom dan pelicin memakai mekanisme administratif dan pembiayaan dari pusat di bawah kontrol KPAN. Selama material pencegahan masih disediakan oleh program maka tidak ada masalah bagi klien dalam mengaksesnya. Namun karena disediakan oleh program, maka keberlanjutan penyediaan materi pencegahan tidak bisa dipastikan. Saat ini, belum ada upaya pemerintah daerah untuk menyediakan pembiayaan material pencegahan yang bersumber dari dana lokal (APBD atau sumber lainnya di daerah).

Informasi strategis pada program LSL dikelola secara vertikal, dalam artian pelaporan, monitoring dan evaluasi program dan kegiatannya dilakukan secara terpusat oleh pemerintah pusat dan MPI. MPI memiliki kepentingan yang besar terhadap data yang terkait dengan program LSL di wilayah penelitian seperti laporan pendistribusian kondom dan pelicin, KIE yang diberikan pada dampingan. Informasi ini dimanfaatkan sebagai basis perencanaan program LSL di wilayah penelitian. Mekanisme ini, menyebabkan tidak sinkronnya informasi terkait program LSL dengan sistem informasi HIV dan AIDS di daerah. Kondisi ini berpengaruh terhadap kinerja program LSL,

perencanaan program, penentuan target dan cakupan yang telah dicapai.

Partisipasi komunitas LSL dalam program LSL tinggi yang dibuktikan dengan adanya LSM LSL sehingga dapat mendesak pemangku kepentingan untuk menyediakan layanan LSL di wilayah penelitian, seperti puskesmas ramah LSL yang ada di wilayah penelitian. Hal ini berkontribusi positif terhadap upaya kesehatan di daerah berupa penyediaan fasilitas layanan untuk LSL di fasilitas layanan yang sudah ada, seperti di puskesmas dan rumah sakit. Keterlibatan komunitas LSL juga mendorong pemanfaatan layanan yang optimal dalam bentuk sistem rujukan dari LSM ke fasilitas layanan.

04.

Studi Kasus: Layanan *Link To Care* dan Tes HIV

A. Gambaran Layanan *Link To Care* dan Tes HIV

Upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Manokwari meliputi layanan pencegahan, pengobatan, dukungan dan perawatan (PDP) serta mitigasi dampak. Upaya ini dilakukan bersama dengan berbagai pemangku kepentingan terkait, baik dari pemerintah maupun non pemerintah, di bawah koordinasi Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten Manokwari. Terkait layanan PDP, dalam pelaksanaannya menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan yang bekerjasama dengan Rumah Sakit Umum Kabupaten Manokwari. Layanan ini meliputi upaya dalam menemukan pasien HIV secara dini dengan melakukan tes dan konseling HIV pada pasien yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, untuk selanjutnya mendapat pengobatan, dukungan dan perawatan yang terintegrasi dan berkesinambungan.

Perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP) meliputi penguatan dan pengembangan layanan kesehatan, pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik, pengobatan *antiretroviral* dan dukungan serta pendidikan dan pelatihan bagi ODHA. Program PDP terutama ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan rawat inap, angka kematian yang berhubungan dengan AIDS, dan meningkatkan kualitas hidup orang terinfeksi HIV. Pencapaian tujuan tersebut dapat dilakukan antara lain dengan pemberian terapi *antiretroviral* (ARV).

Layanan tes HIV secara sukarela dengan Konseling Test Sukarela (KTS) sudah tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Hingga tahun 2015, Dinas Kesehatan Kab. Manokwari telah mengembangkan 6 puskesmas dengan

fasilitas layanan KTS yaitu Puskesmas Sanggeng, Puskesmas Amban, Puskesmas Maripi, Puskesmas Pasir Putih, Puskesmas Masni dan Puskesmas Wosi. Dimana untuk layanan KTS tersedia sejumlah petugas kesehatan yang bertanggungjawab mengelola pelayanan. Jumlah petugas di setiap puskesmas bervariasi antara 5 – 10 orang petugas, tergantung kemampuan dan jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) yang tersedia di puskesmas tersebut. Selain secara sukarela, layanan tes HIV juga ditawarkan oleh petugas kepada setiap pasien yang mengakses layanan di fasilitas layanan kesehatan dengan melihat riwayat kesehatan pasien atau disebut konseling atas inisiatif petugas kesehatan (KTIP). Dengan kombinasi kedua metode ini telah meningkatkan jumlah orang yang melakukan tes HIV.

Layanan tes HIV di puskesmas dimulai dari penjangkaran pasien yang dilakukan di setiap poli yang ada di puskesmas baik itu poli umum, KIA, poli gigi dan pemeriksaan kehamilan oleh setiap petugas di puskesmas. Khusus untuk pemeriksaan ibu hamil, tes HIV wajib dilakukan oleh setiap ibu hamil dalam pemeriksaan kehamilan. Setelah di konseling, jika pasien bersedia untuk menjalani tes HIV, maka dapat langsung dilakukan pemeriksaan di puskesmas. Berikut kutipan wawancaranya :

"Pemeriksaan awal itu, itu kita sebut dengan apa PITC ya PITC atau biasanya, bahasa Indonesianya KTIP ya.. kemudian... apa penjangkaran diawali dari semua titik pintu puskesmas; mulai dari Poli umum, kemudian TB, IMS, GIGI, e...P2M, ada disitu kusta,,ya,,disitu juga malaria, juga dengan apa? ibu hamil. kita lakukan penjangkaran di semua titik itu.... Kemudian pemeriksaannya tentu di Puskesmas Amban, karena sampel darah diambil langsung di periksa di Laboratorium puskesmas, seperti itu" (wawancara dengan Kepala Puskesmas Amban)

Selain di fasilitas layanan kesehatan, penjangkauan juga dilakukan baik oleh puskesmas maupun LSM dengan *mobile VCT (Voluntary Counseling & Test)* untuk menjangkau populasi kunci di tempat-tempat yang menjadi *hot spot* populasi kunci tersebut. Untuk kelompok WPS di lokasi tes HIV dilakukan secara rutin tiap empat bulan sekali oleh puskesmas yang dekat dengan lokasi. Berikut kutipan wawancara dengan salah satu populasi beresiko.

“hmm..gak banyak gak bisa di hitung sebetulnya, kalau kesehatan itu setiap bulan rutin terus setiap 2 bulan sekali di forek terus minimal setiap 4 bulan sekali di vct .itu dari puskesmas Maripi yang melayani” (Wawancara dengan kelompok populasi kunci WPS di lokasi)

Upaya penjangkauan pada populasi umum juga dilakukan melalui penyuluhan dan sosialisasi tentang HIV dan AIDS baik di kelompok masyarakat, komunitas sekolah dan keagamaan melalui pokja penanggulangan HIV dan AIDS yang telah terbentuk dan dikoordinir oleh KPA Kabupaten Manokwari. Berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) No. 20 tahun 2007 menjelaskan tentang keanggotaan dari Pokja penanggulangan HIV dan AIDS tingkat Kabupaten Manokwari terdiri atas instansi dan SKPD terkait seperti Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Pemberdayaan Anak & Perempuan, Dinas Nakertrans, Kepolisian dan Dinas Perhubungan, Dinas Pariwisata dan sektor swasta yang berada di bawah koordinasi dari KPAD. Berikut kutipan wawancaranya:

“kita bisa lihat berdasarkan PP no.20 2007 itu kan semua yang termasuk dalam anggota KPA, itulah adalah semua instansi atau SKPD-SKPD yang ada,,,e,,,misalnya kalau di dinas kesehatan, pemberdayaan perempuan dan juga ketenagakerjaannya.jadi semua yang termasuk dalam anggota-anggota KPA itu e..ada beberapa SKPD dan juga termasuk disitu dari pihak kepolisian, perhubungan dan sebagainya. Jadi semua itu adalah anggota KPA berjalan e sesuai dengan tupoksinya masing-masing” (Wawancara dengan petugas KPAD)

Selanjutnya berdasarkan hasil tes, jika negatif maka akan diberikan edukasi dan penyuluhan untuk menjaga kesehatan dan pencegahan dari perilaku beresiko, sedangkan untuk yang hasil tesnya positif akan ditindaklanjuti dengan konseling lanjutan dan persiapan inisiasi ARV dengan sistem

rujukan ke rumah sakit. Sebelum pemberian obat ARV, pasien harus menjalani sejumlah pemeriksaan kesehatan untuk mengetahui kondisi medis dan apakah pasien sudah memenuhi syarat untuk masuk dalam ARV ataukah belum. Jika pasien sudah memenuhi syarat untuk lanjut pada pengobatan ARV, maka akan diberikan konseling persiapan untuk memastikan kesiapan pasien dalam menjalani pengobatan ARV dan edukasi tentang manfaat dan efek samping obat serta kepatuhan minum obat, mengingat keberhasilan pengobatan sangat bergantung pada kepatuhan minum obat.

Jenis pengobatan disesuaikan dengan kondisi pasien dan jenis infeksi oportunistik yang dialami oleh pasien. Pada tahap awal pengobatan, pasien akan didampingi oleh petugas kesehatan, untuk memantau dan mengevaluasi pengobatan pada tahap awal. Jika pasien sudah stabil, maka pengobatan dapat dilakukan oleh puskesmas ataupun langsung ke rumah sakit. Selanjutnya keberlangsungan pengobatan menjadi tanggung jawab masing-masing petugas kesehatan baik di puskesmas maupun di rumah sakit. Sampai tahun 2015 diketahui sebanyak 7 puskesmas dan 2 rumah sakit yang telah menyediakan layanan tes HIV.

Berdasarkan hasil penelitian pertama, diketahui akses terhadap ARV di Provinsi Papua masih rendah yaitu hanya mencapai 37,6 persen dari target 80 persen di tahun 2012, padahal pengobatan ARV dilakukan secara gratis. Beberapa faktor yang menyebabkan akses terhadap ARV rendah adalah kurangnya kesadaran diri ODHA untuk taat kepada aturan konsumsi ARV sehingga melibatkan petugas kesehatan melakukan fungsi kontrol dan pengawasan serta pendampingan yang terus menerus kepada ODHA. Jarak jangkauan akses ARV yang jauh bahkan antar kabupaten. Beberapa ODHA bertempat tinggal di kabupaten yang berbeda sehingga membutuhkan biaya transportasi yang relatif mahal serta stigma di masyarakat yang menyebabkan ODHA takut membuka statusnya dan mengakses ARV secara interpersonal dengan petugas ARV atau orang yang menjangkanya. Sedangkan tidak tersedia dana untuk membantu transportasi ODHA, karena insentif berupa uang transport yang bersumber dari dana Otsus hanya diberikan kepada petugas puskesmas yang melakukan pelayanan.

B. Deskripsi Fungsi Sistem Kesehatan dalam Layanan Tes HIV dan *Link to Care* HIV

1) Manajemen dan regulasi

a. Regulasi

Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Tahun 2011 – 2016 telah berjalan sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Manokwari. Prioritas masalah kesehatan menurut Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Manokwari antara lain menurunkan angka kesakitan dan kematian Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), dengan tetap memperhatikan pelayanan kesehatan, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, termasuk HIV dan AIDS. Berikut kutipan wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten.

“Baik prioritas utama untuk tahun 2015 ini, prioritas utama kita memang kita mau menekan angka kematian ibu dan anak ya, karna itu merupakan indicator, indicator untuk derajat kesehatan Kabupaten Manokwari tanpa juga mengesampingkan seluruh program, baik layanan bidang pelayanan kesehatan, promosi kesehatan, dan juga pencegahan penyakit, selain imunisasi dan sebagainya”
(Wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kab. Manokwari)

Masuknya isu penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam Renstra dan RPJMD, secara otomatis dana penanggulangan HIV dan AIDS pun tersedia dan bersumber dari Anggaran dan Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Manokwari, walaupun tidak ada program dan mata anggaran khusus HIV dan AIDS yang terdapat dalam APBD, namun dana penanggulangan HIV dan AIDS terintegrasi dengan program-program kesehatan lainnya baik yang ada di Dinas Kesehatan, KPAD maupun di SKPD lainnya yang terkait dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS seperti Dinas Sosial, Pemberdayaan Perempuan dan Anak & KB.

Secara spesifik upaya pemerintah daerah dalam menanggulangi HIV dan AIDS khususnya penyelenggaraan tes HIV diatur dalam

Perda Kabupaten Manokwari No 6 Tahun 2006 yang mengatur tentang pencegahan penanggulangan HIV dan AIDS serta IMS. Dalam perda dijelaskan bahwa kebijakan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dan IMS perlu dilaksanakan secara terpadu melalui upaya peningkatan perilaku hidup sehat untuk mencegah penularan, dan pemberian pengobatan, perawatan, dukungan.

b. Formulasi kebijakan

Proses perencanaan dan penganggaran program kesehatan dimulai dari tingkat paling bawah yaitu dari puskesmas, di mana setiap akhir tahun diadakan pertemuan dengan kepala-kepala puskesmas dengan Dinas Kesehatan Kabupaten untuk mengevaluasi kegiatan yang telah berjalan dan sebagai dasar menyusun perencanaan program untuk tahun depan. Informan lainnya menjelaskan bahwa perencanaan di tingkat puskesmas dilakukan dengan menyusun perencanaan program baik program wajib maupun program penunjang sesuai dengan kebutuhan dana kemudian diusulkan ke Dinkes. Data seperti profil kesehatan, hasil surveilans, data program kesehatan bermanfaat dalam mendukung penyusunan perencanaan Dinkes selalu tersedia sebagai bahan pendukung perencanaan program kesehatan. Setelah penetapan program akan dikoordinasikan dengan BAPPEDA untuk disesuaikan dengan alokasi anggaran yang tersedia. Berikut kutipan wawancaranya:

“penyusunan program dilingkungan dinas kesehatan manokwari secara umum harusnya diawali dari e.. monitoring dan evaluasi ditingkat puskesmas. Yang kita laksanakan tiap tahunnya kita undang para kepala puskesmas untuk hadir di rapat pertemuan evaluasi e.. kegiatan tahun yang lalu dimana evaluasi tersebut akan kita gunakan sebagai dasar untuk penyusunan di tahun berikutnya” (wawancara dengan Kabid PE Dinkes Kab. Manokwari)

Perencanaan program mengacu pada Renstra di bidang kesehatan yang merupakan penjabaran dari visi misi pimpinan daerah. Berdasarkan salah satu informan menyatakan

bahwa perencanaan program kesehatan sudah mencerminkan kebutuhan masyarakat.

Terkait perencanaan dan penganggaran program HIV dan AIDS, menurut salah satu informan, program penanggulangan HIV dan AIDS masuk dalam program wajib puskesmas. Namun untuk layanan tes HIV, Dinkes dan puskesmas hanya menjalankan program yang berasal dari Kementerian Kesehatan. Puskesmas hanya membuat perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan farmasi untuk kebutuhan layanan. Layanan tes HIV merupakan tanggungjawab Dinkes yang dalam pelaksanaannya terintegrasi dengan program lainnya seperti KIA, promosi kesehatan, kesehatan keluarga dan gizi. Dalam Berikut kutipan wawancara:

"penyakit menular P2M jadi masuk disitu, jadi semua apa program primer kami harus utamakan dulu termasuk HIV, kemudian semua masuk dalam rencana usulan dengan sumber pendanaannya masuk disitu diisi didalam rencana usulan" (Wawancara dengan Kapus Sanggeng)

Kementerian Kesehatan dalam program *link to care* HIV berperan dalam menjamin ketersediaan obat ARV di daerah. Namun perlu ditingkatkan komunikasi dan koordinasi pelaksanaannya di lapangan, baik itu puskesmas, rumah sakit dan Dinkes sehingga dapat terlaksana dengan baik. Sedangkan KPA sendiri dalam menjalankan fungsi sebagai koordinator masih lemah dalam berkoordinasi dengan instansi terkait dalam mengoptimalkan layanan *link to care* HIV sehingga lebih menitikberatkan kepada Dinkes, puskesmas dan rumah sakit.

c. Akuntabilitas dan daya tanggap

Perencanaan pembangunan kesehatan juga melibatkan partisipasi masyarakat umum melalui Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) yang dilakukan bertahap di setiap distrik. Namun menurut Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Manokwari hasil Musrenbang tidak banyak dimanfaatkan oleh Dinkes sebagai perencanaan program

kesehatan, mengingat sebagian besar usulan dalam Musrenbang lebih menitikberatkan kepada pembangunan fisik. Dalam Musrenbang pun hanya kepala-kepala distrik yang hadir, sebagai representatif masyarakat di wilayahnya, sehingga keterlibatan langsung masyarakat dalam perencanaan pembangunan kesehatan masih terbatas. Berikut kutipan wawancaranya :

"Musrenbang memang punya kontribusi tetapi kan banyaknya musrenbang itu kan kegiatan yangkhusus bidang kesehatan mereka kan banyak usul itu fisik, (diam sejenak) fisik tidak bisa mengobati, tidak bisa mencegah orang mati, ya jadi kebanyakan kalo kita musrenbang itu asosiasi mereka minta bangun ini..., bangun ini, bangun ini. Padahal program kesehatan itu 50% itu non fisik.. kegiatan pelayanan. Jadi, ya tapi dia punya kontribusi memang dan kita juga di dinas ada satu bab yang memang mendata, hasil musrenbang, mendata hasil data kita, hasil penyakit... baru kita klop kan sesuai dengan kemampuan keuangan daerah" (Wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kab.)

Sedangkan keterlibatan populasi kunci dalam perencanaan dan monitoring dan evaluasi (*Monev*) terkait dengan program HIV dan AIDS pun masih terbatas. Mereka lebih banyak terlibat sebagai partisipan dalam kegiatan yang dilakukan oleh KPA. Masih adanya stigma dan diskriminasi masyarakat tentang penyakit HIV dan AIDS sehingga keterlibatan populasi kunci masih terbatas. Sampai saat ini, belum banyak terbentuk kelompok dukungan sebaya (KDS), hal ini karena ODHA yang masih tertutup atau belum berani membuka statusnya kepada keluarga dan masyarakat sehingga berdampak terhadap upaya mitigasi dampak oleh pemerintah daerah.

2) Pembiayaan kesehatan

a. Pengelolaan sumber pembiayaan

Sumber pembiayaan dan besaran dana untuk sektor kesehatan yang dikelola oleh Dinkes tahun 2015 berdasarkan data sekunder diantaranya bersumber dari APBD sebesar Rp 53.138.804.657 terdiri dana alokasi khusus (DAK) dan dana otonomi khusus. Selain itu

ada juga dana dari Kementerian Kesehatan berupa dana Tugas Pembantuan (TP) sebesar Rp 20 milyar. Sedangkan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan dana Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) langsung diberikan kepada puskesmas. Pengelolaan anggaran di puskesmas berdasarkan sumber pembiayaan, jika ada program yang sudah didanai oleh APBD maka tidak boleh lagi masuk dalam pendanaan BOK, agar tidak terjadi tumpang tindih anggaran. Berikut kutipan wawancaranya :

"iya kalau sebenarnya semua untuk program cuman bagaimana karena tidak mencakup 1 bidang jadi mana yang bisa ditangani APBD kita tidak boleh lagi tangani di BOK, apa yang ditangani BPJS jadi kita tidak boleh pendobelan pembayaran pendanaan, satu contoh ada lagi dari dinas di subsidi sini pendataan kontak pasien tb atau hiv nah itu kami tidak bisa lagi cuman kami pindahkan di dana khusus obat jadi HIV dengan kusta TB ada 7 obat nah dari situ saya mendanai transportasi anggota untuk cek antar obat karena begini bu celaka kita tidak menemukan penderita hiv aids tb kusta lebih celaka kalau putus obat jadi lebih parah hukuman dosanya lebih besar kalau ada yang putus obat"(Wawancara dengan Kapus Pasir Putih)

Selain Dinkes, pembiayaan kesehatan juga dialokasikan kepada Rumah Sakit Daerah, untuk tahun 2015 besaran anggaran kepada rumah sakit sebesar Rp 35.011.212.169 yang berasal dari APBD. Sedangkan bantuan dari lembaga donor diantaranya GF, CHAI, UNICEF, Compact AIPD yang sebagian besar tidak dalam bentuk dana namun bantuan program untuk peningkatan kapasitas yang dikelola langsung oleh lembaga donor. Setiap sumber dana yang dikelola baik oleh rumah sakit, Dinkes dan Puskesmas disesuaikan dengan rencana pengelolaan keuangan yang tertuang dalam DPA dan telah disahkan oleh DPR. Walaupun mengelola banyak sumber dana, sebagian besar informan mengeluhkan masih kekurangan dana, sehingga dilakukan penentuan prioritas program.

Sedangkan sumber dana untuk penanggulangan HIV dan AIDS cukup beragam dan tersebar di beberapa satuan kinerja perangkat daerah (SKPD) yang menjadi bagian pokja penang-

gulangan HIV dan AIDS seperti Dinas Sosial dan Pemberdayaan perempuan dan anak, di bawah koordinasi KPA. Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) memiliki sumber dana paling besar yang berasal dari APBD untuk tahun 2015 sebesar Rp 350 Juta. Sedangkan di Dinkes, dana penanggulangan program HIV dan AIDS menjadi bagian dari dana pencegahan dan penanggulangan penyakit menular (P2M) yang besaran dananya Rp 1.221.445.000, namun menurut salah satu informan yang menyebutkan bahwa dari 11 program yang ditangani bidang P2M, penyakit Tuberkulosis Paru, HIV dan AIDS yang memiliki proporsi anggaran yang lebih besar dibanding lainnya. Berikut kutipan wawancaranya :

"kalau dari 11 program itu porsi terbesar HIV sama TB paru yang paling besar"(Wawancara dengan Kabid P2M Dinkes kab.)

Setiap penggunaan anggaran akan dicatat dan dilaporkan melalui bendahara secara rutin. Sampai saat ini berdasarkan informasi belum ada dana dari masyarakat untuk upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Berkaitan dengan kecukupan dana program *link to care* HIV, sebagian besar informan yang merupakan petugas puskesmas menyatakan dana tidak cukup, khususnya untuk pendampingan pasien yang telah dinyatakan positif HIV. Setelah melakukan tes HIV di puskesmas jika hasil tesnya positif, maka pasien akan dirujuk ke rumah sakit dan didampingi oleh petugas puskesmas untuk persiapan inisiasi ARV.

b. Penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran

Proporsi anggaran di bidang kesehatan yang berasal dari APBD untuk Dinkes sebesar Rp 53.138.804.657 lebih besar dari target yang ditetapkan yaitu sebesar Rp 51.400.441.172, jadi realisasi anggaran untuk Dinkes melampaui target yaitu sebesar 103,38%. Pembiayaan yang bersumber dari APBD, proporsinya lebih banyak untuk belanja tidak langsung, belanja pegawai, belanja perjalanan dinas dan lain sebagainya. Sedangkan dana dari pusat, menurut salah

satu informan, sebagian besar diperuntukkan untuk kegiatan fisik yang menunjang pelayanan kesehatan seperti pengadaan kendaraan operasional untuk puskesmas keliling, ambulans dan pembangunan gedung puskesmas. Berikut kutipan wawancaranya :

"kalo alokasi dana yang dari pusat biasanya untuk kegiatan kegiatan yang sifatnya fisik ya seperti tahun yang lalu 2014 kita melaksanakan pengadaan kendaraan operasional puskesmas keliling, maupun ambulans satu dipuskesmas sanggeng kemudian ada wosi prafi dan sebagainya untuk itu meeeremajakan kendaraan yang sudah ada ya, kemudian untuk tahun ini ada pembangunan fisik yang ada di puskesmas wosi dan puskesmas prafi" (Wawancara dengan Kabag PE Dinkes Kab. Manokwari)

Sedangkan berdasarkan proporsi anggaran, menurut Kepala Dinkes diketahui proporsi anggaran lebih besar pada program preventif dan promotif, dibanding program kuratif. Berikut kutipan wawancaranya :

"Ya, jadi kalau kuratif itu kecil. Yang besar itu yang preventif, imunisasi itu semua puskesmas kita tanggung. Baru promosi kesehatan, promkes itu ya promkes itu mungkin sekitar 20%, preventifnya mungkin sekitar 50% ya, apa sama, baru preventif ini tidak hanya dikerjakan oleh pencegahan penyakit, imunisasi, dan sebagainya, jadi pemeriksaan ibu hamil yang kemungkinan nanti pendarahan mudah dicegah oleh KIA. Dan kita besar juga untuk pencegahan kematian ibu dan anak itu kita berikan susu untuk ibu hamil dan bayi balita itu pengadaan itu hampir yang mungkin lebih, itu juga besar. Untuk pengobatan ini, obat kan kita yang beli" (Wawancara dengan Kadinkes Kab. Manokwari)

Sedangkan dana untuk puskesmas berasal dari dana BOK dan dana BPJS yang proporsinya yang jumlahnya bervariasi antara satu puskesmas dengan puskesmas lainnya. Salah satu kepala puskesmas menjelaskan untuk tahun 2015 mereka mengelola dana dari BOK sebesar Rp 200 juta, dana APBD sebesar Rp 63 juta dan BPJS sebesar Rp 43 juta. Khusus untuk BPJS, ketentuan penggunaan anggaran terdiri atas pembayaran jasa petugas kesehatan sebesar 60% sedangkan belanja habis pakai sebesar 40%. Berikut kutipan wawancaranya :

"kalau untuk sekarang kami yang lebih besar itu bok itu 200 juta APBD 63 juta tiap tahun kalau BPJS 43 juta perbulan itu terdiri dari jasa dan bahan habis pakai jasanya 60 % dan bahan habis pakai 40% itu sudah ada ketentuan ketentuan kesnya jadi kita tidak boleh lewat dari situ"(wawancara dengan Kapus Pasir Putih)

Terkait proporsi anggaran APBD untuk penanggulangan HIV dan AIDS, berdasarkan informan diketahui bahwa anggaran untuk program HIV dan AIDS dari DAK dialokasikan untuk reagen dan obat-obatan terkait dengan infeksi oportunistik dari HIV. Selain pembelian obat dan perbekalan farmasi terkait dengan layanan tes HIV, juga kegiatan penyuluhan dan penjangkaran di masyarakat umum seperti di sekolah, komunitas keagamaan dan melakukan *mobile VCT* yang dilakukan terintegrasi dengan program promosi kesehatan dan posyandu. Berikut kutipan wawancaranya:

"Terus sumber dana DAK, khusus untuk pengadaan reagen dan sebagainya..., obat-obatannya dan sebagainya. Karena kita ada MOU dengan dinas provinsi berdasarkan Peraturan Menteri kesehatan bahwa 70% biaya untuk operasional dan obat dan juga habis pakai" (Wawancara dengan Kadinkes Kab Manokwari)

Namun sebagian petugas di puskesmas yang menangani HIV dan AIDS mengeluhkan masih terbatasnya dana untuk menjangkau, mengawasi dan mendampingi ODHA dalam menjalani layanan tes HIV dan rujukan ke rumah sakit, bahkan tidak jarang mereka harus mengeluarkan dana pribadi. Selain untuk pencegahan dan PDP, anggaran terkait HIV dan AIDS juga meliputi mitigasi dampak yang banyak dikelola oleh Dinas Sosial. Berdasarkan informasi tidak ada bantuan sosial yang berasal dari pemerintah kepada Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bekerjasama untuk penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten. Manokwari, sumber dana LSM sebagian besar berasal dari lembaga donor.

c. Mekanisme pembayaran layanan

Secara umum pembayaran layanan ada tiga jenis yaitu melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Jamkesda dan pembayaran langsung di tempat layanan. Berdasarkan informasi dari Kadinkes, peserta BPJS lebih banyak yang berasal dari pegawai negeri sipil, TNI dan Polri. Jumlah peserta BPJS PBI sebanyak 4.557 orang, sedangkan yang non PBI sebanyak 87.653 peserta. Hampir sebagian besar layanan baik di tingkat layanan dasar maupun lanjutan dapat diakses dengan menggunakan BPJS sesuai dengan alur rujukannya. Berikut kutipan wawancaranya:

"itu totalnya 143 ribu dari jumlah penduduk waktu itu 170 tetapi juga pegawai negeri 4.557 pegawai negeri itu juga sudah persyaratan BPJS, begitu juga TNI dan polri. Ah jadi sebenarnya tinggal sedikit saja 1000 atau 2000an saja yang tidak. Karna ada peraturan baru menteri ketenagakerjaan itu, semua yang karyawan kan hadi mall, berdikari ya, yang karyawan di atas 30 wajib dia kerja sama kalo tidak ijinnya dicabut" (Wawancara dengan Kadinkes Kab. Manokwari)

Gambaran data ini menunjukkan bahwa belum semua penduduk tercover dalam BPJS. Partisipasi masyarakat dalam BPJS masih rendah, hal ini karena ada pendapat dari sebagian masyarakat bahwa tidak ada perbedaan antara menggunakan BPJS ataupun yang tidak, karena masyarakat tetap membayar premi yang sama dengan membayar layanan difasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, kendala dalam persyaratan kelengkapan administrasi kependudukan seperti Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan kartu Keluarga (KK) yang belum dimiliki oleh masyarakat. Selain BPJS, ada juga Jamkesda yang baru saja diberlakukan di Provinsi Papua Barat, namun belum jelas regulasi dan pelaksanaannya di lapangan. Berikut kutipan wawancaranya :

"perlakuannya tetap sama. Kadang ada satu yang saya mengatakan kenapa tidak mengurus BPJS? Dia mengatakan kan sama juga tetap sama dengan yang lainnya" (Wawancara dengan PJ PKM Wosi)"

Sedangkan untuk layanan tes HIV dapat diakses secara gratis oleh masyarakat, layanan yang masuk dalam pembiayaan BPJS diantaranya obat-obatan untuk infeksi oportunistik. Sedangkan pengobatan ARV diberikan secara gratis karena merupakan program nasional. Untuk pemeriksaan dasar laboratorium belum semua dicover oleh BPJS, sehingga tidak jarang masyarakat perlu mengeluarkan sejumlah uang. Belum lagi biaya transportasi yang terkadang menjadi kendala bagi ODHA untuk mengakses obat ARV di rumah sakit, mengingat tempat tinggal ODHA yang relatif jauh. Hal inilah yang menjadi pertimbangan Dinkes untuk tahun 2015 akan mengembangkan tiga puskesmas untuk persiapan inisiasi ARV, sehingga ODHA bisa langsung mengakses ARV di puskesmas yang menjadi wilayah pelayanannya. Tidak ada perbedaan layanan antara ODHA dan masyarakat umum, semua layanan dapat diakses bila menggunakan BPJS.

3) Sumber Daya Manusia

a. Kebijakan dan sistem manajemen

Secara umum status kepegawaian SDM Kesehatan terdiri atas PNS, PTT (Pegawai Tidak Tetap) yang terdiri atas dokter umum, dokter gigi dan bidan, selain itu ada tenaga honor dan tenaga magang yang jumlah dan jenisnya bervariasi. Sampai tahun 2015 jumlah PNS yang ada di Dinkes berjumlah 428 orang PNS dengan jenis kualifikasi yang beragam. Tenaga honorer hanya di Dinkes, sedangkan tenaga magang penempatannya di puskesmas sesuai permintaan dan kebutuhan. Mekanisme perekrutan, Dinkes berkesempatan untuk mengajukan permintaan atau usulan jumlah dan kualifikasi tenaga yang diperlukan berdasarkan kebutuhan di fasilitas pelayanan kesehatan, kemudian dikoordinasikan dengan Badan Kepegawaian Daerah (BKD). Perekrutan dilakukan secara terbuka. Dinkes tidak memiliki kewenangan untuk mengatur SDM yang bekerja di lembaga non pemerintahan seperti LSM. Dengan demikian, pembiayaan SDM dari LSM atau swasta sepenuhnya bergantung

dari lembaga donor. Keterlibatan SDM non pemerintah disesuaikan dengan kebutuhan dan lebih kepada kegiatan peningkatan kemampuan serta ketrampilan melalui pendidikan dan pelatihan bersama.

Tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan terkait HIV dan AIDS khususnya PDP di puskesmas variatif, ada yang 2 orang sampai 10 orang. Sedangkan di rumah sakit untuk layanan HIV dan AIDS berjumlah empat orang perawat dan dua orang dokter umum yang melaksanakan tugas mulai dari konseling, pemeriksaan dan pendampingan untuk inisiasi ARV. Di Puskesmas Amban, menurut kepala puskesmas tim penanggulangan HIV dan AIDS berjumlah 10 orang yang terdiri atas dokter dan perawat yang masing-masing menjalankan tugasnya, di mana ada yang bertugas melakukan penjangkauan, konselor, manajer kasus dan pendampingan pasien. Berikut kutipan wawancaranya :

"Ia baik e.. penatalayanan HIV Di Puskesmas Amban itu, kami tim.. sudah ada tim e..iya, kami tim ada sekitar 10 (sepuluh) orang, Jadi,...itu terpisah. Ada yang bergerak untuk e,... Bagaimana penjangkauan, tapi juga ada yang bergerak pada saat e... penemuan kasus. Jadi penatalaksanaan kasus sampai dengan terapi. Seperti itu,...Jadi, tim kita ada dokternya, ada perawatnya (perawat penjangkauan), kemudian ada perawat penjangkauan ini bisa konselor, dia juga bisa berstatus sebagai menejer kasus kemudian"(Wawancara dengan Kapus Amban)

Tidak ada rekrutmen khusus untuk tenaga kesehatan yang menangani program HIV dan AIDS baik di Dinkes maupun di puskesmas. Semua petugas kesehatan dianggap memiliki kemampuan yang sama untuk bekerja dalam program HIV dan AIDS. Namun sebagian besar adalah PNS. Sampai saat ini tidak ada regulasi yang mengatur kerjasama antara fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dengan sektor non pemerintah untuk SDM. Namun menurut salah satu informan, ada kerjasama antara puskesmas dengan LSM, di mana LSM Peduli Sehat biasanya melakukan penjangkauan kemudian diantar ke puskesmas untuk melakukan tes HIV. Berikut kutipan wawancaranya:

"Eee...kerja sama dengan LSM, sejauh ini ada, dari Pt.PS (Peduli Sehat) sendiri dan biasanya, ee dalam bentuk e...penjangkauan, penjangkauan jadi...saya kasih contoh disini mereka yang menjangkau, terus mereka yang mengantar, mengantar...apa namanya orang-orang yang mereka jangkau,...(sambung pewawancara : ODHA?) ndak orang-orang yang mau diperiksa dulu, seperti itu....Nah kemudian khusus untuk ODHA, sejauh ini dengan Pt.PS kami belum duduk sama-sama untuk, misalnya membagi, artinya ketika mereka memang mau menangani, kira-kira mereka harus,,,e,,,menjangkau berapa ODHA begitu...itu belum"(Wawancara dengan Kapus Amban)

Berdasarkan pengelolaan program kesehatan, Dinas Kesehatan sebagai *leading sector* pembangunan kesehatan masih mengalami hambatan dalam membangun kerjasama dan koordinasi yang optimal antar SKPD lain terkait dengan sektor kesehatan. Masih terbatasnya Sumber Daya Manusia (SDM), dana dan fasilitas pelayanan kesehatan masih dirasakan sebagai hambatan dalam pelaksanaan program kesehatan. Berikut kutipan wawancaranya :

"hambatan-hambatan itu masalah tidak ada kebersamaan tidak ada kebersamaan dana itu ada dana itu ada tenaganya kurang program ada dana da tapi pekerjanya tidak jalan karena tidak ada kebersamaan antara pengelola artinya pptk dengan staf ke bawah itu yang pertama trus yang ke 2 tenaga kurang jadi eh saya sudah berusaha saya sudah ajukan nama-nama untuk tahun 2016 jadi untuk tahun ini saya tidak bisa bicara karena saya ada di tengah nanti say berbicara di tahun 2016" (Wawancara dengan Kabid P2M Dinkes Kab. Manokwari)

b. Pembiayaan SDM

Sumber pembiayaan untuk SDM kesehatan semuanya berasal dari APBD yang tersedia di Dinkes. PNS melalui gaji yang diterima perbulan, tenaga honorer dibayar setiap triwulan, sedangkan tenaga magang dengan pemberian insentif setiap bulannya. Tidak ada tunjangan atau insentif khusus untuk tenaga kesehatan, yang ada hanya tunjangan lauk pauk yang berlaku bagi semua yang berstatus PNS dan bersumber dari APBD. Demikian pula insentif yang berasal dari lembaga non pemerintah pun berdasarkan informasi tidak ada.

Terkait dengan pembiayaan SDM kesehatan yang bertanggungjawab terhadap program HIV dan AIDS, juga tidak ada perbedaan semua berasal dari APBD. Namun ada insentif khusus yang diberikan untuk tenaga kesehatan yang bekerja untuk program HIV dan AIDS baik di Dinkes maupun di puskesmas yang dananya bersumber dari dana otonomi khusus (Otsus) berupa uang transport petugas. Berikut kutipan wawancaranya :

"insentif untuk transport petugas itu sumber dananya dari otsus" (Wawancara dengan Kabid P2M Dinkes Kab.)

"tahun ini saja kami dari 11 orang yang bekerja ini kami hanya dihargai untuk 5 orang, 5 orang ini, 1 orang 500ribu ya.. 1 orang 500ribu, hanya dihargai selama 1 tahun ini saja ini hanya dihargai dengan 3 bulan jadi itu masuk akal tidak?" (Wawancara dengan Kapus Amban)

Sedangkan untuk pekerja LSM Mikatekmus yang berkecimpung dalam program penanggulangan HIV dan AIDS sumber dananya berasal dari lembaga donor HCPI. Pekerjaanya sebagian besar adalah tenaga kontrak dan menerima insentif setiap bulannya dari lembaga donor.

Sebagian besar pembiayaan SDM untuk program PDP termasuk layanan tes HIV dan *link to care* berasal dari dana APBD dan dana Otsus, baik di puskesmas untuk penjangkaran melalui layanan tes HIV dan pendampingan untuk inisiasi ARV. Insentif yang diberikan harusnya menjadi stimulus dalam menunjang pelaksanaan dan keberhasilan program PMTS, namun karena anggarannya terbatas sehingga sering menjadi keluhan petugas. Bantuan lembaga donor tidak dalam bentuk dana, tapi menitikberatkan pada program peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan.

c. Kompetensi SDM

Pengembangan kompetensi SDM kesehatan lebih menitikberatkan kepada kompetensi teknis dibandingkan manajerial. Pengembangan kapasitas teknis ditujukan bagi staf program dengan pendidikan dan pelatihan teknis

terkait program. Mekanisme pengembangan kapasitas dilakukan berdasarkan kebutuhan, diusulkan oleh puskesmas kepada Dinkes atau sebaliknya. Bentuknya melalui pelatihan atau pendidikan formal. Terkait dengan layanan tes HIV dan *link to care* HIV, jenis pelatihan yang diperoleh staf program untuk puskesmas dan rumah sakit antara lain pelatihan konselor, pelatihan pengobatan dan perawatan ODHA, Pelatihan PPIA, pelatihan pencatatan dan pelaporan data HIV dan AIDS. Pelatihan yang dilakukan ada yang sumber dananya berasal dari Kementerian Kesehatan, Dinkes maupun lembaga donor (CHA). Sebagian besar pelatihan yang dilakukan berdasarkan kebutuhan di setiap instansi yang erat kaitannya dengan prioritas program, namun tetap disesuaikan dengan ketersediaan dana, sehingga pelaksanaannya lebih insidental atau situasional sesuai kebutuhan.

Salah satu upaya meningkatkan semangat dan gairah kerja SDM kesehatan, maka tidak jarang dilakukan rotasi dan mutasi. Terkait proses rotasi dan mutasi memang tidak ada aturan khusus yang mengatur, tetapi bergantung kepada pimpinan di setiap instansi layanan, namun tetap memperhatikan telaah kebutuhan dan komposisi pegawai. Secara umum dampak pergantian karena rotasi atau mutasi cukup variatif. Mutasi pegawai dalam jumlah yang besar terjadi karena adanya pemekaran wilayah kabupaten Manokwari, sehingga jumlah pegawai pun secara kuantitas mengalami penurunan karena harus di distribusi ke wilayah baru hasil pemekaran. Kondisi ini memang cukup memengaruhi etos kerja pegawai yang menurut salah satu informan mengalami penurunan. Berikut kutipan wawancaranya:

"jadi kita tadinya yang 713 pegawai, sekarang tinggal di arfak 100, 200 di selatan. Jadi disini kita masih ada 500. Kalo dari segi kuantitas tapi kalo kualitas kerja ya etos kerja memang sedikit agak menurun, tetapi dari segi kuantitas jumlahnya kita memang, kemarin saya liat juga di arfai itu kasian sekali, karna saya bikin kunci pegawai yang dipuskesmas itu yang kita bongkarkan pindah, jadi tidak ada dia ambil dari sini, yang ada dia ambil dari sini juga biasa bikin sakit kepala, malas bergaul" (Wawancara dengan Kadinkes Kab. Manowari)

Permasalahan yang sama juga terjadi pada staf program HIV dan AIDS baik di Dinkes maupun di puskesmas. Setelah diberikan pelatihan lalu di mutasi atau terjadi pergantian, sehingga dalam melaksanakan layanan perlu ada pengkaderan dan menerapkan SOP untuk setiap layanan, sehingga semua petugas mengetahui prosedur layanan dan bila terjadi mutasi atau pergantian nakes, tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap layanan. Sedangkan bagi LSM, pergantian pegawai bisa berdampak terhadap kehilangan data. Berikut kutipan wawancaranya :

"ini sebenarnya masalah klasik jadi trun over kemudian ada yang pergi sekolah terus hang out nya tidak jadi take over trada itu yang terjadi sehinggamenjadi masalah gitu,nah masalah itu sebenarnya kami juga salah dalam hal ini kenapa tidak buat protap gitu ada SOP sehingga siapapun yang ada di situ dia bisa menjalankan itu nah itu sekarang solusinya kami mendorong teman-teman puskesmas dan mereka sudah buat"(Wawancara dengan PIC AIDS Dinkes)

Dana pengembangan kapasitas/kompetensi SDM Kesehatan berdasarkan informasi Kabid Kepegawaian tersedia namun sangat terbatas, dan mekanisme pengusulan pelatihan berasal dari masing-masing bidang yang telah direncanakan sebelumnya. Berikut kutipan wawancaranya :

"sangat kurang, kita ajukan dana untuk ini program ini tidak pernah direalisasi gak tau dimana yang memutuskan tapi yang jelas ga pernah direalisasi contohnya setiap tahun saya ajukan ada perubahan tentang peaturan kepegawaian untuk diklat-diklat saya ajukan tapi tidak satu disetujui tapi bagian yang lain yang ajukan macam di yankes mengajukan untuk peningkatan sumberdaya aparatur negara itu kan proses itu kan di kepegawaian itu disana disetujui dan kita tidak pernah dilibatkan kita tidak tau"(Wawancara dengan Kabid SDM Dinkes Kab. Manokwari)

Demikian pula halnya dengan ketersediaan dana untuk pelatihan terkait dengan program penanggulangan HIV, sebagian besar berasal dari lembaga donor seperti CHAI dan GF. Selain Sedangkan dana dari Dinkes baik untuk nakes di Dinkes maupun di puskesmas, disesuaikan dengan anggaran di bidang P2M

Dinkes. Sedangkan untuk mutasi dan rotasi terkait layanan HIV di rumah sakit, salah satu informan menyatakan tidak membutuhkannya, cukup mempelajarinya sendiri. Berikut kutipan wawancaranya :

"oh tidak perlu saya yang latih dia,, kenapa dia harus di latih lagi tidak ada ini salah pemahaman kita hiv itu penyakit apa ini yang salah hiv kan tidak bikin sakit orang tapi hanya kasih lemah penyakit yang muncul infeksi yang bikin sakit orang"(Wawancara dengan PJ Klinik AIDS RSUD Manokwari)

4) Informasi Strategis

a. Sinkronisasi sistem informasi

Data kesehatan yang benar dan akurat sangat diperlukan sebagai dasar acuan kebijakan dan program kesehatan yang sesuai dengan kondisi dan keadaan yang sesungguhnya di masyarakat. Data kesehatan yang dikumpulkan oleh Dinas Kesehatan diantaranya data layanan dari fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit, data surveilans dan data Sistem Kewaspadaan Dini (SKD), data alkes, jenis penyakit, pelayanan wajib dan pengembangan. Selain itu juga dikumpulkan data pendukung lainnya seperti laporan keuangan, sarana prasarana, kepegawaian yang dikumpulkan sesuai tupoksi petugas. Mekanisme pengumpulan data dilakukan secara bertingkat. Ada juga data yang dikumpulkan secara bersama antara Dinkes dan puskesmas. Ini sangat bergantung pada jenis data dan kebutuhan program. Terkait waktu pengumpulan data, ada data yang dikumpulkan secara rutin mingguan, bulanan, trimester, semester dan tahunan.

Sedangkan sumber informasi yang digunakan untuk PDP terkait dengan layanan tes HIV dan *link to care* adalah data jumlah yang dijaring dan melakukan tes HIV, data jumlah yang dikonseling pre tes dan post tes, data yang hasil tesnya positif, data jumlah ODHA yang menjalani ARV, tingkat kepatuhan ODHA, data jumlah bumil yang dites HIV, jumlah yang mengalami IMS dan IO, data jumlah yang dirujuk. Semua data ini diperoleh dari puskesmas, rumah sakit yang memiliki layanan

VCT. Sedangkan LSM lebih banyak kepada data penjangkauan yang dilakukan kepada populasi kunci, pemberian informasi kepada populasi yang dijangkau dan data distribusi kondom yang berkoordinasi dengan KPA karena untuk kondom menjadi tanggung jawab KPA. Namun berdasarkan informasi pendamping LSM Mikotepmos, diketahui bahwa data yang dihasilkan tidak dilaporkan kepada Dinkes dan tidak pernah diminta juga oleh pihak Dinkes, LSM bertanggung jawab melaporkan data kepada pendonor. Kerjasama dengan Dinkes hanya sebatas koordinasi. Berikut kutipan wawancaranya:

e...tidak, baik laporan keuangan maupun laporan penjangkauan langsung kami sampaikan 100 % menuju ke donor yang bersangkutan, sedangkan pada pihak dinas kami tidak pernah memberikan laporan karena kami sifatnya hanya kordinasi dan juga dinas juga tidak pernah minta laporan dari pada kami sehingga kami lebih banyak mengarahkan laporan kepada pihak pendonor asing" (Wawancara dengan Pendamping LSM Mikotepmos)

Sistem informasi yang dipakai untuk pelaporan data kesehatan secara umum dari puskesmas ialah Simpus, namun diakui belum merata di semua puskesmas karena baru di operasikan pertengahan tahun 2013. Berdasarkan informasi dari Kasubag PE Dinkes Kabupaten, sarana prasarana penunjang seperti laptop, komputer dan aplikasi Simpus sudah tersedia, namun permasalahannya belum adanya kesadaran dan kepedulian petugas di layanan tentang pentingnya pengelolaan data. Berikut kutipan wawancaranya :

"puskesmas semua kemudian 2013 sa belikan laptop untuk daerah daerah yang belum ada listrik, tapi kalo mereka peduli data sebetulnya mereka akan gunakan, tapi mana mereka sekarang peduli dengan data sich..??terjadi kasus kematian tapi dimana lokasinya? penyebabnya apa? Tidak jelas"(Wawancara dengan Kasubag PE Dinkes Kab. Manokwari)

Sedangkan untuk pelaporan dan pencatatan data terkait layanan HIV dan AIDS baik di puskesmas, rumah sakit adalah SIHA yang sudah diakses secara *online*, namun tetap

disertai dengan pelaporan secara manual ke Dinkes setiap bulannya. Sedangkan untuk LSM mereka menggunakan pencatatan dan pelaporan yang diberikan dari donor dan tidak mengikuti sistem informasi yang dipakai oleh puskesmas maupun rumah sakit.

b. Diseminasi dan pemanfaatan

Data kesehatan yang telah dikumpulkan selanjutnya dibuat laporan rutin tentang program oleh Dinkes meliputi laporan tentang pelayanan kesehatan dan jenis penyakit, data alkes, pelayanan wajib dan pengembangan yang dilakukan di layanan. Laporan-laporan ini didiseminasikan secara rutin baik secara internal dengan mini lokakarya maupun dengan pihak lintas sektor. Dalam upaya pengembangan kebijakan, data program yang digunakan adalah dari profil kesehatan tahunan. Data-data yang dihasilkan oleh Dinkes selama ini sudah dapat diakses walaupun masih terbatas, karena Dinkes belum memiliki website khusus sehingga data belum bisa diakses secara online. Menurut Kadinkes bahwa sarana prasarana sementara dipersiapkan, namun masih terkendala SDM yang kompeten. Berikut kutipan wawancaranya :

"ya jadi kita sudah beli apa yang mereka sintusnya mereka sudah itu, bahkan kita punya ini dicontoh oleh provinsi tetapi ya maksudnya SDMnya juga sih, SDM..karna yang menginput harus ada orang semua pasien dan penyakitnya yang hari itu dan obatnya, dia harus input baru saya belum terlalu puas dengan itu, walaupun program itu sudah ada kita sudah beli semua komputer, kita sudah upayakan untuk mereka punya laptop, supaya input" (Wawancara dengan Kadinkes Kab.)

Sedangkan data terkait dengan PDP dan layanan HIV juga terpusat di Dinkes, dimana setiap puskesmas dan rumah sakit yang tersedia layanan HIV dan AIDS melaporkan data layanan secara rutin setiap bulan untuk direkap dan didiseminasikan kepada Dinkes Provinsi, KPAD, LSM dan kepada publik. Walaupun untuk data terkait layanan HIV, tidak semua data dapat dipublikasikan, namun hanya dipublikan tentang jumlah atau persentasenya. Dinkes

yang bertanggung jawab untuk merilis data terkait gambaran kasus HIV dan AIDS dengan berkoordinasi dengan KPA untuk tingkat kabupaten Manokwari. Berdasarkan data yang dihasilkan maka dapat memetakan pola epidemi kasus HIV dan AIDS, yang selanjutnya digunakan untuk menetapkan kebijakan dan pengambilan keputusan oleh Dinkes untuk dalam penyusunan program penanggulangan HIV dan AIDS.

Data kesehatan yang dihasilkan oleh Dinkes, dapat dimanfaatkan oleh semua yang membutuhkan. Bagi Dinkes sendiri, data yang dihasilkan dapat menjadi acuan untuk melakukan perencanaan program dan penganggaran untuk tahun selanjutnya, juga sebagai bahan evaluasi program yang telah dilakukan untuk peningkatan layanan. Demikian halnya data terkait layanan HIV dan AIDS juga dipakai untuk perencanaan program pencegahan dan pengendalian, serta perencanaan obat dan alkes terkait HIV dan AIDS. Walaupun dalam pelaksanaannya belum optimal karena masih banyak petugas di layanan yang tidak memiliki kepedulian dan kesadaran akan pentingnya data layanan. Sedangkan menurut salah satu informan dari rumah sakit, bahwa mereka tidak akan memberikan data terkait layanan HIV kepada LSM, karena tidak ingin dimanfaatkan oleh LSM menjadi lahan mencari uang kepada lembaga donor. Berikut kutipan wawancaranya :

“kan kami punya prinsip begini oda kami tidak di jual jadi kalau lsm memakai oda kami untuk dia dapat dana dari luar kami tidak suka makanya kami tidak kerja sama lagi dengan lsm” (wawancara dengan petugas Klinik AIDS di RSUD)

5) Penyediaan farmasi dan alat kesehatan

a. Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi

Mekanisme pengadaan obat-obatan dan alat kesehatan di Dinkes Kabupaten Manokwari dilakukan berdasarkan perencanaan kebutuhan yang diusulkan oleh puskesmas yang dikirim setiap bulan. Selain itu Dinkes pun tetap

berpegang pada peraturan Menteri Kesehatan tentang pengadaan obat-obatan dan alkes. Terkait dengan regulasi, ada peraturan yang mengatur pembagian terkait dengan logistik obat dan alkes melalui Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota yang mengatur tentang logistik di mana kabupaten menanggung 70 persen dan provinsi 30 persen. Berikut kutipan wawancaranya :

“saya yang waktu itu bilang”: karna provinsi dia tanggung 30% tapi 30%, 13 kabupaten kota kan jadi kan lumayan juga mereka, jadi waktu itu sempat kita bilang dia yang tanggung 40 kita yang 60 tetapi karna kita sudah buat nanti saya sisihkan dari dana otsus” (Wawancara dengan Kadinkes Kab.)

Setiap puskesmas mengisi format kebutuhan obat & alkes yang disesuaikan dengan pagu dana, lalu mengajukan permintaan ke gudang farmasi dan setelah permintaan disetujui, baru bisa diambil oleh puskesmas. Menurut salah satu informan dari Puskesmas Sanggeng, diketahui permintaan obat dan alkes dilakukan setiap 3 bulan sekali, namun jika persediaan berkurang dapat langsung mengajukan permintaan ke gudang farmasi. pengadaan obat melalui sistem *e-catalog*.

Sedangkan perencanaan obat dan alkes terkait dengan layanan tes HIV dan *link to care* HIV, juga tidak jauh berbeda. puskesmas mengusulkan kebutuhan layanan seperti reagen, jarum suntik dan obat infeksi oportunistik melalui Dinkes. Untuk kondom tidak masuk dalam perencanaan dan pengadaan oleh Dinkes karena merupakan tanggung jawab KPA. Sedangkan obat ARV berasal langsung dari pemerintah pusat yang didistribusikan melalui pemerintah provinsi, kemudian didistribusi ke rumah sakit daerah, sehingga selalu tersedia dan proses distribusinya tidak terganggu oleh lambatnya proses perencanaan dan penganggaran di daerah.

Terkait dengan distribusi obat dan alkes dilakukan oleh puskesmas sendiri, jadi jika mereka mengalami kekurangan obat bisa

langsung mengakses ke gudang farmasi melalui persetujuan Dinkes. Untuk biaya distribusi menjadi tanggung jawab puskesmas masing-masing yang mengambil ke gudang farmasi. Namun seringkali mengalami kendala, sehingga adakalanya dari gudang farmasi yang mengantarkan ke puskesmas dengan memanfaatkan puskesmas keliling. Untuk menghindari penumpukan obat di puskesmas, jumlah obat yang didistribusi tidak diberikan dalam jumlah yang banyak. Berikut kutipan wawancaranya :

"iya bisa langsung dibantu jadi itemnya pemberian itu tidak sekaligus penuh gitu umpamanya kita minta 10 ribu mungkin ndak dikasih 10 ribu mungkin dikasih berapa tetapi sewaktu waktu obat ini habis kami bisa dilayani dikabupaten itu enaknya juga jadi gak ada penumpukan obat di gudang kami"(Wawancara dengan Kapus Pasir Putih)

Sedangkan untuk distribusi obat dan alkes terkait layanan HIV dan AIDS, juga tidak jauh berbeda. Untuk obat infeksi oportunistik, reagen dan jarum suntik didistribusi melalui gudang farmasi Dinkes, sedangkan untuk kondom didistribusi oleh KPA ke Dinkes lalu Dinkes distribusi ke Puskesmas. Sedangkan ARV dari Kementerian ke Dinkes Provinsi dan diteruskan ke RSUD. Namun, karena alasan jarak yang jauh ke rumah sakit dan alasan kenyamanan ODHA dengan petugas di puskesmas, sehingga puskesmas membantu dengan pengambilan ARV setiap bulannya di rumah sakit dan mendistribusikan ke ODHA. Pencatatan sederhana juga dilakukan berdasarkan kombinasi dan infeksi oportunistik yang dialami ODHA, namun tanpa menggunakan mekanisme LPLPO karena itu menjadi tanggungjawab rumah sakit. Berikut kutipan wawancaranya :

"Kami tidak membuat pelaporan, kami hanya... pelaporan hanya khusus untuk e... penyakit dan pelayanannya, tapi untuk obat dan ininya, kami kan masih dibawah rumah sakitnya karena kami amprak rumah sakit itu per pasien item obat, tapi per pasien jadi pasiennya A obatnya ini untuk dosis satu bulan, sehingga kami bawa dan kami bagikan perdu dua minggu, lihat kondisi pasien" (Wawancara dengan PJ Program Puskesmas Masni)

Penyimpanan obat dan alkes juga tidak ditemukan hambatan yang berarti, mengingat gudang farmasi telah tersedia di setiap puskesmas, sehingga obat yang didistribusi dari gudang farmasi Dinkes dapat disimpan di gudang puskesmas masing-masing, dengan tetap memperhatikan tanggal kadaluarsa obat dan alkes tersebut. Sedangkan untuk sumber pendanaan obat dan alkes, menurut Kadinkes sebagian besar bersumber dari DAK dan dana otsus, walaupun ada juga yang berasal dari Kementerian Kesehatan. Demikian pula untuk pendanaan obat dan alkes terkait layanan HIV dan AIDS bersumber dana dari DAK dan Otsus. Namun ada juga diambil dari 20% dana BPJS untuk puskesmas di pakai oleh Dinkes untuk membantu pendanaan obat dan alkes untuk mengamankan stock. Berikut kutipan wawancaranya :

"Tidak boleh namanya stok obat kosong. Tetapi sering kita amankan gudang obat. Obat itu wajib aman, tapi sumber dana pemberian obat kita dari BPJS juga 20 %, mereka punya itu kita minta dan kita beli, dan habis pakai juga akan iya...kita dipotong juga oleh kementerian juga dari dana DAK, dana DAK dan dana otsus. Khusus untuk kurangan ARV HIV/AIDS, yang tidak bisa dibelanjakan oleh DAK, saya berikan dana otsus sebagian" (Wawancara dengan Kadinkes Kab.)

Pencatatan dan pelaporan obat dan alkes terkait pengadaan, distribusi dan penyimpanan secara garis besar tidak ada hambatan. Distribusi dan penggunaan obat selalu di catat dan dilaporkan secara rutin melalui Laporan Permintaan dan Laporan Penggunaan Obat (LPLPO) yang dilakukan secara berjenjang dari fasyankes ke Dinkes ini dilakukan untuk memantau ketersediaan obat dan alkes.

b. Sumber daya

Jenis obat yang dianggarkan dalam APBD terbatas pada obat tertentu, yang jenisnya ditentukan oleh Dinkes. Proporsi lebih besar untuk obat dan alkes berasal dana DAK dan dana Otsus. Namun, jika ada jenis obat yang tidak ada atau tidak masuk dalam DAK, baru akan disupport oleh BPJS agar tidak terjadi pendobelan, namun jenisnya pun terbatas.

Sedangkan untuk obat dan alkes terkait HIV, menurut Kepala Dinkes ada dana tersedia dana otsus dan DAK untuk pengadaan reagen dan bahan habis pakai, namun untuk mencukupi kebutuhan obat dan alkes juga dipakai 20% dana BPJS yang ada di puskesmas untuk pembelian reagen. Berikut kutipan wawancaranya:

"kita sudah buat nanti saya sisihkan dari dana otsus. Jadi beli obat kita, untuk khusus program HIV, jadi dana dari otsus ada, dan juga dari dana BPJS yang kekurangan reagen untuk priksa priksa" (Wawancara dengan Kadinkes Kab.)

Sedangkan untuk layanan tes HIV hanya tersedia di tujuh puskesmas dari 22 puskesmas yang ada di Manokwari. Kebutuhan puskesmas dengan layanan VCT berbeda dengan yang tidak memiliki VCT terkait dengan kebutuhan obat dan alkes untuk HIV. Kebutuhan ini menjadi tanggung jawab Dinkes diantaranya obat antibiotik yang merupakan obat untuk IMS dan infeksi oportunistik seperti cefixin, acitromycin, cotrimoxazol, claudimicin, nistatin, ketokonazol, metronidasol, pedopium tingtura, rimfampicin, inh, etambutol, pyrazinamide. Sedangkan perlengkapan pencegahan HIV dan AIDS seperti kondom dan pelicin, reagen dan alat diagnostik HIV dan IMS. Untuk sumber dananya berasal dari DAK dan Otsus. Berdasarkan informasi dari PIC AIDS di Dinkes menjelaskan bahwa untuk ketersediaan reagen selalu tercukupi, namun yang menjadi kendala adalah obat IO terutama cotrimoxazol. Cotrimoxazol disediakan untuk kebutuhan rutin puskesmas, sedangkan untuk program sendiri tidak ada. Dengan demikian, penyusunan kebutuhan terlepas dari kebutuhan rutin puskesmas. Berikut kutipan wawancaranya:

"awal-awal kita masih mulai berjalan itu masalahnya selalu kita terkendala dengan alat dan bahan habis pakai serta beberapa obat yang terkait dengan IO terutama kotri, kotri itu selalu di butuhkan oleh setiap pasien hampir semua dapat kotri sedangkan kotri yang disiapkan itu untuk kebutuhan rutin puskesmas sedangkan untuk program sendiri tidak..sehingga awal-awalnya kita sedikit berargument dengan teman-teman di farmasi tapi setelah eee..dikasih solusi bagaimana kalau dari program menyusun itu sendiri terlepas dari kebutuhan rutin di puskesmas sekarang

sudah tercukupi dan tidak jadi masalah" (Wawancara dengan PIC AIDS Dinkes)

Sedangkan terkait BPJS, diperoleh informasi yang bervariasi dari informan. Prinsipnya jika pasien yang menggunakan BPJS datang dengan diagnosa infeksi oportunistik maka memperoleh pelayanan yang sama dengan penyakit umum lainnya yang ditanggung oleh BPJS. Walaupun, sebagian informan kesulitan untuk menjelaskan jenis obat IMS maupun obat IO yang menjadi tanggung jawab Dinkes Kota, Dinkes Provinsi, klinik VCT dan BPJS. Prinsipnya, jika ada jenis obat terkait dengan IMS dan IO yang tidak ada atau tidak masuk dalam DAK dan otsus, baru akan disuport oleh BPJS agar tidak terjadi pendobelan, namun jenisnya pun terbatas.

Terkait dengan ketersediaan obat dan alkes, berdasarkan informasi memang belum pernah terjadi stock out untuk obat, baik secara umum maupun terkait dengan layanan HIV dan AIDS. Peningkatan permintaan obat biasanya terjadi jika banyak dilakukan bakti sosial di kampung-kampung seperti pengobatan gratis sehingga permintaan obat meningkat. Dinkes memiliki buffer stock sebesar 5% untuk mengantisipasi permintaan dan penggunaan obat yang meningkat. Sedangkan untuk layanan tes HIV, juga banyak dilakukan penjangkaran baik kepada masyarakat umum maupun kelompok populasi berisiko melalui *mobile* VCT sehingga terjadi peningkatan permintaan reagen maupun jarum suntik. Namun berdasarkan informasi untuk reagen masih tercukupi, sedangkan obat-obatan untuk IO dan bahan habis pakai yang sering mengalami stock out. Berikut kutipan wawancaranya:

"itu memang ee kami selalu dengan bahan dan alat habis pakai kalau reagen ketercukupannya masih kami belum sampai stock out masih tercukupi tetapi eee.. obat-obatan yang terkait dengan apa IOnya itu yang selalu menjadi kendala dan masalah trus juga dengan bahan alat habis pakai seperti hand skun kemudian tabung-tabung untuk pemeriksaan eee.. vakum teaner itu yang sering kali habis nah kenapa begitu karena penganggaran untuk tahun ini itu kami tidak bisa mengakses bahannya itu di sini nanti tahun depan baru kita bisa pake seperti itu"(Wawancara dengan PIC AIDS Dinkes)

Pengobatan kepada pasien IO atau IMS dengan status HIV positif akan mempertimbangkan tingkat keparahan IO dan IMS-nya lebih dulu. Dalam banyak kasus IO dan IMS akan diobati secara intensif sampai kondisi pasien lebih baik, setelah itu dilakukan pengobatan dan perawatan ARV yang didahului dengan konseling.

6) Upaya kesehatan

a. Ketersediaan layanan

Ketersediaan layanan di Kabupaten Manokwari sudah tersedia baik dari kuantitas maupun kualitas. Sampai tahun 2013, Dinkes Kabupaten Manokwari memiliki 22 puskesmas, dengan 2 rumah sakit yaitu RSUD dan RSAL yang masuk dalam wilayah pelayanan Dinkes. Sebagian besar masyarakat sudah mampu untuk menjangkau layanan dengan baik, beberapa daerah yang belum terjangkau dibantu dengan layanan Pusling. Layanan sudah mencakup promotif (penyuluhan) dan preventif seperti imunisasi, pemberian abate, gerakan 3 M, aspek kuratif dan rehabilitatif. Prioritas pelayanan, menurut salah satu informan lebih menekankan aspek promotif dan preventif dibanding kuratif dan rehabilitatif.

Layanan rujukan pun berperan penting, mekanismenya sama untuk semua penyakit, yaitu dimulai dari tingkat dasar yaitu puskesmas – RSUD, kecuali kondisi kegawatdaruratan langsung ke UGD. Sistem rujukan ini sudah berjalan, namun karena masih terbatasnya jumlah dokter spesialis, sehingga masih banyak yang melakukan rujukan keluar daerah. Kelompok miskin dan marjinal bisa mengakses layanan secara gratis lewat JKN dan Jamkesmas dengan syarat administrasi berupa KTP dan surat keterangan miskin.

Ketersediaan layanan terkait tes HIV dan *link to care* HIV cukup lengkap dan memadai, mengingat Provinsi Papua Barat termasuk dalam daerah dengan epidemi HIV dan AIDS generalisata, sehingga semua masyarakat masuk dalam kategori berisiko. Ini dapat diimbangi dengan ketersediaan layanan yang

mendukung, seperti layanan VCT yang ada di tujuh puskesmas dari 22 puskesmas yang ada, diantaranya Puskesmas Sanggeng, Pasir Putih, Wosi, Amban, Maripi, Warmare dan Puskesmas Masni. Sedangkan rumah sakit dengan layanan VCT diantaranya RSAL dan RSUD. Ketersediaan layanan ini juga didukung dengan jejaring layanan yang komprehensif dan berkesinambungan. Di puskesmas yang tersedia layanan VCT, semua petugas di setiap poli layanan wajib melakukan penjangkauan pasien untuk melakukan tes HIV. Layanan VCT di puskesmas dan rumah sakit terdapat tim AIDS yang terdiri atas 2 hingga 10 orang nakes yang bertugas baik sebagai perawat, dokter CST, manajer kasus, konselor, petugas laboratorium dan tenaga farmasi. Selain pemeriksaan dalam gedung, puskesmas juga melakukan *mobile* VCT kepada kelompok populasi berisiko. KPA dan LSM fokus kepada penyuluhan dan sosialisasi kepada masyarakat dan penjangkauan serta melakukan *mobile* VCT. Sistem rujukan HIV dan AIDS pun sudah berjalan, jika penjangkauan dilakukan oleh LSM dapat dirujuk ke puskesmas untuk pemeriksaan. Selanjutnya jika tidak dapat ditangani ataupun harus masuk dalam pengobatan, maka pasien selanjutnya akan dirujuk ke rumah sakit untuk mendapat penanganan lebih lanjut dan persiapan pengobatan ARV. Setelah mendapat obat dari rumah sakit, maka kembali dirujuk ke puskesmas dan puskesmas berkoordinasi dengan petugas LSM penjangkau untuk tindak lanjut yaitu kepatuhan minum obat ARV dan konseling yang dikontrol oleh petugas penjangkau dari LSM. Hal ini dilakukan karena ODHA belum berani membuka status dan hanya mau berkomunikasi dengan petugas yang menjangkaunya.

Terkait layanan komprehensif berkesinambungan (LKB) sudah berjalan, meskipun belum optimal. Hal ini karena masih lemahnya koordinasi yang dilakukan oleh KPAD. Sedangkan dana luar negeri untuk program HIV dan AIDS di Kabupaten Manokwari lebih banyak kepada program-program peningkatan dan penguatan kapasitas SDM. Untuk layanan tes HIV di puskesmas dan rumah sakit, sebagian besar informan menyatakan bahwa penyakit

HIV dan AIDS bukan penyakit eksklusif sehingga tidak perlu terpisah, tetapi justru dalam penanganannya membutuhkan kerjasama dan koordinasi dengan semua bagian karena terkait dengan IO yang dialami oleh ODHA. Berikut kutipan wawancaranya:

"jadi ndak lagi ada ruangan khusus bagi penderita, tidak ada lagi karena saya yang mengubah begitu, kalo mungkin d jogja itu masih diruang sendiri" (Wawancara dengan dokter klinik AIDS RSUD)

"iya penyakit HIV dan AIDS nga eksklusif kok...Dia boleh masuk lewat poli mana saja" (Wawancara dengan PJ AIDS Puskesmas Wosi)

Sedangkan untuk pelayanan tes HIV dan *link to care* HIV sudah dilakukan di tingkatan pelayanan kesehatan dasar atau puskesmas. Mengingat epidemi HIV di Papua masuk dalam kategori tergeneralisasi pada populasi umum, sehingga setiap petugas kesehatan di setiap tingkatan layanan baik di tingkat dasar maupun lanjut wajib untuk menawarkan pemeriksaan HIV kepada setiap pasien yang datang ke layanan. Ini menunjukkan layanan tes HIV sudah masuk dalam tata kelola program IMS dan HIV di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten. Di tingkat puskesmas tes HIV wajib ditawarkan oleh petugas baik di poli umum, poli KIA, poli gigi, poli Tuberkulosis maupun kepada pasien rawat jalan dan rawat inap, demikian halnya di rumah sakit. Selain penjangkauan yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, dilakukan juga sosialisasi dan penyuluhan kepada kelompok masyarakat umum dan *mobile VCT*.

Terkait hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan layanan tes HIV dan *link to care*, salah satu petugas puskesmas mengeluhkan dana pendampingan pasien dan keterbatasan petugas untuk layanan tes HIV ini. Petugas yang ada saat ini pun, ada yang harus melakukan rangkap jabatan dalam memberikan pelayanan, mengingat keterbatasan tenaga kesehatan. Keterlibatan LSM lebih banyak pada upaya pencegahan dan promosi HIV dan AIDS serta mitigasi dampak, dibandingkan upaya pendampingan ODHA dan penjangkauan. Hal ini karena tidak ada mekanisme yang mengatur kerjasama antara puskesmas dan rumah

sakit dengan LSM terkait dengan layanan PDP. Program LSM masih sangat tergantung dari program yang ditetapkan oleh lembaga donor. Hambatan lainnya yaitu kesiapan puskesmas dalam pengobatan lanjutan ARV, di mana setelah pasien sudah menjalani pengobatan ARV pada tahap awal di rumah sakit maka akan dikembalikan ke puskesmas asal. Namun dari tujuh puskesmas yang telah memiliki layanan tes HIV, belum semuanya siap sebagai puskesmas inisiasi ARV karena masih terbatasnya tenaga kesehatan. Berikut kutipan wawancaranya:

"Itu yang menjad kendala di kami, karena kami setelah dinyatakan positif kami harus memberikan pendampingan sampai ke RSUD, ke poli paru setelah ternyata disana akan dilakukan kroscek ulang, pemeriksaan ulang...kalau dinyatakan memang positif lagi disana, baru mereka melakukan pengobatan, e pengobatan itu kami bawa iya toh...terus kami melakukan pendampi...PMOnya lewat keluarganya, pendampingannya...per bulan kami ambil ke Rumah sakit.... Nah disitulah makanya ada hal-hal yang menjadi kesulitan bagi kami, karena kami tidak cukup dana untuk pendampingan seperti itu" (Wawancara dengan PJ program di Puskesmas Masni)

b. Koordinasi dan rujukan

Integrasi komponen program dalam layanan kesehatan sudah ada dan berjalan, seperti integrasi antara KIA dengan gizi dan imunisasi, IMS dan *antenatal care* (ANC). Komponen yang diintegrasikan adalah program, data, tenaga dan manajemen program. Dalam mengintegrasikan program, ada hambatan yang ditemui diantaranya kompetensi tenaga, keterbatasan jumlah tenaga dan ego program yang masih ada, sehingga koordinasi menjadi kurang maksimal di level Dinkes sendiri.

Layanan tes HIV dikoordinir oleh Dinas Kesehatan. Layanan jangkauan kepada ODHA dan populasi kunci dilakukan juga oleh LSM berupa pencegahan penularan dan memberi konseling untuk ODHA dan keluarganya. Namun LSM hanya melayani ODHA yang menjadi jangkauannya karena tertutupan ODHA dengan yang petugas jangkauan yang lain. Ada koordinasi LSM dengan puskesmas dan rumah sakit berkaitan dengan pelayanan

ARV dan konseling untuk ODHA jangkauan LSM namun tetap di kontrol oleh Dinas kesehatan. ODHA yang telah menjalani pengobatan ARV, pada tahap awal akan didampingi oleh petugas kesehatan, namun jika ODHA sudah membuka statusnya kepada keluarga diharapkan ODHA memiliki PMO (Pengawas Minum Obat) yang dapat membantu mengingatkan jadwal minum obat dan pengambilan obat di fasyankes. Hal ini karena belum di semua puskesmas yang memiliki layanan VCT ada Kelompok Dukungan Sebaya (KDS), sehingga kemandirian ODHA dalam menjalani pengobatan masih sangat bergantung pada petugas kesehatan. Untuk mencegah terjadinya drop out dan kegagalan dalam pengobatan, tidak jarang petugas pendamping dari puskesmas selalu menghubungi melalui telepon untuk mengingatkan ODHA jadwal kembali untuk pengambilan obat di puskesmas. Berikut kutipan wawancaranya:

"Kemudian pasien HIV sendiri belum mau membuka diri, jadi untuk apa keluarga berperan untuk mengantar ke layanan belum, biasanya petugas yang menjemput dan mengantar kalo untuk wilayah kami" (wawancara dengan PJ Puskesmas Wosi)

Sedangkan untuk layanan di klinik VCT baik di puskesmas maupun di RSUD, ruang layanannya tidak berbeda jauh dengan poli lainnya, di mana setiap poli terpisah satu dengan lainnya, namun ruang perawatan dan ruang inap tidak dipisahkan, hanya ruang VCT saja yang memang terpisah. Petugas yang menjadi bagian dari tim layanan HIV di puskesmas, mengakui bahwa mereka tidak saja mengerjakan pelayanan di klinik VCT saja tetapi juga untuk penyakit lainnya seperti TB, Kusta, Malaria, dll, karena terbatasnya petugas maka mereka harus rangkap tugas layanan. Untuk layanan HIV dan AIDS ada insentif yang diterima, walaupun hanya sebatas uang transport petugas.

Kegiatan promotif terkait dengan HIV dan AIDS biasanya dilakukan oleh puskesmas bekerjasama dengan KPA maupun LSM. LSM khusus untuk melakukan pelatihan kepada ODHA, sedangkan penyuluhan kepada masyarakat umum dilakukan bersama dengan KPA.

c. Jaminan kualitas layanan

Salah satu upaya menjamin kualitas layanan adalah dengan supervisi dan bimbingan teknis. Supervisi dilakukan dengan periode waktu tertentu dan dilakukan berjenjang. Dinkes melakukan supervisi ke puskesmas satu tahun sekali, menurut salah satu informan supervisi yang dilakukan dari Dinkes ke puskesmas sesuai dengan bidang masing-masing. Berikut kutipan wawancaranya :

"e.. bimtek dengan supervisi itu dilakukan dengan masing-masing bidang ya, kalo saya di subbag bagian pelaporan dan evaluasi hampir sering turun ke puskesmas ya terutama dalam hal pencatatan dan pelaporan tadi ya Simpus itu kalo kita tidak dampingi teman-teman nanti merasa bosan ya mereka tau sehingga kita sering turun ke mereka yang belum jalan kita selalu pertanyakan kenapa tidak jalan, kita bimbing dan sebagainya itulah fungsinya bimbingan teknis ke unit layanan" (Wawancara dengan Kasubag Perencanaan Dinkes Kab.)

Berdasarkan hasil supervisi diketahui bahwa semua puskesmas belum memiliki Standar Operasional Pelayanan (SOP) dan terkait dengan etos kerja dari petugas kesehatan, pelaporan dan pelayanannya yang menurut Kadinkes belum maksimal. Dinkes saat ini sedang menggarap Standar Operasional Pelayanan (SOP) dan akreditasi puskesmas untuk tahun 2016 akan diuji coba dua puskesmas yaitu Puskesmas Pasir Putih dan Puskesmas Sanggeng baik untuk SOP dan akreditasinya. Selain itu juga dipersiapkan SDM, alkes dan bangunan sebagai bagian penting untuk mendukung akreditasi puskesmas. Sedangkan RSUD telah terakreditasi C. Berikut kutipan wawancaranya:

"SOP baru kita mau garap. SOP terus terang saya bilang kita baru mau garap karna baru mau puskesmas ini yang mau kita akreditasi. Itu baru contohnya baru dua yang kita usulkan 2016, yang di sanggeng dan pasir putih. Itu yang kita sudah kejar SOP dua-dua itu baru, tim SOP dari dinas untuk memenuhi SOP ada yang saya turunkan ke puskesmas untuk membimbing kerjasama itu. Dan juga kan kita dulu dibantu, tapi tidak sempurna, dibantu oleh apa AIPD itu. Tidak terlalu sempurna karna asal pelatihan begitu saja nga terlalu nyimak. Kendala memang kalo kita supervisi ke puskesmas memang kita melihat etos kerja, trus ya laporannya,

trus pelayanannya" (Wawancara dengan Kadinkes Kab.)

Sedangkan supervisi yang dilakukan terkait layanan tes HIV dan program *link to care* HIV, menurut salah satu informan berkaitan dengan komunikasi dalam pelaksanaan program yang terlambat, sehingga seringkali terjadi perubahan mekanisme layanan maupun kebijakan di tingkat pusat, namun karena terlambat disampaikan ke daerah, sehingga temuan di lapangan layanan yang diberikan tidak sesuai dengan kebijakan yang baru. Berikut kutipan wawancaranya :

"jadi selama ini yang sudah berjalan sa lihat sudah cukup baik lah artinya dari level atas dari kementrian provinsi kabupaten sampai ke ujung tombak layanan tapi memang di beberapaa level belum ada keseragaman gitu, misalnya ada dari kementrian misalnya ada perubahan secara teknis perubahan misalnya untuk pemeriksaan keyagen ini terkadang tidak ada pemberitahuan, terus tiba-tiba disampaikan bahwa tidak bisa menggunakan ini padahal kami terus menggunakan ini misalnya alat keyagen kita sudah harus ganti tetapi itu tidak pernah disampaikan nanti ketika datang supervise, lho kenapa kalian masih menggunakan ini? lho kapan kalian sampaikan kita harus menggunakan yang ini jadi ada miskomunikasi terkait perubahan kebijakan dari level atas ke bawah itu" (Wawancara dengan PIC AIDS Dinkes)

Survey kepuasan juga belum pernah dilakukan baik di puskesmas maupun di rumah sakit, namun tersedia kotak saran di setiap fasyankes yang sudah di koordinasikan ke Dinkes. Akan tetapi dari saran dan masukan yang masuk dalam kotak saran belum ditanggapi oleh Dinkes. Bantuan yang diberikan kepada ODHA sebagian besar adalah bantuan untuk mitigasi dampak, seperti bahan makanan dan uang transport yang biasanya dilakukan oleh Dinsos maupun LSM, walaupun tidak rutin. Menurut salah satu petugas puskesmas, bantuan yang diberikan seringkali tidak sesuai dengan kebutuhan ODHA seperti makanan mi instan dan makanan lainnya yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi ODHA. Sedangkan bantuan teknis kepada petugas biasanya berupa pelatihan dari CHAI dan *Movev* yang dilakukan

oleh Dinkes setiap enam bulan sekali. Pelatihan kepada ODHA juga diberikan oleh LSM terkait dengan pemberdayaan ekonomi.

7) Partisipasi masyarakat

Partisipasi masyarakat secara aktif dalam pembangunan kesehatan mutlak diperlukan, karena masyarakat tidak saja menjadi objek namun juga subjek pelayanan kesehatan. Penilaian partisipasi masyarakat dapat terlihat dalam berbagai kegiatan baik perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan. Salah satunya adalah dengan Musrenbang. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa Musrenbang sudah mencerminkan forum aspirasi masyarakat, namun tidak banyak dimanfaatkan. Sedangkan keterlibatan masyarakat nampak dengan keterlibatan langsung dalam upaya promosi atau hadir dalam sosialisasi, aktif sebagai kader posyandu balita dan lansia di masing-masing wilayah. Sedangkan untuk keterlibatan dalam perencanaan penanggulangan HIV dan AIDS menurut salah seorang pendamping LSM Mikotepmos menjelaskan bahwa keterlibatan masyarakat dengan pembentukan pokja penanggulangan AIDS di setiap wilayah bahkan di gereja dan masjid yang anggotanya adalah masyarakat sendiri, mereka selalu menyampaikan data hasil penjangkauan dan memberikan pelaporan kegiatan yang telah dilakukan kepada LSM pendamping. Berikut kutipan wawancaranya:

"mereka sangat berkontribusi terhadap program pencegahan ini dan salah 1 hasil yang nampak adalah bahwa kasus di wilayah klasis ransiki karena kebetulan kordinator wilayah ransiki adalah juga kordinator PW tingkat wilayah klasis ransiki sudah dibentuk komisi penanggulangan HIV di tingkat klasis. Sedangkan ditingkat muslim di MUI wilayah manokwari selatan juga sudah dibentuk untuk komisi penanggulangan HIV dan itu semua masyarakat yang terlibat dalam program ini. Mereka terlibat dalam penyampaian data yang mereka kan jangka kemudian mereka juga setiap bulan mengirimkan laporan sehingga itu sekaligus itu kami monitoring dan evaluasi kinerja mereka setiap bulan itu pada laporan indikator yang mereka kirim setiap bulan kepada kami e program yayasan" (Wawancara dengan Pendamping LSM Mikotepmos)

Terkait peran KPA, hasil wawancara menunjukkan jawaban informan yang beragam. Ada yang menyatakan KPA sebagai forum multi pihak, forum pertemuan khusus untuk populasi kunci, juga KPA hanya berperan sebagai distributor kondom. Namun sebagai lembaga koordinator, belum optimal dalam mengkoordinasi berbagai kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS. Bahkan menurut Kadinkes, KPA seharusnya aktif dalam pertemuan-pertemuan terkait dengan SKPD terkait, namun dalam setahun terakhir pertemuan hanya dilakukan satu kali. Demikian juga dalam perannya sebagai forum aspirasi dari kelompok populasi kunci, dinilai belum optimal, ini ditunjukkan belum banyak terbentuk Kelompok Dukungan Sebaya (KDS), walaupun ada lebih banyak karena peran LSM dan petugas puskesmas sebagai pendamping ODHA. Keaktifan ODHA belum nampak, karena mereka masih sangat tertutup mengingat masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Partisipasi masyarakat umum terkait HIV dan AIDS juga masih terbatas karena pengetahuan masyarakat tentang penyakit HIV dan AIDS. Ini ditunjukkan masih belum banyak masyarakat yang mau melakukan tes HIV, penjangkaran lebih banyak dilakukan melalui KTIP.

C. Tingkat Integrasi Layanan *Link to Care* dan tes HIV ke dalam Sistem Kesehatan

1) Manajemen dan regulasi

Tingkat integrasi untuk sub-sistem manajemen regulasi terdiri dari tiga dimensi yaitu regulasi, formulasi kebijakan dan akuntabilitas dan daya tangkap. Untuk dimensi regulasi, diketahui bahwa terintegrasi penuh dengan sistem kesehatan. Berdasarkan dimensi regulasi, isu HIV dan AIDS telah masuk dalam Renstra Dinas Kesehatan Tahun 2011–2016 yang disusun berdasarkan RPJMD Kabupaten Manokwari, sehingga tersedia anggaran baik untuk Dinkes maupun KPAD. Alokasi anggaran untuk KPA tahun 2015 sebesar Rp 350 juta, sedangkan

untuk Dinkes dana terkait PDP yaitu layanan tes HIV dan *link to care* menjadi bagian dari dana pencegahan dan pengendalian penyakit menular yang dikelola oleh Dinkes.

Sedangkan untuk dimensi formulasi kebijakan terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan. Proses pengembangan program baik perencanaan, penganggaran, alokasi dana dan pertanggungjawaban belum sepenuhnya menggunakan mekanisme yang ada dalam sistem kesehatan. Perumusan kebijakan terkait HIV dan AIDS berdasarkan data epidemi HIV dan AIDS dengan mengacu pada sistem informasi yang tersedia. Namun dalam pelaksanaannya, Dinkes dan puskesmas hanya menjalankan program yang berasal dari Kementerian Kesehatan, termasuk layanan tes HIV. Puskesmas hanya membuat perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan farmasi untuk kebutuhan layanan tes HIV dan *link to care*.

Terkait dimensi akuntabilitas dan daya tanggap program penanggulangan HIV dan AIDS diketahui tidak terintegrasi dengan sistem kesehatan. Jika dalam proses monitoring dan evaluasi program kesehatan secara umum, ada keterlibatan masyarakat seperti dalam Musrenbang yang sudah mencerminkan kebutuhan masyarakat. Namun tidak demikian dengan program penanggulangan HIV dan AIDS, terkait dengan layanan tes HIV diketahui masyarakat masih belum berpartisipasi secara aktif. Demikian halnya dengan kelompok ODHA, belum banyak terlibat dalam kegiatan monitoring dan evaluasi program. Hal ini karena mereka belum terbentuk dalam KDS. Masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA, membuat ODHA tertutup dan belum terlibat secara aktif. Hal ini dilatarbelakangi belum meluasnya penyebaran informasi tentang HIV dan AIDS melalui komunikasi informasi dan Edukasi (KIE) kepada masyarakat luas.

Berdasarkan penilaian dari ketiga dimensi baik itu regulasi, akuntabilitas dan formulasi kebijakan, maka dapat disimpulkan bahwa untuk sub-sistem manajemen dan regulasi program *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan. Integrasi

yang ada hanya di tingkat regulasi tertulis saja, sedangkan dari sisi proses formulasi juga terinterasi sebagian, namun untuk akuntabilitasnya masih belum ada integrasi.

2) Pembiayaan

Tingkat integrasi sub-sistem pembiayaan kesehatan terdiri atas dimensi pengelolaan sumber pembiayaan, dimensi penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran, dimensi pembayaran layanan. Untuk dimensi pengelolaan sumber pembiayaan, diketahui pemerintah daerah mengkoordinir dan mengelola berbagai sumber pembiayaan untuk program penanggulangan HIV dan AIDS baik yang berasal dari pemerintah maupun yang non pemerintahan. Jika dibandingkan, dana penanggulangan HIV dan AIDS lebih besar berasal dari pemerintah. Sumber dana yang berasal dari pemerintah diantaranya APBD maupun APBN. Secara khusus, dana APBD untuk program *link to care* HIV melalui Dinkes, menjadi bagian dari dana penanggulangan HIV dan AIDS seperti pelaksanaan *mobile* VCT, pengendalian ODHA ke tempat asal, pelatihan persiapan ODHA kembali ke masyarakat, penyuluhan IMS, HIV dan AIDS, pelatihan VCT dan PMTCT. Sedangkan sumber pendanaan dari non pemerintah seperti lembaga donor, sebagian besar mengelola dan mengkoordinir dananya sendiri dan hanya melibatkan pemerintah dalam bentuk program penguatan kapasitas SDM dan manajemen yang terkait dengan program HIV dan AIDS seperti dari CHAI dan AIPD Compact. Selain Dinkes, dana penanggulangan HIV dan AIDS bersumber APBD juga tersedia di KPA dan SKPD terkait yang menjadi bagian dari pokja penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Manokwari, namun karena kurangnya koordinasi oleh KPA sehingga belum mampu mengoptimalkan pengelolaan sumber dana yang ada. Berdasarkan analisis ini, maka dapat disimpulkan bahwa untuk dimensi pengelolaan sumber pembiayaan terkait program *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan.

Mata anggaran terkait layanan tes HIV dan program *link to care* memang tidak spesifik ada dalam APBD tahun 2014, namun digabung bersama dengan program pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular lainnya seperti TB, diare dan kusta. Kegiatan yang terkait dengan program *link to care* HIV yang masuk dalam APBD diantaranya pelaksanaan *mobile* VCT, pengendalian ODHA ke tempat asal, pelatihan persiapan ODHA kembali ke masyarakat, penyuluhan IMS, HIV dan AIDS, pelatihan VCT dan PMTCT. Jika dibandingkan proporsi anggaran, lebih banyak kepada upaya pencegahan dibandingkan dengan PDP. Sedangkan dana yang terdapat di KPA juga tidak banyak dimanfaatkan untuk efektifitas program, dari Rp 350 juta total anggaran untuk KPA tahun 2014, hanya Rp 100 juta atau 28,5% penyerapan anggaran. Berdasarkan analisis tersebut, maka dapat disimpulkan untuk dimensi penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran terkait program *link to care* HIV adalah terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan.

Sebagian besar masyarakat di Kabupaten Manokwari sudah dapat memanfaatkan jaminan kesehatan untuk mengakses layanan kesehatan masyarakat baik di puskesmas maupun di rumah sakit. Namun belum semua masyarakat, karena masih terkendala dengan premi dan terkait administrasi kependudukan seperti KTP dan KK. Demikian halnya untuk layanan terkait dengan HIV dan AIDS, juga sudah dicover oleh JKN maupun Jamkesda, walaupun belum seluruhnya. Untuk tes HIV dapat diakses secara gratis oleh masyarakat, dapat dilakukan tanpa perlu memiliki JKN maupun Jamkesda, baik di fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas maupun rumah sakit atau melalui *mobile* VCT. Sedangkan untuk pemeriksaan dasar dan penunjang seperti fungsi ginjal dan hati, juga pemeriksaan CD4 dan viral load sebagai bagian dari persiapan pengobatan, tidak masuk dalam jaminan kesehatan, sehingga ODHA perlu mengeluarkan sejumlah uang. Namun untuk pengobatan ARV maupun infeksi oportunistik dapat dicover oleh JKN, sehingga untuk layanan tes HIV dan *link to care* secara umum layanannya belum seluruhnya

dapat diakses dengan mekanisme pembayaran layanan mengikuti sistem kesehatan yang ada. Berdasarkan analisa tersebut maka dapat disimpulkan bahwa dimensi pembayaran layanan terkait layanan tes HIV dan *link to care* terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan.

Berdasarkan analisis dimensi-dimensi dalam sub-sistem pembiayaan, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa sub-sistem pembiayaan layanan tes HIV dan *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan, di mana secara umum mekanisme pembayaran layanan belum sepenuhnya mengikuti sistem jaminan kesehatan yang ada, karena tidak semua kebutuhan layanan tercover dalam BPJS maupun Jamkesda sehingga ODHA harus mengeluarkan sejumlah uang untuk pembayaran layanan. Demikian halnya dengan dimensi pengelolaan sumber pembiayaan dan dimensi dimensi penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran yang terintegrasi sebagian. Perencanaan dan penganggaran masih belum ada koordinasi yang baik dan penganggarnya masih belum disesuaikan dengan kebutuhan yang ada di lapangan.

3) Sumber Daya Manusia

Analisis tingkat integrasi sub-sistem SDM kesehatan dapat dinilai berdasarkan dimensi kebijakan dan sistem manajemen, dimensi pembiayaan dan dimensi kompetensi SDM. Pelaksanaan layanan tes HIV dan *link to care* lebih menitikberatkan kepada peran dan tanggungjawab SDM kesehatan pemerintah dibanding yang non pemerintah. Tidak ada regulasi dan kebijakan yang mengatur pengelolaan SDM yang terlibat dalam pelayanan tes HIV dan *link to care* HIV baik untuk kompetensi maupun penempatan atau mutasi karena sepenuhnya menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan. Sedangkan untuk pengembangan kapasitas SDM dan hubungan kerja dengan non pemerintah, diketahui ada kerjasama dengan MPI melalui program-program peningkatan dan pengembangan kapasitas SDM terkait dengan layanan HIV dan AIDS, seperti pelatihan pencatatan dan

pelaporan data kasus HIV dan pelatihan konselor. SDM dari lembaga non pemerintah hanya terlibat dalam pencegahan seperti penyuluhan dan sosialisasi tentang HIV dan AIDS, juga dalam penjangkauan terhadap kelompok populasi berisiko, namun hubungan kerjasamanya tidak menetap dan sewaktu-waktu dapat berhenti atau mengundurkan diri, karena tidak adanya regulasi yang mengatur. Hubungan kerjasama yang terjalin lebih situasional dan tergantung lembaga donor. Oleh karena itu, maka dapat disimpulkan bahwa dimensi kebijakan dan sistem manajemen layanan tes HIV dan *link to care* terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan.

Pembiayaan pengelolaan SDM untuk layanan tes HIV dan *link to care* HIV sepenuhnya menggunakan pembiayaan di sektor kesehatan. Selain gaji, petugas kesehatan juga memperoleh insentif yang bersumber dari dana otonomi khusus, walaupun jumlahnya terbatas dan insentif yang diberikan berupa uang transport. Insentif diberikan karena petugas harus mengantar pasien yang melakukan rujukan ke rumah sakit dan pendampingan pada tahap awal pengobatan ARV. Sedangkan untuk SDM non pemerintah dibiayai oleh lembaganya sendiri dengan sumber dana sangat bergantung dari lembaga donor. Oleh karenanya, dapat disimpulkan bahwa dimensi pembiayaan SDM untuk layanan tes HIV dan program *link to care* HIV terintegrasi penuh dengan sistem kesehatan.

Dimensi kompetensi SDM terkait layanan tes HIV dan *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan. Peningkatan kemampuan SDM dilakukan dengan pelatihan kepada tenaga kesehatan. Walaupun ada anggaran yang dialokasikan untuk peningkatan kapasitas petugas layanan terkait program *link to care*, namun jumlahnya lebih kecil dibanding dana donor. Pelatihan kepada nakes yang diberikan seperti pelatihan konselor, pelatihan PMTCT, pelatihan PITC, pelatihan reporting and report,dll. Walaupun kendalanya masih kekurangan nakes dan nakes yang telah dilatih sering dimutasi karena pemekaran wilayah pemerintahan, sehingga dapat disimpulkan

bahwa untuk dimensi kompetensi SDM terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan secara umum.

Berdasarkan analisis dimensi diketahui sub-sistem SDM kesehatan untuk program *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan. Untuk pembiayaan SDM terintegrasi penuh, sedangkan kompetensi SDM, dimensi kebijakan dan sistem manajemen terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan.

4) Informasi strategis

Berdasarkan sinkronisasi sistem informasi terkait dengan layanan tes HIV dan program *link to care* HIV diketahui bahwa data yang dihasilkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit khusus untuk HIV dan AIDS menggunakan sistem informasi SIHA. Data yang dihasilkan diantaranya data jumlah yang melakukan tes HIV, data jumlah hasil tes positif, data jumlah yang dirujuk, data jumlah yang menerima ARV, data yang patuh minum ARV dan data yang gagal maupun pindah. Semua data layanan ini sudah masuk dalam SIHA yang tersedia dan telah dipakai oleh puskesmas maupun di rumah sakit. SIHA sendiri telah diintegrasikan dalam program Sistem Informasi Kesehatan (Siknas) di bawah naungan Kemenkes. Tetapi terkait dengan data penjangkauan dan pendampingan populasi kunci maupun ODHA yang sebagian besar dilakukan oleh LSM tidak diakomodasi dalam SIHA. LSM lebih banyak menggunakan sistem informasi yang dimiliki oleh lembaga donor. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa dimensi sinkronisasi sistem informasi untuk program *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan secara umum.

Data yang dihasilkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan terkait dengan layanan tes HIV dan *link to care* HIV telah digunakan untuk perencanaan dan pengembangan program HIV di daerah. Hal ini ditunjukkan dengan data dari layanan telah dimanfaatkan dalam pemetaan epidemi HIV di Kabupaten Manokwari dan perencanaan kebutuhan obat dan alkes

untuk ODHA. Dinkes bertanggung jawab untuk merilis data kasus HIV dan AIDS, yang menjadi data rujukan yang tidak hanya dibutuhkan oleh Dinkes sendiri tapi juga dapat diakses oleh instansi lain dan masyarakat. Walaupun diakui oleh Kasubag PE Dinkes bahwa belum maksimal dalam pengelolaan datanya di setiap puskesmas dan terkendala dengan kemampuan SDM dalam mengelola data. Sedangkan untuk diseminasi data HIV dan AIDS tidak semua data dapat didiseminasikan kepada publik, hanya jumlah dan persentasenya saja. Berdasarkan analisis ini, maka dapat disimpulkan bahwa dimensi diseminasi dan pemanfaatan informasi terkait layanan tes HIV dan program *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan secara umum.

Berdasarkan analisis dimensinya maka dapat disimpulkan bahwa sub-sistem informasi strategis terkait layanan tes HIV dan program *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan secara umum.

5) Penyediaan farmasi dan alkes

Penilaian tingkat integrasi sub-sistem penyediaan farmasi dan alat kesehatan dalam program *link to care* HIV dengan sistem kesehatan dinilai berdasarkan beberapa dimensi. Dimensi regulasi penyediaan, penyimpanan material, diagnostik dan terapi terkait layanan tes HIV dan program *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan. Untuk reagen, jarum suntik dan obat IO baik itu penyediaan dan penyimpanan masuk dalam perencanaan Dinkes, sedangkan ARV tidak. Hal ini karena ARV penyalurannya dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan didistribusi melalui Dinkes Provinsi untuk selanjutnya ke rumah sakit. Sedangkan untuk kondom penyediaan dan penyimpanannya menjadi tanggung jawab KPAD, yang selanjutnya didistribusi ke fasilitas pelayanan kesehatan yaitu puskesmas dan rumah Sakit. Berdasarkan kondisi ini maka dapat disimpulkan bahwa dimensi regulasi penyediaan dan, penyimpanan, diagnostik dan terapi terkait layanan HIV dan program *link to care* HIV

terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan secara umum.

Sumber pembiayaan untuk penyediaan, penyimpanan, dan distribusi obat dan perlengkapan medik untuk layanan tes HIV dan program *link to care* HIV tidak semua ada di dalam anggaran dinas kesehatan atau ditanggung oleh JKN. Contohnya, untuk obat IO dan IMS sebagian besar didanai oleh APBD, sehingga penyediaan, penyimpanan dan distribusinya sesuai dengan peraturan penyediaan obat lainnya. Untuk ARV, sumber dayanya berasal dari Kementerian Kesehatan yang didukung oleh lembaga donor, sehingga tidak masuk pembiayaan daerah. Sedangkan untuk kondom ada regulasi yang berbeda dan belum diatur sesuai peraturan penyediaan obat dan alkes lainnya. Hal ini karena penyediaan kondom didanai oleh donor/MPI dan alur distribusi yang berbeda, yaitu melalui KPAD. Oleh karena itu untuk dimensi sumber daya terkait dengan layanan tes HIV dan program *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan secara umum.

Berdasarkan analisis sub-sistem penyediaan farmasi dan alkes terkait layanan tes HIV dan *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan.

6) Penyediaan layanan

Dimensi ketersediaan layanan terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan, di mana untuk layanan tes HIV sudah tersedia di tujuh puskesmas dari 22 puskesmas yang ada di Kabupaten Manokwari ditambah dua rumah sakit yaitu RSAL dan RSUD. Namun untuk menjangkau wilayah yang lebih luas, juga ditunjang dengan *mobile* VCT. Jika dilihat berdasarkan kuantitas, jumlah klinik VCT masih sedikit. Namun untuk ketersediaan layanan, sudah cukup lengkap, mulai dari tes HIV, pemeriksaan dasar, pengobatan IO dan IMS tersedia. Walaupun fasilitas pelayanan kesehatan primer belum menyediakan pelayanan untuk program *link to care* HIV secara komprehensif sampai pada pengobatan,

karena masih perlu dirujuk ke RSUD sebagai satu-satunya fasilitas kesehatan yang menyediakan ARV untuk Kabupaten Manokwari. Oleh karena itu, untuk tahun 2016 menurut Kadinkes akan dilakukan percobaan inisiasi ARV di tiga puskesmas yaitu Puskesmas Warmare, Puskesmas Prafi dan Puskesmas Masni. Hal ini dilakukan untuk mendekatkan pelayanan pengobatan ARV kepada pasien. Sedangkan pendampingan dan kepatuhan minum obat bisa dilakukan oleh petugas puskesmas ataupun LSM penjangkau, tergantung pada ODHA itu sendiri. Mengingat belum banyak terbentuk KDS ODHA yang menjadi sarana ODHA untuk saling mendukung dan berbagi pengalaman dalam pelayanan dan pengobatan ARV.

Dimensi rujukan dan koordinasi terkait layanan tes HIV dan program *link to care* HIV menunjukkan integrasi sebagian dengan sistem kesehatan secara umum. Layanan tes HIV hanya terbatas di puskesmas dan rumah sakit yang menyediakan layanan tes HIV, itu pun jumlahnya masih terbatas. Sedangkan untuk pengobatan ARV terpusat di rumah sakit daerah. Pendampingan pengobatan dilakukan baik oleh petugas kesehatan di puskesmas, petugas penjangkau maupun petugas RSU. Namun tetap di bawah koordinasi dari Dinkes. Sedangkan koordinasi yang dilakukan oleh KPA hanya sebatas mengetahui jumlah ODHA yang menjalani pengobatan ARV, KPA lebih menitikberatkan kepada program pencegahan seperti distribusi kondom dan KIE yang pelaporannya juga dikoordinasikan kepada Dinkes. KPA dalam setahun terakhir hanya 1 kali melakukan pertemuan koordinasi dengan SKPD terkait sehingga diakui masih belum optimal perannya sebagai lembaga yang mengkoordinir program penanggulangan HIV dan AIDS di daerah.

Dimensi jaminan kualitas layanan untuk program *link to care* HIV, diketahui ada mekanisme supervisi untuk menjamin kualitas program *link to care* HIV dan layanan tes HIV, sama dengan mekanisme dalam pelayanan kesehatan lainnya. Walaupun supervisi yang dilakukan tidak secara khusus pada penyakit tertentu ataupun bagian tertentu, tapi dilakukan

secara umum, karena belum terbentuk tim supervisi untuk program *link to care* HIV. Supervisi dilakukan oleh Dinkes kepada puskesmas dan rumah sakit yang menyediakan layanan tes HIV dengan periode 1 tahun sekali. Supervisi juga dilakukan oleh lembaga donor kepada LSM terkait dengan capaian program. Sedangkan KPA tidak pernah melakukan *move* terkait program di fasyankes. Hal ini menunjukkan dimensi jaminan kualitas layanan terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan secara umum.

Berdasarkan analisis dimensi ketersediaan layanan, dimensi rujukan dan koordinasi, dimensi jaminan kualitas layanan untuk layanan tes HIV dan *link to care* HIV, maka dapat disimpulkan untuk sub-sistem penyediaan layanan terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan secara umum.

care HIV. Oleh karena itu, berdasarkan analisis dari dimensi-dimensi yang ada, disimpulkan bahwa sub-sistem partisipasi masyarakat untuk tes HIV dan program *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan secara umum.

Secara garis besar tingkat integrasi untuk setiap sub-sistem dan dimensi kesehatan ditunjukkan dalam **tabel 23**.

D. Faktor-faktor yang Memengaruhi Integrasi

Faktor –faktor yang memengaruhi tingkat integrasi diidentifikasi dari analisis tentang konteks kebijakan layanan tes HIV dan *link to care* HIV yang mencakup konteks politik, ekonomi, hukum dan permasalahan kesehatan.

7) Partisipasi masyarakat

Berdasarkan tingkat partisipasi masyarakat untuk layanan tes HIV, memang masih rendah. Layanan tes HIV secara sukarela lebih sedikit dibanding dengan inisiatif atau rujukan petugas kesehatan maupun LSM. Walaupun demikian partisipasi masyarakat untuk terlibat dalam penanggulangan HIV dan AIDS sudah cukup baik. Hal ini ditunjukkan dengan terbentuknya pokja-pokja penanggulangan HIV dan AIDS baik itu dalam komunitas keagamaan seperti di gereja maupun masjid, maupun komunitas di sekolah dan lingkungan masyarakat. Sedangkan keterlibatan populasi kunci dan ODHA masih terbatas dalam kelompok mereka sendiri, seperti untuk wanita pekerja seks (WPS) aktif dalam organisasi OPSI (Organisasi Perubahan Sosial Indonesia), sedangkan untuk ODHA masih belum banyak terbentuk KSD, sehingga mereka lebih tertutup dan tidak banyak terlibat dalam program penanggulangan HIV dan AIDS. Sekalipun mereka terlibat, namun keterlibatan mereka hanya sebagai partisipan dalam kegiatan dan tidak terlibat secara strategis dalam proses perencanaan dan evaluasi program terkait dengan layanan tes HIV dan program *link to*

1) Konteks politik

Pembangunan sektor kesehatan menjadi salah satu prioritas pemerintah daerah Kabupaten Manokwari yang tertuang dalam RPJMD tahun 2011-2016. Upaya peningkatan kualitas pelayanan dilakukan dengan mendekatkan pelayanan kepada masyarakat melalui dokter yang turun ke pelosok. Program ini dilakukan dengan alasan masyarakat masih sulit mengakses layanan kesehatan karena tinggal di daerah yang terpencil dan sulit menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, masalah kesehatan ibu dan anak (KIA), perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) serta penyakit-penyakit menular seperti tuberkulosis, malaria, diare dan HIV juga masih menjadi prioritas kesehatan.

Secara khusus untuk penanggulangan masalah HIV dan AIDS, dukungan pemerintah dilakukan dengan masuknya isu penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam RPJMD tingkat kabupaten. Ini secara otomatis menjamin adanya alokasi anggaran dari APBD terkait dengan penanggulangan HIV dan AIDS termasuk layanan tes HIV dan program *link to care* HIV. Bentuk komitmen pemerintah daerah lainnya, yaitu penguatan kelembagaan Komisi

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

p Terintegrasi penuh y Tidak terintegrasi .. Terintegrasi Sebagian

Tabel 23. Penilaian Tingkat Integrasi Sub-Sistem Kesehatan

Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) melalui SK Bupati No. 402/2004, kemudian mengalami perubahan lagi pada tahun 2006 melalui Kepres No 75 Tahun 2006, yang saat ini diketuai oleh Bupati dan memiliki alokasi anggaran sendiri yang bersumber dari APBD. Penguatan kelembagaan dan alokasi anggaran untuk KPAD bertujuan untuk mengoptimalkan kinerja KPAD dalam melakukan koordinasi berbagai program pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS, termasuk layanan tes HIV dan program *link to care* HIV melalui pokja-pokja penanggulangan HIV dan AIDS yang telah terbentuk baik itu di SKPD maupun dalam komunitas masyarakat. Dasar hukum pembentukan pokja penanggulangan HIV dan AIDS dan keterlibatan SKPD dan instansi terkait termuat dalam Peraturan Pemerintah No. 20 Tahun 2007, di mana keanggotaannya terdiri atas Dinkes, Dinsos, Dinas Nakertrans,

Pemberdayaan Anak dan Perempuan, Dinas Perhubungan, dan Kepolisian.

Namun sayangnya, KPAD Kabupaten Manokwari secara struktural memiliki komposisi yang berbeda, di mana terjadi dualisme kepemimpinan dalam KPAD. Kondisi ini berdampak terhadap perencanaan dan penganggaran dalam KPAD sehingga mengalami keterlambatan penganggaran program. Berikut kutipan wawancaranya

“iya memang kita agak sedikit berbeda jadi tidak sesuai dengan struktur organisasinya yang di pakai di seluruh Indonesia. ketua pelaksanaan harian harusnya wakil bupati yang definitive nah ini yang terjadi seperti ada 2 kepemimpinan gitu jadi ketua umumnya bapak bupati, wakil ketua sekretaris, trus wakil ketua harusnya bapak wakil bupati yang aktif, tetapi yang terjadi adalah wakil bupati yang sudah pensiun, iya gitu sehingga komunikasi kordinasi kadang-kadang tidak sampai”(Wawancara dengan PIC AIDS Dinkes)

Keberhasilan pembangunan sektor kesehatan tidak terlepas dari dukungan lembaga internasional melalui berbagai bentuk kerjasama. Walaupun kehadiran mereka tetap berada di bawah pengawasan pemerintah daerah. Lembaga internasional yang bekerjasama dengan pemerintah Kabupaten Manokwari dalam sektor kesehatan diantaranya UNICEF, HCPI, CHAI dan Compact AIPD. Khusus untuk program HIV dan AIDS diantaranya HCPI dan CHAI yang sampai saat ini masih ada, sedangkan GF sudah berakhir. Dukungan MPI menitikberatkan kepada penguatan kapasitas SDM pengelola program dan layanan di fasyankes, serta manajemen pengelolaan program baik itu di lembaga pemerintah maupun non pemerintah.

Desentralisasi yang terjadi selama ini memberikan pengaruh positif pada sektor kesehatan, karena desentralisasi membuat daerah mampu membuat kebijakan dan program kesehatan sendiri dengan kemampuan keuangan daerah, diantaranya Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), pengangkatan dokter PTT untuk menjangkau daerah yang masih terpencil dan persiapan puskesmas menjadi puskesmas inisiasi ARV bagi ODHA. Dampak positif lainnya dari desentralisasi yaitu adanya kebijakan

otonomi khusus yang juga berpengaruh pada upaya penanggulangan HIV dan AIDS dengan hadirnya Undang-undang Otsus No.21 Tahun 2001 yang mengkhususkan Provinsi Papua dan Papua Barat dalam mengelola dana otonomi khusus. Dana otsus ini juga dialokasikan untuk upaya penanggulangan HIV dan AIDS seperti pembelian alkes habis pakai dan obat-obatan infeksi oportunistik. Namun untuk layanan tes HIV dan program *link to care* HIV sebagian besar masih mengandalkan inisiatif program dari pusat, sehingga daerah hanya menjalankan saja.

Dampak negatif dari desentralisasi, diantaranya kewenangan pimpinan daerah dalam mengambil keputusan khususnya dalam proses *take over* pegawai menyebabkan proses mutasi tenaga kerja di Kabupaten Manokwari begitu mudah dilakukan karena tergantung kepala daerah dan bisa ditempatkan di mana saja tanpa memperhatikan spesifikasi jabatan tertentu. Hal ini cukup berdampak pada upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Manokwari yang relatif tidak berlanjut akibat pindahnya sumber daya manusia yang telah terlatih ke beberapa daerah pemekaran serta program kerja yang telah direncanakan dengan baik oleh beberapa pemangku kepentingan menjadi terhambat, bahkan tidak berjalan karena pergantian jabatan atau orang baru yang menduduki posisi di beberapa instansi pemangku kepentingan HIV dan AIDS di Manokwari.

Secara garis besar kebijakan politik pemerintah daerah terhadap penanggulangan HIV dan AIDS termasuk layanan tes HIV dan program *link to care* HIV sudah cukup baik. Hal ini ditunjukkan dengan masuknya isu pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam RPJMD tahun 2011–2016 yang secara otomatis berdampak terhadap adanya alokasi anggaran untuk pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS, termasuk *link to care* HIV. Namun KPAD belum optimal dalam mengkoordinir pokja-pokja penanggulangan HIV dan AIDS yang ada, karena terjadi dualisme kepemimpinan dan kepedulian pimpinan daerah terhadap isu HIV dan AIDS dan keseriusan

pemerintah daerah sangat tergantung pada interest-nya pemegang jabatan pada isu HIV dan AIDS.

2) Konteks ekonomi

Situasi ekonomi masyarakat berdampak terhadap kesehatan, di mana terjadi peningkatan pendapatan asli daerah (PAD) yang cukup signifikan. Jika dibandingkan dengan tahun 2011, realisasi total pendapatan Pemerintah Daerah Kabupaten Manokwari pada tahun 2012 mengalami peningkatan hingga mencapai 40,42%. Peningkatan ini menandakan adanya kemajuan perekonomian di Kabupaten Manokwari dan mampu memenuhi kebutuhan rutinnya dari dari PAD, termasuk kebutuhan di sektor kesehatan. Alokasi anggaran sektor kesehatan untuk tahun 2015 bersumber dari APBD dibagi dua yaitu untuk Dinkes dan RSUD Manokwari. Untuk Dinkes total anggaran sebesar Rp 53.138.804.657 sedangkan untuk RSUD sebesar Rp 35.011.212.169. Jumlah ini menurut Kadinkes sudah mencapai 6-7% dari total APBD Kabupaten Manokwari. Berikut kutipan wawancaranya:

“kalo total anggaran itu (diam sejenak) karna kalo bicara kesehatan rumah sakit juga harus masuk gitu, (diam sejenak) mungkin sekitar 7- 8% dengan gabung dengan rumah sakit ya, Otsus begitu juga 15 % baru bagi 2. Biasanya saya lebih banyak karna kan harus mengurus bagaimana orang supaya jangan masuk rumah sakit ya, dengan pencegahan, promosi kesehatan dan sebagainya gitu”(Wawancara dengan Kadinkes Kab. Manokwari)

Selain bersumber dari APBD, juga tersedia dana dari Kementerian Kesehatan berupa dana Tugas Pembantuan (TP) sebesar Rp 20 milyar. Sedangkan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan dana Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) langsung diberikan kepada puskesmas. Namun jika dibandingkan, alokasi anggaran untuk sektor kesehatan besar berasal dari APBD dibandingkan dana pusat.

Sedangkan alokasi anggaran untuk program penanggulangan HIV dan AIDS termasuk

program *link to care* juga tersedia di Dinkes, KPAD maupun SKPD terkait dengan proporsi anggaran yang berbeda-beda. Dinas kesehatan dan rumah sakit sebagai penanggung jawab program *link to care* HIV kesulitan untuk menghitung besaran anggarannya, namun sebagian besar bersumber dari APBD dan dana otsus baik untuk operasional maupun perbekalan farmasi terkait dengan layanan tes HIV, pengobatan IO dan IMS. Alokasi anggaran untuk program HIV dan AIDS menjadi bagian dari dana pencegahan dan pengendalian penyakit menular yang dikelola oleh Dinkes yang terdiri atas program promotif, preventif dan kuratif. Selain di Dinkes dan rumah sakit, dana operasional terkait program HIV dan AIDS juga tersedia di KPA. Untuk tahun 2015 KPA memperoleh alokasi anggaran sebesar Rp 350 juta, namun realisasi anggarannya hanya Rp 150 juta. Realisasi anggaran yang rendah oleh KPAD menunjukkan kinerja KPAD dalam melaksanakan program penanggulangan HIV dan AIDS belum maksimal. Bantuan luar negeri untuk program penanggulangan HIV dan AIDS melalui lembaga donor seperti CHAI, HCPI, UNICEF sebagian besar tidak dalam bentuk dana, namun program penguatan kapasitas dan manajemen terkait layanan HIV dan AIDS baik untuk SDM pemerintah maupun yang non pemerintah (LSM).

Secara umum berdasarkan konteks ekonomi terkait penanggulangan HIV dan AIDS termasuk program *link to care* HIV, menunjukkan komitmen pemerintah dengan mengalokasikan anggaran untuk program penanggulangan HIV dan AIDS.

3) Konteks hukum dan regulasi

Aspek hukum melalui peraturan dan kebijakan semakin memperkuat pelaksanaan pembangunan kesehatan. Manokwari tidak memiliki hukum dan peraturan yang menghambat akses terhadap layanan kesehatan baik secara umum maupun layanan terkait HIV dan AIDS, artinya setiap anggota masyarakat termasuk ODHA maupun kelompok populasi berisiko memiliki hak dan kesempatan

yang sama untuk mengakses layanan. Secara hukum dan regulasi komitmen pemerintah daerah terhadap upaya penanggulangan HIV dan AIDS diantaranya dengan membentuk KPAD berdasarkan SK Bupati No. 402/2004. Meskipun KPA sudah dibentuk, tetapi belum bisa berbuat banyak karena tidak ada dana khusus untuk KPA yang dialokasikan dalam APBD Kabupaten Manokwari. Ketika terjadi perubahan di KPA pada tahun 2006 melalui Kepres No. 75 Tahun 2006, KPA Kabupaten Manokwari akhirnya diketuai oleh Bupati sehingga pada tahun itu juga disahkan Perda No. 6 Tahun 2006 tentang pencegahan, penanggulangan HIV/AIDS dan IMS.

Secara umum sudah tersedia layanan jaminan kesehatan bagi masyarakat. Berdasarkan informasi sampai tahun 2015 jumlah peserta BPJS Non PBI sebanyak 87.653 peserta dan Non PBI sebanyak 4.557 orang. Sebagian besar dari mereka masih mengalami hambatan dalam kelengkapan administrasi sebagai persyaratan menjadi anggota JKN yaitu kartu keluarga dan KTP. Sebagian besar layanan baik di tingkat layanan dasar maupun lanjutan dapat diakses dengan menggunakan BPJS sesuai dengan alur rujukannya, termasuk layanan pengobatan IMS dan IO maupun rujukan ke rumah sakit. Sedangkan layanan tes HIV dan pengobatan ARV diberikan secara gratis dengan dukungan Kementerian Kesehatan dan lembaga donor. Sedangkan untuk Jamkesda belum direalisasikan karena belum ada regulasi yang menjadi dasar pelaksanaannya di Manokwari.

Konteks hukum dan regulasi terkait penanggulangan HIV dan AIDS, termasuk program *link to care* HIV oleh pemerintah daerah menunjukkan bahwa tidak ada aturan dan regulasi yang menghambat atau menghalangi orang untuk mengakses layanan kesehatan termasuk layanan tes HIV dan *link to care* baik bagi masyarakat umum, ODHA maupun kelompok populasi berisiko.

4) Konteks permasalahan kesehatan

Permasalahan kesehatan di Manokwari mengalami perubahan dari tahun ke tahun sesuai dengan pola perkembangan dan kebutuhan masyarakat. Musrenbang sebagai wadah aspirasi kebutuhan masyarakat rutin dilaksanakan setiap tahun di setiap tingkatan pemerintahan. Berdasarkan salah satu informan diketahui bahwa Musrenbang telah mencerminkan kebutuhan masyarakat terkait dengan pembangunan kesehatan, walaupun sebagian besar kebutuhan masyarakat lebih menitikberatkan kepada pembangunan kesehatan secara fisik.

Gambaran status kesehatan masyarakat diperoleh melalui Riskesda, Surveilans, Sistem Kewaspadaan Dini dan Penyelidikan KLB dengan penyelidikan Epidemiologi (PE). Proses ini memberikan informasi tentang pola penyakit yang terjadi di masyarakat di Manokwari. Salah satu informan menyatakan bahwa ada lima jenis penyakit menular utama yaitu malaria, DHF, diare, filariasis, TB paru, IMS termasuk HIV dan AIDS.

Penyakit HIV dan AIDS sebagai salah satu penyakit prioritas pemerintah daerah dan sudah masuk dalam RPJMD tahun 2013-2017. Ini semakin menunjukkan adanya komitmen dan dukungan pemerintah daerah baik dari segi anggaran maupun kebijakan daerah terhadap upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Selain dukungan pemerintah, upaya penanggulangan HIV dan AIDS juga didukung oleh lembaga non pemerintah (MPI) melalui lembaga donor seperti CHAI, HCPI dan GF. Namun perhatian dan dukungan yang besar terhadap upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS juga perlu didukung dengan pengelolaan dan koordinasi program yang baik dari setiap pemangku kepentingan yang terlibat di dalamnya.

Mekanisme untuk melihat besaran masalah AIDS dilakukan melalui surveilans yang rutin dilakukan oleh Dinas Kesehatan. Berdasarkan surveilans dan data yang dihasilkan di layanan kesehatan terkait dengan HIV dan AIDS, diketahui bahwa terjadi peningkatan kasus

HIV dan AIDS dan perubahan pola epidemi HIV di Papua yang berubah dari epidemi terkonsentrasi menjadi epidemi tergeneralisasi, dimana risiko penularan HIV dan AIDS sudah menyebar ke populasi umum. Perubahan pola epidemi HIV yang terjadi di Papua, termasuk di Manokwari mengubah pola intervensi kesehatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Oleh karena itu, upaya menjangkau masyarakat untuk melakukan tes HIV tidak saja dengan sukarela atau VCT, namun dikolaborasikan dengan inisiatif petugas atau KTIP.

Layanan tes HIV dan *link to care* HIV, sebagian besar menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan termasuk di dalamnya puskesmas dan Rumah Sakit Daerah, upaya penjangkauan dan penjangkauan dilakukan oleh puskesmas melalui upaya preventif dan promotif baik kepada masyarakat umum, sedangkan untuk kelompok populasi berisiko lebih banyak menjadi tanggung jawab LSM. Walaupun dari jumlah keseluruhan puskesmas yang ada di Manokwari yaitu 22 puskesmas, baru tujuh puskesmas diantaranya yang menyediakan layanan tes HIV, namun tidak menjadi kendala bagi nakes untuk menjangkau dan menjangkau orang lebih banyak dengan melakukan *mobile* VCT. Sedangkan untuk mendekatkan pelayanan pengobatan ARV kepada ODHA, yang selama ini hanya terpusat di Rumah Sakit Daerah, ada upaya Dinkes untuk melakukan uji coba inisiasi ARV di lima puskesmas pada tahun 2017 yaitu untuk Puskesmas Masni, Puskesmas Pasir Putih, Puskesmas Amban, Puskesmas Maripi dan Puskesmas Sanggeng. Ini dilakukan mengingat makin banyak ODHA yang putus obat dan tidak patuh dalam pengobatan. Data secara kumulatif jumlah ODHA di Rumah Sakit Umum Daerah Manokwari tahun 2015 yang telah menerima ARV sebanyak 543 ODHA, dari jumlah ini sebanyak 163 (30%) ODHA gagal follow up sedangkan ODHA yang meninggal sebanyak 133 (24%) orang. Padahal kondisi ini dapat dihindari apabila ODHA patuh minum ARV. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pendamping di puskesmas yang menyatakan bahwa sebagian besar ODHA mengeluhkan jauhnya jarak yang harus ditempuh untuk

bisa mengakses obat ARV di rumah sakit, di samping masih kurangnya kesadaran ODHA itu sendiri untuk patuh minum obat dan takut untuk membuka status HIV-nya kepada keluarga sehingga tidak ada dukungan dari keluarga dalam pengobatan ARV.

E. Efektivitas Layanan *Link To Care* HIV

Penelitian ini menemukan bahwa program *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan secara umum. Tingkat integrasi program ke dalam sistem kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor. Menurut analisis Atun et al. (2010) faktor yang memengaruhi termasuk konteks politik, ekonomi, sosial dan budaya serta karakteristik dari sistem kesehatan itu sendiri. Interaksi antara faktor tersebut dapat menciptakan kesempatan atau bahkan hambatan dan akan terlihat pada bagaimana para pemangku kepentingan strategis di daerah saling berelasi satu sama lain. Terintegrasinya layanan *link to care* HIV ke dalam layanan puskesmas dipengaruhi oleh berbagai faktor yang memungkinkan maupun dapat menghambat integrasi layanan, diantaranya:

1. Masih terbatasnya SDM kesehatan yang memberikan layanan HIV dan AIDS di puskesmas dapat menghambat terintegrasinya layanan *link to care* HIV ke dalam layanan puskesmas. Tim HIV dan AIDS di tujuh puskesmas yang tersedia layanan tes HIV sebagian besar terdiri atas 5–10 nakes, tergantung dari jumlah nakes yang tersedia di puskesmas. Tim ini terdiri atas dokter, perawat dan bidan yang masing-masing memiliki tanggung jawab layanan seperti konseling, tes HIV, pemeriksaan dasar, pengobatan IMS dan IO serta pendampingan ODHA pada tahap awal pengobatan ARV. Untuk melaksanakan layanan dan menjangkau lebih banyak orang untuk melakukan tes HIV, tim juga berkoordinasi dengan semua poli yang ada di layanan. Walaupun demikian, bagian yang cukup sulit dirasakan oleh petugas adalah pendampingan baik untuk rujukan maupun pengobatan ARV di rumah sakit,

mengingat kesadaran ODHA masih rendah. Bahkan menurut salah satu petugas, mereka harus selalu menelpon dan mengingatkan ODHA tentang jadwal pengambilan obat dan memantau kepatuhan minum obat. Kekurangan SDM dalam layanan *link to care* HIV dapat menghambat terintegrasinya layanan di puskesmas, namun bekerja sama dengan semua petugas kesehatan di layanan puskesmas dapat memungkinkan terjadinya integrasi. Faktor penghambat lainnya terkait dengan terbatasnya pembiayaan SDM untuk layanan HIV. Tersedianya insentif bagi petugas yang melakukan pelayanan HIV, dirasakan masih kurang karena alokasi anggaran tidak sesuai dengan jumlah petugas yang melakukan pelayanan. Dengan demikian, maka faktor SDM kesehatan untuk layanan *link to care* HIV, memungkinkan terjadinya integrasi layanan di puskesmas, namun perlu diperkuat dengan koordinasi dan kerjasama dengan petugas lainnya di puskesmas dan membangun kerjasama dengan LSM yang fokus pada penanggulangan HIV dan AIDS sehingga ada pembagian tugas dan tidak terlalu membebani petugas di puskesmas.

2. Ketersediaan layanan tes HIV dan *link to care* HIV di puskesmas hanya tersedia di tujuh puskesmas dari 22 puskesmas yang ada di wilayah pelayanan dan dua rumah sakit. Sedangkan untuk jam layanan, sesuai dengan jam pelayanan di puskesmas dan rumah sakit yaitu mulai dari jam 07.30–13.00 WITA. Kondisi ini dapat menjadi penghambat integrasi layanan tes HIV dan *link to care* HIV di puskesmas, mengingat terbatasnya jam layanan. Sedangkan tidak semua layanan dapat diakses di puskesmas, untuk pengobatan ARV ODHA harus dirujuk ke rumah sakit. Ini yang menjadi kendala, karena banyak ODHA yang enggan untuk melanjutkan ke pengobatan ARV di RSUD dengan berbagai alasan. Diantaranya jauhnya jarak yang harus ditempuh dan biaya transport yang harus dikeluarkan. Oleh karena itu, pentingnya pendampingan oleh petugas puskesmas saat pasien akan dirujuk ke rumah sakit, ataupun dapat bekerjasama dengan petugas LSM. Upaya yang saat ini dilakukan oleh petugas puskesmas yaitu mengambil jatah

obat untuk ODHA setiap bulannya di Rumah Sakit Umum Daerah, dan mendistribusikannya ke ODHA. Upaya ini dilakukan untuk membantu ODHA dan memperpendek alur pengambilan obat ARV di rumah sakit. Sedangkan di tingkat Dinkes, ada upaya menyediakan layanan ARV di tingkat puskesmas dengan inisiasi ARV di puskesmas. Upaya ini direncanakan dilakukan pada tahun 2017, dimulai dengan lima puskesmas di Manokari. Namun masih perlu berkonsultasi dengan Kementerian Kesehatan untuk mempersiapkan rencana tersebut. Mengingat penyediaan dan distribusi ARV berbeda dengan penyediaan dan distribusi untuk pengobatan lainnya.

3. Sistem Informasi HIV dan AIDS (SIHA) yang digunakan oleh puskesmas dan rumah sakit, secara umum sudah menjadi bagian dari sistem informasi kesehatan nasional. Namun dalam pelaksanaannya, pencatatan dan pelaporan data kasus HIV dan AIDS tidak menjadi bagian pencatatan dan pelaporan dari layanan ke Dinkes. Di puskesmas untuk pencatatan dan pelaporan penyakit secara umum menggunakan SIMPUS (Sistem Informasi Puskesmas) dan pencatatan dan pelaporan HIV dan AIDS tidak masuk di dalamnya tetapi terpisah. Kondisi ini dapat menjadi penghambat terintegrasinya layanan tes HIV dan *link to care* HIV di puskesmas. Selain itu, dalam SIHA juga tidak dapat mengakomodir semua pencatatan dan pelaporan HIV dan AIDS. Untuk data penjangkauan dan pendampingan kepada kelompok populasi kunci maupun ODHA yang lebih banyak dilakukan oleh LSM tidak dapat diakomodir dalam SIHA. Oleh karena itu, LSM menggunakan sistem informasi yang disesuaikan dengan lembaga donor.
4. Partisipasi masyarakat maupun kelompok populasi kunci dalam layanan tes HIV dan program *link to care* HIV di puskesmas masih rendah. Upaya penjangkauan untuk melakukan tes HIV lebih banyak dengan metode inisiatif petugas di setiap poli, dibandingkan dengan metode suka rela. Selain itu, pendampingan ODHA sangat bergantung pada petugas di puskesmas dan belum banyak dibentuk kelompok dukungan sebaya (KDS) yang dapat

menjadi tempat bagi ODHA untuk saling berbagi pengalaman dan saling menguatkan serta mendampingi dalam menjalani pengobatan ARV. Hingga saat ini KDS baru terbentuk di Puskesmas Wosi sedangkan di enam puskesmas lainnya belum. LSM yang terlibat juga lebih menitikberatkan kepada pencegahan dan promosi serta mitigasi dampak dibanding layanan PDP termasuk pendampingan ODHA dalam pengobatan ARV.

F. Hubungan Antara Integrasi Tes HIV ke dalam Pelayanan Puskesmas/Rumah Sakit Dengan Efektifitas Program *Link To Care* HIV

Secara umum penilaian tingkat integrasi berdasarkan penilaian sub-sistem kesehatan untuk program *link to care* HIV terintegrasi sebagian ke dalam sistem kesehatan. Sedangkan penilaian efektifitas pelaksanaan program *link to care* HIV dengan beberapa kriteria baik secara kuantitas maupun kualitas. Efektifitas program *link to care* HIV dinilai berdasarkan seberapa besar kesenjangan antara jumlah yang telah mengambil tes HIV dan hasilnya positif dengan jumlah yang masuk ke dalam perawatan HIV.

Berdasarkan data rekapan Dinkes Manokwari hingga bulan Agustus 2015, tercatat sebanyak 17.367 orang yang telah melakukan tes HIV baik dengan metode sukarela maupun inisiatif petugas. Dari sejumlah angka tersebut hanya 3.330 orang diberikan layanan pasca konseling dengan hasil HIV positif sebanyak 491 orang (2.82%). Pasien dengan hasil HIV positif yang dirujuk untuk mendapatkan layanan PDP sebanyak 370 orang (2.13%).

Berdasarkan data cakupan layanan masih terdapat kesenjangan yang cukup besar antara proporsi cakupan orang yang melakukan tes HIV dengan proposi cakupan orang yang masuk dalam perawatan HIV yaitu sebesar 2,13%. Bahkan angka ini masih jauh dari target yang ditetapkan dalam Strategi Rencana Aksi Nasional (SRAN) HIV dan AIDS tahun 2010-2014 yaitu 60% ODHA yang

mempunyai, sudah menggunakan ARV secara berkesinambungan. Berdasarkan cakupan program yang dibandingkan dengan target, maka dapat dikatakan program *link to care* HIV di Manokwari tidak efektif dalam penanggulangan HIV dan AIDS.

Data sekunder lainnya dari RSUD Manokwari sampai dengan bulan Agustus tahun 2015, diketahui jumlah kumulatif orang yang telah masuk perawatan HIV sebanyak 1.230 (73.6%). Dari jumlah ini, diketahui sebanyak 1.003 (81,5%) orang yang telah memenuhi syarat untuk masuk dalam pengobatan ARV, sedangkan sebanyak 439 (35,6%) orang yang sudah memenuhi syarat, tetapi belum memulai ARV. Untuk memulai pengobatan ARV memang diperlukan pemeriksaan dasar dan penunjang untuk memastikan kondisi kesehatan ODHA. Jenis pemeriksaan yang dimaksud adalah pemeriksaan *Viral Load*, CD4 serta pemeriksaan fungsi hati dan organ vital lainnya. Ini penting dilakukan untuk menghindari dampak pengobatan ARV.

Penilaian dampak pengobatan ARV dinilai dengan beberapa indikator. Berdasarkan data layanan dari RSUD Manokwari tahun 2015 diketahui jumlah kumulatif ODHA yang telah menjalani pengobatan ARV sebanyak 581 orang, dari jumlah tersebut diketahui ODHA yang meninggal dalam pengobatan sebanyak 136 orang (23.4%), jumlah ODHA yang menghentikan ARV sebanyak satu orang (0.17%), jumlah yang gagal follow up selama lebih dari 3 bulan sebanyak 165 orang (28.39%), jumlah yang rujuk keluar dengan ARV sebanyak 17 orang (2.92%), jumlah ODHA yang masih menjalani pengobatan ARV sebanyak 262 orang (45%). Gambaran data ini menunjukkan bahwa proporsi ODHA yang meninggal dibanding dengan yang masih dalam pengobatan ARV, tidak terlalu jauh perbedaannya sehingga perlu ditingkatkan kepatuhan minum obat dari ODHA. Hasil penilaian tingkat kepatuhan ODHA dalam pengobatan ARV menunjukkan tingkat kepatuhan > 95% atau kurang 3 kali dosis tidak minum obat dalam periode 30 hari.

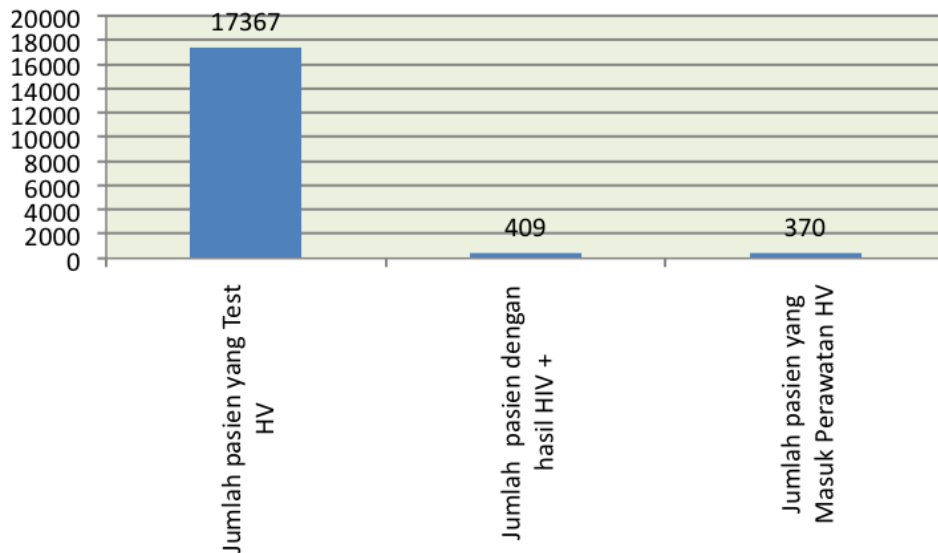
Penilaian efektifitas secara kualitatif program *link to care* HIV berdasarkan dimensi akses dan ketersediaan layanan. Hasil wawancara salah satu informan menyatakan tidak mengalami kendala berarti saat mengakses layanan tes HIV dan PDP di puskesmas maupun di rumah sakit. Berikut kutipan wawancaranya:

“pada saat datang kesini ada dapat kemudahan-kemudahan dari petugas layanan, dibantu sama petugasnya, untuk mendapatkan pelayanan atau obat disini mudah, enak, mereka baik-baik, gampang, luar biasa he he he..”
(Wawancara dengan Odha)

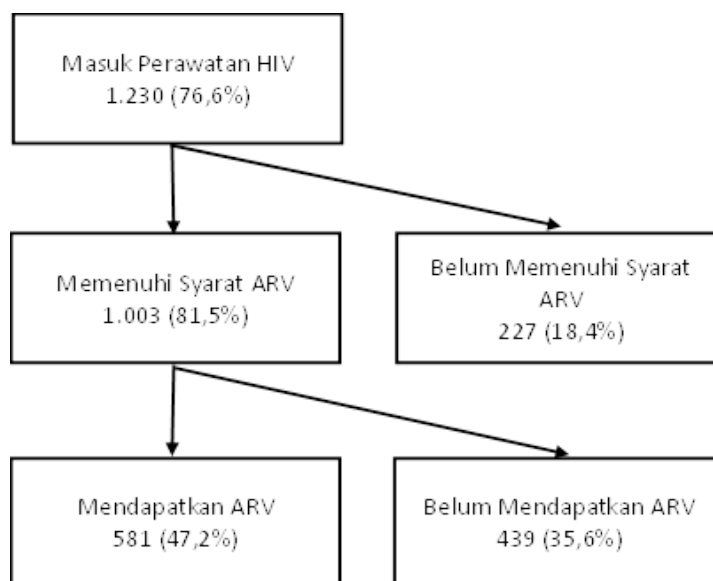
Terkait dengan cara pembayaran layanan, diketahui masih banyak kelompok populasi kunci maupun ODHA yang belum menjadi peserta JKN/BPJS, sehingga harus mengeluarkan uang sendiri untuk mengakses layanan. Hambatan sebagian besar adalah kelengkapan administrasi kependudukan seperti Kartu Keluarga (KK) dan KTP. Sedangkan, untuk hambatan prosedural sebagian besar informan menyatakan tidak menemui hambatan terkait prosedural dalam pelayanan. Menyangkut konfidensialitasnya, ODHA menyatakan sangat percaya kepada petugas kesehatan di layanan maupun petugas LSM. Salah satu informan yang berasal dari kelompok populasi kunci menjelaskan bahwa semua WPS yang diperiksa atau menjalani tes IMS, HIV dan AIDS tidak ada seorang pun yang mengetahui status teman lainnya sesama WPS karena sangat dijaga kerahasiaannya oleh petugas. Berikut kutipan wawancaranya:

“iya semua kalau setelah cek sini kita buka hasilnya masing masing itu kan hanya dokter yang tau antara si opsinya sendiri misalnya korekan ya di panggil 1 per 1 sapa tau kita biasanya kan habis di korek kan harus diperiksa di lab perlu minum obat kah tidak itu kan dokter yang punya ini toh dokter punya pekerjaan

Gambar 10. Jumlah Pasien Yang Mengikuti Test HIV



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Manokwari



Sedangkan untuk keterjangkauan layanan ada informan yang menyatakan bahwa biaya transport untuk sekali perjalanan menuju fasilitas pelayanan kesehatan kurang lebih Rp 50 ribu rupiah, untuk melakukan tes HIV, pemeriksaan dasar dan penunjang. Tidak tersedia biaya operasional kepada ODHA untuk mengakses layanan, insentif berupa uang transport hanya diberikan kepada petugas puskesmas yang melakukan pendampingan dan pengambilan obat ARV di RSUD.

“iya yang jelas ya yang namanya tim dokter pasti orang-orang yang sudah ini lah yang sudah profesional dalam melayani kesehatannya orang karena kesehatannya orang itu susah sulit jadi gak sembarang sembarang sembarang orang gak sembarang petugas begitu”
(Wawancara dengan WPS anggota OPSI)

petugas karena statusnya baik sebagai ODHA maupun kelompok populasi kunci. Dalam pelayanan pun tidak ada diskriminasi dari petugas layanan. Justru rasa takut ditolak datang dari ODHA itu sendiri.

Untuk memberikan penjelasan kontribusi integrasi terhadap efektivitas, digunakan hasil deskripsi dan analisa penilaian tingkat integrasi, akses ketersediaan layanan, kualitas layanan dan cakupan layanan pada program *link to care* HIV. Kerangka konseptual yang dikembangkan penelitian ini mengasumsikan bahwa integrasi pada intervensi spesifik pada sistem kesehatan umum berkontribusi pada efektifitas layanan. Mekanisme integrasi dapat terjadi melalui pengaturan atau adopsi pada tata kelola, pembiayaan, perencanaan, pemberian layanan, monitoring evaluasi serta *demand generation* (Atun.2010). Integrasi dapat meningkatkan cakupan dan aksesibilitas layanan (Car et al. 2012; An et al ,2015), mengurangi fragmentasi, penghematan melalui penggabungan pendanaan dan keahlian, serta meningkatkan sumber daya (Atun et al.2009), mengamankan keberlanjutan dan efektivitas intervensi dan penguatan sistem kesehatan

(Kawonga et al, 2012; 2013; Maher 2010; Grepin dan Reich, 2008; Cash-Gibson dan Rosenmoller 2014; Shigayeva et al, 2010).

Penilaian tingkat integrasi program *link to care* HIV menunjukkan fungsi sistem program *link to care* HIV terintegrasi sebagian dengan sistem kesehatan secara umum. Kesimpulan penilaian ini berdasarkan atas penilaian integrasi masing-masing dimensi. Dari keseluruhan dimensi dalam sub system kesehatan ada 1 dimensi yang tidak terintegrasi dengan program *link to care* yaitu dimensi akuntabilitas, sedangkan yang terintegrasi secara penuh ada dua dimensi yaitu dimensi regulasi dan pembiayaan. Sedangkan sisanya terintegrasi sebagian diantaranya dimensi formulasi kebijakan, dimensi pengelolaan sumber pembiayaan, dimensi penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran, dimensi mekanisme pembayaran layanan, dimensi kebijakan dan sistem manajemen SDM, dimensi kompetensi SDM, dimensi sinkronisasi sistem informasi dan diseminasi dan pemanfaatan informasi, dimensi regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi, dimensi sumber daya, dimensi ketersediaan layanan, dimensi koordinat dan rujukan dan dimensi jaminan kualitas layanan.

Hasil penilaian tingkat integrasi sub-sistem tersebut berbanding lurus dengan penilaian efektifitas program *link to care* HIV di Manokari yang menunjukkan efektifitas yang rendah. Kondisi ini tidak serta merta menjadi dasar penilaian efektifitas program *link to care* HIV di Manokwari. Oleh karena itu, pada bagian ini akan menjelaskan bagaimana hubungan integrasi pada program *link to care* yang berkontribusi terhadap efektivitas. Pengertian efektivitas dalam penelitian ini mengacu pada kemampuan sebuah intervensi untuk mencapai tujuan, penghematan biaya untuk pemanfaatan yang lebih besar serta kesesuaian dengan posisi kontekstual. Sebagaimana yang ditunjukkan dalam berbagai literatur. (Wilson et al., 2015; Grassly et al., 2001; Van Deusen et al., 2015).

Program *link to care* merupakan bagian dari layanan PDP baik yang ada di puskesmas maupun rumah sakit. Efektivitas program sangat ditunjang oleh kuantitas dan kualitas SDM di layanan. Dalam pelaksanaannya, peran lebih besar dilaksanakan

oleh SDM kesehatan dibanding non kesehatan. LSM Mikotepmos lebih menitikberatkan kepada upaya pencegahan dan promosi kesehatan kepada masyarakat, tetapi mereka juga melakukan penjangkauan kepada masyarakat untuk melakukan tes HIV di fasyankes. Peran LSM sangat strategis karena memiliki fleksibilitas waktu dalam menjangkau dan menjangkau masyarakat termasuk kelompok populasi kunci, di mana fleksibilitas ini tidak dimiliki oleh SDM kesehatan yang ada di puskesmas maupun di rumah sakit sehingga kesenjangan ini dapat menjembatani melalui peran yang dilakukan oleh petugas penjangkauan dari LSM. Selain itu dapat membantu mengurangi beban kerja yang cukup besar dari SDM kesehatan. Namun sayangnya belum ada mekanisme yang mengatur kerjasama antara SDM kesehatan dan non kesehatan dalam program *link to care* HIV. Selain itu juga peran yang dilakukan oleh SDM didukung sepenuhnya oleh lembaga donor. Oleh karena itu, kerjasama yang terjadi lebih bersifat sementara, tergantung dari program dan lembaga donor dari LSM tersebut.

Gambaran ini memperkuat terjadinya integrasi sebagian pada sub-sistem SDM berdampak terhadap efektifitas layanan oleh SDM sehingga cakupan layanan rendah. Hal ini ditunjukkan dengan perbedaan kesenjangan yang sangat besar antara mereka yang hasil tesnya positif dengan mereka yang masuk dalam perawatan HIV. Walaupun berdasarkan penilaian kualitas layanan, SDM kesehatan yang memberikan pelayanan dinilai profesional dan memiliki kemampuan serta konfidensial dalam layanan, namun keterbatasan jumlah SDM dan beban kerja yang tinggi dapat memengaruhi efektifitas cakupan layanan di puskesmas maupun di rumah sakit.

Selain SDM, efektifitas pelaksanaan program *link to care* HIV juga perlu ditunjang dengan ketersediaan farmasi dan alkes seperti reagen, obat IO dan obat ARV. Menurut PIC AIDS Dinkes Kabupaten Manokwari untuk kebutuhan reagen sampai dengan saat ini masih tercukupi dengan baik, sedangkan obat-obatan terkait dengan IO terutama kotri yang selalu menjadi kendala. Hal ini karena kotri itu selalu dibutuhkan oleh setiap pasien, sedangkan kotri yang disiapkan di puskesmas untuk kebutuhan rutin puskesmas,

sedangkan untuk program sendiri tidak ada. Sedangkan untuk pengobatan ARV hanya tersedia di RSUD Manokwari yang tidak masuk dalam perencanaan dan penganggaran kebutuhan daerah. Kondisi ini menunjukkan untuk sub-sistem penyediaan farmasi dan alat kesehatan yang terkait dengan HIV terintegrasi sebagian, berdampak terhadap efektifitas program *link to care* HIV di puskesmas atau rumah sakit yang rendah.

05.

Studi Kasus: Program *Anti Retroviral Treatment* (ART)

A. Deskripsi Intervensi Program ART

Obat ARV saat ini masih menjadi pilihan dalam perawatan ODHA karena sejauh ini ART mampu menurunkan angka kematian dan kesakitan serta meningkatkan kualitas hidup ODHA. Hal ini menjadikan HIV dan AIDS sebagai penyakit yang bisa dikendalikan meskipun di sisi lain obat ini menimbulkan berbagai efek samping serta kemungkinan resistensi obat (Kementerian Kesehatan RI, 2012). Di Indonesia perawatan HIV melalui ARV, disertai dengan pengobatan pendamping lainnya untuk infeksi menular seksual (IMS) dan infeksi oportunistik (IO), menjadi salah satu pilar dalam penanggulangan HIV dan AIDS untuk mencapai *three zero* (*zero new infection, zero AIDS related death and zero discrimination*).

Program ART melalui beberapa tahap mulai dari penegakan diagnosis HIV melalui konseling dan tes HIV sukarela (KTS) atau Konseling dan Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan (KTIP) di tingkat PKM, klinik swasta atau rumah sakit. Bila hasil diagnosisnya positif maka dalam konseling akan diberikan informasi dan dirujuk ke layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP) yang ada di rumah sakit untuk melakukan pra-ARV. Ini adalah serangkaian layanan untuk menilai stadium klinis, status imunologis dan virologis yang akan menentukan apakah pasien sudah memenuhi syarat untuk terapi ARV dan menentukan paduan obat ARV yang sesuai (Kementerian Kesehatan RI, 2011). Setelah semua tahapan dilalui baru pelaksanaan ART dapat dilaksanakan. Setelah menjalani pengobatan ARV dan kondisi stabil maka ODHA akan dirujuk ke PKM satelit ART untuk

melanjutkan pengobatan di sana. LSM pada alur ini berperan dalam memberikan dukungan mulai dari saat rujukan awal sampai saat proses pengobatan dimulai. Bentuk dukungan bermacam-macam melalui para petugas lapangan, buddies, manajer kasus juga kelompok dukungan sebaya (KDS). Proses tersebut membutuhkan waktu, tenaga dan juga biaya yang tidak sedikit dan belum semua layanan ditanggung oleh jaminan kesehatan nasional (JKN) atau daerah.

Dalam pelaksanaannya, program ART harus memperhatikan beberapa hal, yaitu:

1. Pengobatan ARV harus dilakukan seumur hidup, sehingga perlu pendekatan perawatan penyakit kronis;
2. Diperlukan tingkat kepatuhan yang sangat tinggi yaitu >95% untuk menghindari resistensi virus;
3. Layanan ART akan meningkatkan kebutuhan layanan KTS dan seiring itu juga meningkatkan kegiatan pencegahan dan keterlibatan ODHA dalam penanggulangan HIV dan AIDS;

Oleh karena itu, dibutuhkan layanan komprehensif berkesinambungan yang mampu meningkatkan kualitas hidup ODHA dan juga meningkatkan kepatuhan dalam berobat ARV. Kementerian Kesehatan (Kemenkes) meluncurkan program layanan komprehensif HIV-IMS berkesinambungan (LKB) dan SUFA sebagai bentuk upaya mengatasi permasalahan tersebut, meningkatkan cakupan tes HIV dan ART serta meningkatkan kepatuhan terhadap ART. Program ini sudah dilaksanakan di beberapa daerah di Indonesia dan terus dikembangkan.

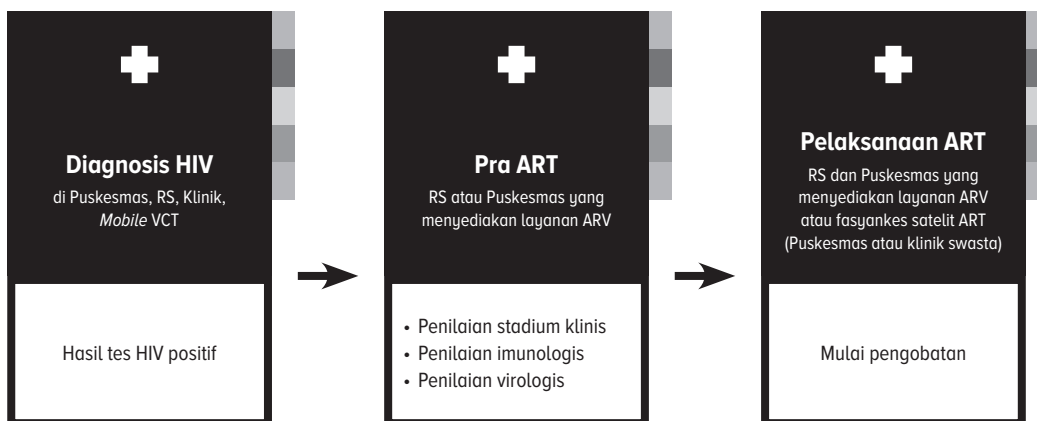
Dukungan dan komitmen yang lebih besar terkait pembiayaan khususnya dari pemerintah daerah masih sangat dibutuhkan. Meskipun dari tahun ke tahun pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS terus meningkat, namun sampai saat ini Indonesia masih bergantung pada donor asing. Kemenkes menyatakan bahwa kebutuhan ARV sudah terpenuhi dari anggaran APBN namun kenyataannya sampai tahun 2015, APBN untuk ARV masih mendapatkan sokongan dana dari GF.

Studi kasus ini dilakukan untuk melihat dan menganalisis sejauh mana program ART sudah terintegrasi dalam sistem kesehatan di daerah, yaitu di provinsi DKI Jakarta dan Kota Makassar. Berdasarkan alur di atas, secara umum DKI Jakarta dan Kota Makassar sudah memiliki layanan ART yang tersebar di beberapa fasyankes baik di tingkat rumah sakit maupun puskesmas yang terpilih dan memenuhi syarat untuk melakukan layanan ART. Di wilayah DKI Jakarta saat ini sudah ada 28 rumah sakit dan 10 PKM yang melaksanakan program ART mandiri, sementara di Kota Makassar ada enam rumah sakit yang melayani ART dan lima PKM serta satu BBKPM yang melaksanakan program ART mandiri. Layanan untuk ART di kedua wilayah ini berjalan beriringan dengan dilaksanakannya program LKB dan SUFA sebagai bentuk pelaksanaan program dari Kemenkes.

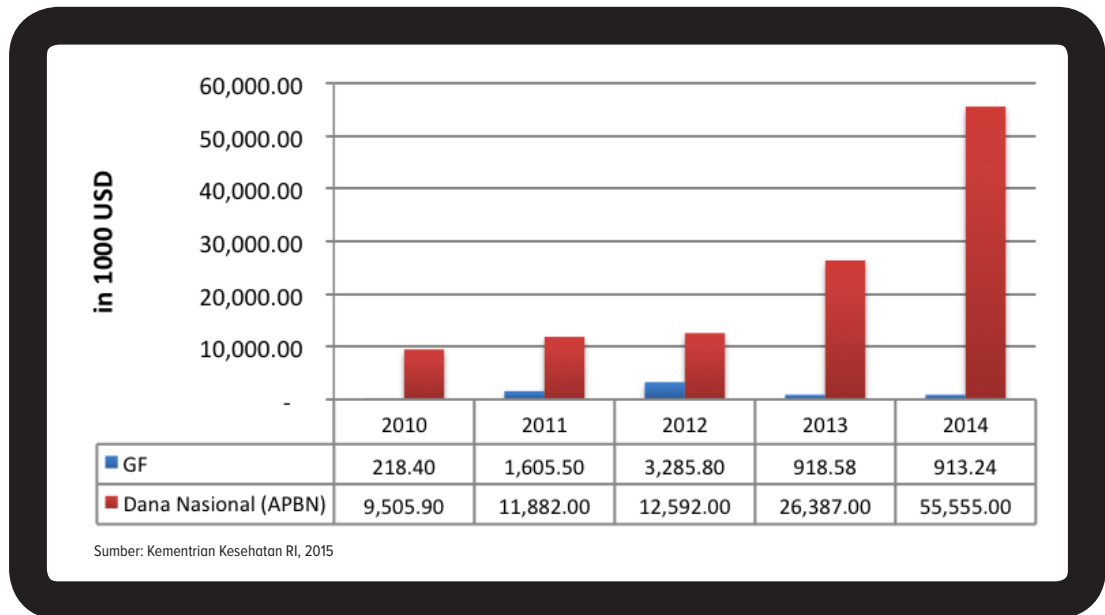
Analisis studi kasus di kedua daerah ini diharapkan dapat dimanfaatkan untuk menilai sejauh mana kesiapan daerah untuk mandiri dalam pengadaan ARV dan pelaksanaan program ARV di daerah bila sudah tidak ada donor. Selain itu, hasil penelitian ini juga diharapkan mampu melihat kesempatan di mana program dapat ditingkatkan atau apakah ada best practice yang sudah berjalan di daerah yang menjadi daerah penelitian yang mungkin dapat dimanfaatkan di daerah lainnya dengan penyesuaian.

157

Gambar 12. Alur perawatan ARV dan tempat layanannya



Sumber: diadaptasi dari Pedoman LKB



158

Gambar 13.
Pengadaan ARV di
Indonesia

B. Analisis kontekstual

Pada bagian ini dibahas beberapa faktor-faktor eksternal yang dianggap cukup memberikan pengaruh pada program penanggulangan HIV dan AIDS khususnya pada program PDP (program ART) dan bagaimana integrasinya ke dalam sistem kesehatan. Dengan mempertimbangkan aspek kunci utama seperti yang dilakukan Coker, et al (2010) dan yang sudah dilakukan juga pada penelitian tahap I, konteks yang dianalisis di sini fokus pada konteks politik, ekonomi, hukum dan peraturan serta permasalahan kesehatan.

1) Komitmen politik

Provinsi DKI Jakarta telah menunjukkan komitmen politiknya yang sudah cukup tinggi terkait program penanggulangan HIV dan AIDS, sementara untuk Kota Makassar meskipun telah menunjukkan komitmen, namun dianggap masih kurang. Komitmen politik di kedua wilayah ditunjukkan melalui RPJMD mereka yang telah memasukkan poin terkait penanggulangan HIV dan AIDS secara spesifik di dalam salah satu prioritas masalah kesehatan. Penyusunan RPJMD dilakukan selaras dengan RPJMN dengan menyesuaikan kondisi dan kebutuhan daerah.

Komitmen politik lainnya terkait penanggulangan HIV dan AIDS ditunjukkan oleh pemda di kedua wilayah melalui berbagai

regulasi daerah. Misalnya di DKI Jakarta sudah ada Perda No. 5 Tahun 2008 tentang penanggulangan HIV dan AIDS, tiga Pergub, satu surat keputusan (SK) dan tiga surat edaran (SE) dari berbagai SKPD. Di Kota Makassar baru ada SK Walikota terkait penanggulangan HIV dan AIDS, sementara perda penanggulangan HIV dan AIDS saat ini masih berupa draft dan ditargetkan akan disahkan tahun 2016.

Komitmen dalam regulasi juga ditindaklanjuti oleh pemda di kedua wilayah dengan komitmen terhadap pembiayaan melalui penganggaran untuk penanggulangan HIV dan AIDS, seperti informasi berikut:

"Kebijakan kesehatan mengenai prioritas penanggulangan HIV sudah menjadi bagian yang harus dipakai oleh semua pimpinan daerah/ kepala SKPD dan telah tercantum didalam RPJMD. Kita mempunyai satu target. Di DKI komitmen politiknya dari segi pimpinan sekarang mendukung penanggulangan HIV/AIDS. Hal ini di tunjukkan dalam bentuk anggaran untuk HIV/AIDS cukup besar menurut kami, yaitu untuk pelayanan program yang dilaksanakan oleh PKM dan RS" (wawancara mendalam UPT HIV UI-RSCM, Dinkes DKI Jakarta, September 2015)

Namun di Kota Makassar, pendanaannya dianggap masih banyak bergantung dari donor luar negeri. Pemda Makassar memiliki kerjasama dengan beberapa lembaga internasional yang membantu pembiayaan program HIV dan AIDS. Sementara di DKI Jakarta, bentuk kerjasama dengan lembaga internasional sifatnya langsung berkoordinasi dengan SKPD terkait atau hanya dalam bentuk koordinasi dan fasilitasi yang semuanya diatur dalam Pergub Prov DKI Jakarta No. 269 Tahun 2014 tentang Pola Kerjasama Luar Negeri.

Meskipun demikian, saat ini pemerintah daerah sudah mulai mengantisipasi dan mengalokasikan dana APBD yang lebih besar untuk penanggulangan HIV dan AIDS. Sistem desentralisasi dianggap memberikan pengaruh yang cukup baik dalam pembiayaan layanan kesehatan. Penggunaan APBD menjadi lebih efisien serta memberikan otonomi ke pemerintah daerah untuk membuat program dan inovasi sesuai dengan kebutuhan daerah. Sistem desentralisasi ini sudah diterapkan

dalam sistem kesehatan mulai dari fasyankes sampai pelayanan dasar termasuk di dalamnya layanan program HIV dan AIDS di mana pengelolaan keuangan sudah lebih mandiri, berdasarkan Permendagri No. 61 Tahun 2007.

2) Ekonomi

Proporsi dana untuk kesehatan di kedua wilayah sudah cukup besar. Proporsi APBD untuk kesehatan yang dialokasikan DKI Jakarta (13.28%) lebih besar bila dibandingkan dengan kota Makassar (sekitar 9%). Menurut data badan pengelola keuangan (BPK)²¹ DKI Jakarta tahun 2015, proporsi anggaran APBD tersebut mencakup anggaran program di Dinas Kesehatan (Dinkes) yaitu Rp. 560,801,545,890 (10.86%), anggaran untuk enam suku dinas kesehatan (Sudinkes) yaitu Rp. 281,367,755,168 (5.45%) dan anggaran BLUD untuk rumah sakit sebesar Rp. 2,056,283,045,593 (39.83%). Sementara di Kota Makassar, dana APBD untuk kesehatan di Dinkes sebesar Rp. 180,020,338,000 dan di RSUD sebesar Rp. 79,129,761,000. Bila ditinjau dari UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, pasal 171 ayat (2), maka proporsi anggaran kesehatan di Kota Makassar masih belum memenuhi 10%.

Proporsi dana kesehatan yang disebutkan di atas, sudah meliputi dana untuk penanggulangan HIV dan AIDS. Di mana dana untuk penanggulangan HIV dan AIDS di daerah sumbernya tidak hanya dari APBD saja namun juga dari APBN dan mitra pembangunan internasional (MPI). Untuk wilayah DKI Jakarta, dana untuk HIV dan AIDS meliputi: (1) dana APBD tahun 2015 yang tersebar di sejumlah SKPD/UKPD sebesar ± Rp. 21.3M rupiah²²; (2) anggaran hibah kepada KPAP sebesar Rp.17.4M; dan (3) sumber dana lain yaitu GF ATM Rp. 1,984,116,396 (untuk KPAP), HCPI Rp. 3,682,077,693 (KPAP, Dinkes, RSKO, RS Fatmawati, media), ASA/SUM Rp. 938,000,000, SUM2 Rp. 5,544,079,449 (untuk tahun 2011-

21) Sumber Data dari Badan Pengelola Keuangan Daerah DKI Jakarta diakses dari website: www.jakarta.go.id

22) informasi dari wawancara dengan Bappeda DKI Jakarta

Tabel 24. Gambaran Pendapatan Asli Daerah (PAD) Provinsi DKI Jakarta Tahun 2008-2015*

No	Tahun	Nilai Realisasi PAD (dalam Triliun)	Peningkatan (%)
1	2008	10.455,57	-
2	2009	10.608,03	1.46
3	2010	12.891,99	21.53
4	2011	17.825,99	38.27
5	2012	22.091,10	23.93

*) Perkembangan PAD DKI Jakarta dari tahun 2008 sampai dengan 2012, diakses dari website: https://www.google.com/url?q=http://www.jakarta.go.id/v2/uploads/embed/LPPD/2012/files/res/downloads/page_0309.pdf&sa=U&ved=0ahUKEwjPkdu_uj_LAhVOBY4KHVRBBSYQFggTMAc&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNGhKhb48RxtweCIPrMXK5u-XBF9zg

160

2012)²³. Sementara data yang terkumpul untuk kota Makassar anggaran APBD untuk penanggulangan HIV dan AIDS adalah sebesar Rp.405,000,000 ditambah pembiayaan yang berasal dari MPI (GF) melalui salah satu LSM pada bulan Januari–September 2015 sebesar Rp 1,504,473,105.51 untuk Kota Makassar, Parepare dan Jeneponto.

Alokasi dana dari pusat tidak diperoleh detail besarnya, namun dana kesehatan yang berasal dari APBN berupa dana dekonsentrasi, BOK, DAU dan hibah. Salah satu informan di Jakarta menyebutkan ada proporsi pembagian sumber dana untuk penanggulangan HIV dan AIDS, antara pusat dan daerah, salah satu contohnya adalah untuk kebutuhan obat dan reagen HIV:

“Ada edaran tahun 2013 bahwa pemenuhan pembiayaan logistik dan kebutuhan obat IO – HIV IMS dengan perbandingan 40% pusat 60% pemda dan reagen HIV 55% Pemda dan 45% pusat, ini merupakan strategis pusat agar beban tidak hanya di pusat” (wawancara mendalam UPT HIV UI-RSCM, Dinkes DKI Jakarta, September 2015).

Situasi ekonomi daerah memengaruhi bagaimana akses masyarakat ke layanan kesehatan. Bila dikaji berdasarkan teori akses layanan kesehatan (Penchasky et al., 1981), di luar jaminan kesehatan yang ada, masih ada biaya lainnya yang perlu dikeluarkan seperti biaya transportasi, kehilangan waktu untuk bekerja dan memperoleh penghasilan dan lain sebagainya. Situasi ekonomi di masyarakat salah satunya dapat dilihat dari gambaran peningkatan pendapatan asli daerah (PAD). Peningkatan PAD juga memberikan dampak pada anggaran, di mana peningkatan PAD juga meningkatkan anggaran kesehatan. Secara umum perekonomian di Kota Makassar menunjukkan tren yang meningkat dengan rerata pertumbuhan ekonomi sepanjang tahun 2008-2012 termasuk tinggi yaitu 9.64%²⁴. Situasi yang serupa juga terjadi di DKI Jakarta dengan tren PAD yang terus meningkat.

23) Evaluasi Program HIV-AIDS DKI Jakarta 2008-2012

24) Profil Regional: Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan, Juli 2015, diakses dari website: https://www.academia.edu/14750763/Profil_Regional_Kota_Makassar_Prov._Sulawesi_Selatan

3) Hukum dan regulasi

Saat ini sudah ada hukum dan peraturan yang mengatur tentang akses layanan HIV dan AIDS (termasuk di dalamnya program ART) seperti yang telah disebutkan di atas sebagai bentuk komitmen politik dari pemerintah daerah. Sejauh ini juga tidak didapatkan hukum dan peraturan yang dianggap menghambat akses layanan ART kecuali keluhan terkait syarat administrasi (kelengkapan identitas diri seperti Kartu Keluarga/KK dan Kartu Tanda Penduduk/KTP). Permasalahan yang berkaitan dengan administrasi tersebut terjadi pada akses layanan kesehatan lainnya melalui BPJS.

JKN saat ini dapat diakses melalui BPJS dan berlaku untuk semua masyarakat termasuk populasi kunci dan yang termarginalkan. Di tingkat daerah jaminan kesehatan ini berupa Jamkesda di mana untuk DKI Jakarta dikenal dengan nama Kartu Jakarta Sehat (KJS) nya. Pemerataan pelayanan melalui pemenuhan fasyankes di semua wilayah DKI Jakarta merujuk pada Pergub DKI Jakarta No. 189 Tahun 2015. Tambahan KJS (Jamkesda) di DKI Jakarta juga didukung Pergub DKI Jakarta No. 187 Tahun 2012 tentang pembebasan biaya layanan kesehatan untuk semua warga Jakarta, meskipun masih memiliki kendala yang sama terkait administrasi kependudukan.

Sistem JKN yang baru menerapkan layanan berjenjang, di mana layanan kesehatan dasar hanya dilayani oleh puskesmas. Sistem rujukan berjenjang dianggap memberikan dampak negatif dan kontraproduktif dengan Jamkesda, karena layanan lanjutan tidak dapat ditanggung JKN bila dilakukan di fasyankes dasar, meskipun sebenarnya fasyankes tersebut memiliki kapasitas.

"Sebelumnya di DKI kita punya Kartu Jakarta Sehat (KJS), saat itu seluruh penduduk DKI bisa kita layani karena itu adalah wewenang kita karena masuk ke Jamkesda. Dengan adanya BPJS melebur, dimana tingkat pelayanan primer BPJS menyamaratakan dimana tidak ada pemeriksaan rontgen, lab dan lainnya sedangkan Puskesmas di DKI sudah dilengkapi pemeriksaan penunjang. Jadi kalau disimpulkan menjadi mundur karena PKM di DKI [Jakarta] sebelumnya sudah lengkap. Sedangkan dengan BPJS yang pada awalnya di Puskesmas bisa

pemeriksaan penunjang saat ada BPJS justru menjadi tidak bisa karena dianggap itu merupakan pelayanan rujukan sehingga tidak dibiayai BPJS jika dilakukan pemeriksaan penunjang. Jika mereka bayar tidak ada penggantian juga. Akhirnya masyarakat yg awalnya nyaman dengan KJS kesannya jadi ada kemunduran, sehingga rasanya sih kok kontra produktif ya" (wawancara mendalam UPT HIV UI-RSCM, Dinkes DKI Jakarta, September 2015).

4) Permasalahan kesehatan

Konteks permasalahan kesehatan termasuk HIV dan AIDS dibahas di kedua wilayah, salah satunya melalui Musrenbang sebagai wadah penyusunan rencana pembangunan yang dikembangkan dari bawah ke atas. Musrenbang dilakukan di kedua wilayah untuk mendapatkan masukan dan informasi dari masyarakat, seperti yang dijelaskan oleh salah satu informan di Kota Makassar:

"ini merupakan salah satu proses atau mekanisme yang dijalankan pemerintah bagaimana bisa merumuskan keinginan dan usulan usulan masyarakat, tentunya kan setiap lokasi daerah kecamatan atau kelurahan kan punya kendala dan permasalahan sendiri-sendiri sesuai dengan kondisi situasi lokasi mereka. Nah, melalui Musrenbang yang dilaksanakan ditingkat kota baik Musrenbang kelurahan, kecamatan dan akan sampai di tingkat kota inikan merupakan salah satu dasar kami dalam penyusunan perencanaan dan ini memang sudah kebijakan kota." (wawancara mendalam Unhas, Kepala Dinkes Kota Makassar, Oktober 2015)

Mekanisme dalam penetapan masalah secara umum adalah sama yaitu dengan memanfaatkan data-data kesehatan yang ada. Contohnya di Kota Makassar permasalahan kesehatan salah satunya dinilai dari data yang diperoleh dari kunjungan masyarakat ke fasyankes. Sementara di DKI Jakarta penetapan permasalahan kesehatan salah satunya dilakukan melalui data yang dikumpulkan dari kegiatan kesehatan berbasis masyarakat seperti Posyandu dan Posbindu. Penetapan permasalahan kesehatan dilakukan oleh pemangku kepentingan yang berperan dalam kesehatan, antara lain Dinkes, fasyankes seperti rumah sakit dan PKM serta LSM. Dasar epidemiologi yang dipakai untuk melakukan

penanggulangan belum terlalu jelas di kedua wilayah tersebut. Pemangku kepentingan masih merujuk pada data nasional dari Kemenkes, atau bila menggunakan data daerah yang digunakan antara lain data kunjungan dan perawatan pasien di fasyankes, dan juga prevalensi kasus dari tahun ke tahun.

Beberapa penyakit menular telah menjadi prioritas daerah dalam perencanaan dan penganggaran APBD 2015 di kedua daerah antara lain DBD, TB dan HIV. Jumlah kasus HIV yang cukup tinggi di kedua wilayah menjadi pertimbangan mengapa HIV dan AIDS menjadi salah satu penyakit prioritas. Di Kota Makassar berdasarkan data dari KPA hingga Oktober 2015 terdapat 7,016 kasus HIV dan AIDS. Sementara di Provinsi Sulawesi Selatan (merupakan provinsi induk dari Kota Makassar) mencapai 7,089 kasus HIV/AIDS²⁵. Di provinsi DKI Jakarta angka kumulatif kasus HIV/AIDS pada triwulan II (sampai dengan bulan Juni) 2015 mencapai 45,321 yang merupakan tertinggi di Indonesia.

C. Analisis Pemangku Kepentingan

Analisis pemangku kepentingan dilakukan dengan melakukan identifikasi kepentingan dan kekuasaan masing-masing aktor yang terlibat dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Analisis fokus pada pengambilan kebijakan khususnya untuk program ART. Dari hasil pengelolaan data primer, telah diidentifikasi beberapa pemangku kepentingan yang akan dianalisis lebih lanjut antara lain Bappeda, Dinas Kesehatan, KPAD, RSUD, Puskesmas/PKM, LSM serta populasi kunci dan ODHA. Hasil dari analisa dinilai seperti yang telah dijelaskan pada bab II (halaman 15) dan dibuat matriks kuadran seperti pada **gambar 14**.

1) Bappeda

Peran Bappeda terkait permasalahan HIV dan AIDS adalah penyusunan perencanaan

kesehatan, di mana Bappeda mendapatkan masukan dari Dinkes sebagai penanggung jawab utama kesehatan di daerah. Kemudian Bappeda menyesuaikan dan menyelaraskan usulan yang ada dengan peraturan nasional dan peraturan daerah lainnya.

"iya betul jadi saya katakan bahwa HIV/AIDS ini merupakan bentuk penanggulangan yang sifatnya nasional nah oleh karena itu pemerintah kabupaten kota termasuk Makassar punya kewajiban untuk melakukan itu melakukan penanggulangan yah punya kewajiban oleh karena itu di RPJM kita juga melalui SKPD lagi itu mereka sudah programkan. Itu yang terkait dengan SKPD itu yang kita programkan" (wawancara mendalam tim Unhas, Kepala Bappeda kota Makassar, Oktober, 2015).

Bappeda bekerja sama dalam kegiatan advokasi dengan Dinkes agar perencanaan bisa disetujui dalam proses kajian oleh DPRD. Dari hasil tersebut Bappeda akan mengoordinasikan kepada seluruh SKPD untuk selanjutnya dapat diimplementasikan melalui SKPD terkait. Namun, meskipun permasalahan kesehatan termasuk salah satu permasalahan wajib daerah yang harus ditangani oleh Bappeda, namun bila dilihat lebih jauh lagi untuk penanggulangan HIV dan AIDS khususnya melalui program ART dianggap kurang prioritas karena selama ini masih menjadi program nasional. Berdasarkan pertimbangan tersebut maka kepentingan Bappeda bila dilihat untuk program ART maka kepentingannya rendah.

Di lain sisi, berdasarkan kekuasaan atas sumber daya, Bappeda memiliki wewenang untuk menentukan program prioritas yang diusulkan SKPD, selain itu juga mampu mengalokasikan sumber dana untuk penanggulangan HIV dan AIDS. Di kota Makassar, Bappeda beranggapan bahwa mereka sudah mampu untuk mengatasi permasalahan dalam penganggaran kesehatan termasuk di dalamnya untuk HIV dan AIDS, di mana saat membutuhkan dana yang besar, mereka mampu mengatasi dan mencari jalan keluar. Sementara di DKI Jakarta seperti dibahas di bagian komitmen politik daerah, sudah ada komitmen pemda yang cukup besar untuk pembiayaan menggunakan APBD.

25) Laporan Perkembangan HIV dan AIDS Triwulan II tahun 2015, kementerian Kesehatan Indonesia

KEPENTINGAN	Tinggi	LSM Populasi kunci	Dinas Kesehatan PKM
	Rendah	KPAD RSWS Prov Sulsel	Bappeda RSUD DKI Jakarta RSUN
		Rendah	Tinggi
		KEKUASAAN	

Keterangan:

- Kepentingan Tinggi, Kekuasaan Rendah
- Kepentingan Tinggi, Kekuasaan Tinggi
- Kepentingan Rendah, Kekuasaan Rendah
- Kepentingan Rendah, Kekuasaan Tinggi

Gambar 14. Kuadran Tingkat Kepentingan dan Kekuasaan Para Pemangku Kepentingan

Dari hasil interview menunjukkan bahwa Bappeda melihat HIV sebagai permasalahan nasional, sehingga kebijakan terkait HIV dan AIDS di daerah harus sejalan juga dengan kebijakan nasional. Berdasarkan hal tersebut maka penanggulangan HIV dan AIDS perlu menjadi prioritas daerah juga. Selain itu Bappeda memiliki wewenang untuk menerapkan peraturan atau regulasi daerah, salah satu contohnya adalah SK yang dikeluarkan oleh Walikota Makassar tentang honor tenaga penjangkau HIV dan AIDS, sehingga perencanaan anggaran untuk hal ini harus masuk dalam APBD.

Berdasarkan pertimbangan kekuasaan yang dimiliki atas sumber daya dan posisi politiknya, maka Bappeda dianggap memiliki kekuasaan yang tinggi. Dampak yang timbul dari kondisi ini adalah meskipun memiliki kekuasaan yang besar, Bappeda memerlukan dorongan yang kuat untuk melakukan perubahan kebijakan dalam program ART karena selama ini belum menjadi salah satu prioritas dari Bappeda. Sampai saat ini, program ART masih sepenuhnya ditanggung pemerintah pusat sehingga dari pemerintah daerah hanya mengikuti saja kebijakan, regulasi dan termasuk juga pembiayaan dari pusat.

2) Dinkes

Dinkes sebagai lembaga yang bertanggung jawab untuk permasalahan kesehatan di daerah memiliki kekuasaan otonomi

untuk mengatur kesehatan rakyat di daerahnya. Untuk mencapai kepentingannya Dinkes di kedua wilayah penelitian melakukan kajian yang melibatkan masyarakat dan melalui proses Musrenbang yang hasilnya menjadi dasar usulan perencanaan RPJMD di Bappeda. Termasuk dalam perencanaan kesehatan tersebut yaitu program HIV dan AIDS, salah satunya layanan ART.

Dinkes juga memiliki peran supervisi dan *movev* untuk menjaga kualitas mutu layanan kesehatan, salah satunya melalui sistem informasi HIV dan AIDS (SIHA). Terkait hal itu, Dinkes memiliki peran untuk memfasilitasi dan menyediakan kebutuhan fasyankes khususnya yang tidak masuk dalam BLUD seperti obat ARV yang pengadaannya melalui pusat. Dinkes juga bertanggung jawab dalam mengkoordinasi kerjasama antar layanan atau sistem rujukan pengobatan ARV. Dari gambaran tersebut, jelas bahwa kepentingan Dinkes sehubungan dengan penanggulangan HIV dan AIDS khususnya ART sangat tinggi.

Adanya desentralisasi daerah memberikan Dinkes kekuasaan yang besar baik dalam pemanfaatan sumber daya maupun posisi politiknya. Termasuk wewenang untuk memanfaatkan sumber pembiayaan lain sebagai dukungan program kesehatan termasuk di dalamnya penanggulangan HIV dan AIDS seperti akses terhadap dana BOK, bantuan MPI dan juga BPJS. Dinkes juga memiliki kewenangan dalam mengelola SDM termasuk mengontrak petugas (di luar pegawai negeri sipil/PNS) dan manajemen logistik terkait layanan ART kecuali ARV yang masih dari pusat. Secara struktural Dinkes memiliki kekuasaan dalam menggerakkan fasyankes di bawahnya untuk pelaksanaan program ART termasuk pelaporan secara berjenjang ke pusat terkait kebutuhan ARV. Proses distribusi ARV juga berjalan berjenjang baik di DKI Jakarta maupun Kota Makassar mulai dari pusat, ke Dinkes Provinsi lalu ke Dinkes Kabupaten/Kota selanjutnya didistribusikan ke fasyankes.

3) KPAP/D

Peran KPA adalah melakukan peran koordinasi antar SKPD, mitra lokal dan membentuk pokja yang dianggap perlu dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Namun dalam program ART, yang menjadi *leading sector* adalah Dinkes karena fokus utama adalah layanan pengobatan melalui fasyankes. Namun, dalam pelaksanaannya program ART di luar fasyankes misalnya dukungan dalam hal menjaga kepatuhan minum obat melalui pendamping/buddies dan MK yang umumnya dari LSM.

Berdasarkan hasil wawancara dengan berbagai perwakilan pemangku kepentingan khususnya perwakilan populasi kunci/LSM, KPA dianggap belum berperan maksimal dalam menjalankan fungsi dan peran koordinasinya baik DKI Jakarta maupun Kota Makassar. KPA lebih sering menjadi implementor (pelaksana program) sehingga membingungkan pelaksana di lapangan.

“....Harusnya KPA kota itu melibatkan LSM yang ada di Makassar ini atau organisasi populasi kunci dalam setiap kegiatan yang isunya mengenai apa yang ada di RAB mereka. Hitung-hitung itu sebagai salah satu bentuk koordinasi. Dua eksistensi mendukung bentuk eksistensi LSM yang ada di Makassar. Yang ketiga mungkin menjalankan fungsi KPA kota sebagai lembaga koordinatif dan forum aspirasi masyarakat harusnya menurut saya. Jadi bukan tidak eksklusif. Menurut saya kemudian KPA kota atau KPA provinsi menjadi, yaa... dasarnya bisa dibilang hanya milik beberapa orang, mereka yang merencanakan, mengonsep suatu kegiatan, tanpa melibatkan LSM dan masyarakat. Kemudian implementasinya, implementasi juga mereka yang lakukan” (wawancara mendalam tim Unhas, Perwakilan Populasi kunci kota Makassar, Juli 2015)

Namun, ada juga yang menyatakan bahwa KPA cukup membantu dalam menjembatani kepentingan populasi kunci dan ODHA, di mana KPAP DKI Jakarta dianggap banyak membantu dalam memberi dukungan sosial. Dari gambaran tersebut belum dapat dilihat kepentingan KPA yang cukup tinggi terhadap program ART.

Bila dilihat dari sisi kekuasaan, KPAP/D dalam mengakses sumber daya masih sangat

tergantung dari dana APBD dan MPI. Di Kota Makassar, dukungan dana APBD cukup besar terhadap KPA melalui dana hibah. Dana ini lebih banyak dimanfaatkan di sektor pencegahan berkoordinasi dengan LSM. Namun, dana hibah tersebut sulit untuk dimobilisasi karena terikat berbagai macam peraturan.

Fungsi koordinasi KPAP/D yang seharusnya dapat menjadi kekuatan untuk mengakses sumber daya untuk program ART dalam proses politik tidak ditemukan dalam penelitian ini. Posisi KPAP/D sebagai lembaga yang tidak berada dalam struktur Pemkot, membuat wewenangnya untuk mendorong SKPD, dalam hal ini Dinkes untuk program ART menjadi sangat rendah. Dengan kepentingan dan kekuasaan yang rendah maka implikasi yang ditimbulkan KPAP/D terkait program ART dianggap tidak memberikan dampak yang berarti.

4) Rumah Sakit (tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional)

Selain berfungsi memberikan layanan kuratif bagi seluruh lapisan masyarakat, RSUD juga berperan sebagai pelaksana program kesehatan salah satunya program ARV. RSUD yang terpilih bertugas melaksanakan fungsi sebagai pusat rujukan untuk layanan ART. Dalam pelaksanaannya, RSUD memiliki target yang ditetapkan daerah, misalnya target DKI Jakarta untuk mencapai tes HIV sebanyak tiga juta orang yang menjadi target bersama fasyankes. Namun sebagai unit rujukan, dalam proses pemenuhan target tersebut rumah sakit cenderung lebih pasif. Untuk layanan ART di kedua wilayah di tingkat puskesmas (layanan ART mandiri ataupun satelit) sudah mengalami peningkatan sehingga RSUD berfungsi lebih banyak sebagai pusat rujukan. Hal ini menyebabkan kepentingan RSUD untuk layanan ARV menurun sehingga dianggap kepentingannya rendah.

“...Konteks RS ini adalah rujukan untuk layanan, kalo keaktifan sebetulnya si agak sulit jawabnya karena selama di sini tidak jalan ya masyarakat umum. Jadi keterlibatan masyarakat dalam layanan di sini beda

dengan di PKM, memang kita betul betul dilibatkan dengan masyarakat dalam pertemuan keluarga, kecamatan, itu memang tupoksi pkm...” (wawancara mendalam tim UPT HIV UI-RSCM, Kepala UPT HIV RSCM, Agustus 2015).

Sementara itu ada dua tingkat rumah sakit lainnya yaitu di tingkat provinsi (RS dr. Wahidin Sudirohusodo/RSWS untuk Provinsi Sulawesi Selatan) di Kota Makassar dan nasional (RS dr. Cipto Mangunkusumo/RSCM dan RS Dharmais) di DKI Jakarta yang memiliki fungsi dan peran berbeda sesuai dengan tingkatannya. RSWS sebagai RS rujukan dari RSUD Kota Makassar, sama halnya dengan RSCM dan RS Dharmais yang menjadi pusat rujukan dari RSUD yang ada di DKI Jakarta, meskipun ada pasien yang langsung datang tanpa melalui jenjang rujukan. Karena perannya sebagai rumah sakit rujukan dari daerah maka kepentingan ketiga rumah sakit ini sangat terbatas dan dapat dinilai bahwa kepentingannya rendah.

Dilihat dari sisi kekuasaan, meskipun RSUD memiliki sumber daya yang besar untuk pengobatan, bila digali lagi sumber daya yang khusus untuk penanggulangan HIV dan AIDS masih kurang di kedua wilayah penelitian. Kekuasaan akan sumber daya internal ada di tangan rumah sakit di semua level baik RSUD, RSUP maupun RSUN. Mereka mampu membuat peraturan internal, termasuk menyiapkan layanan tambahan untuk HIV khususnya ARV, misalnya layanan saat hari libur atau penyesuaian jam kerja.

Terkait dengan pengadaan obat, alat kesehatan (alkes) dan kebutuhan layanan lainnya, RSUD baik di DKI Jakarta dan Kota Makassar sudah banyak yang BLUD sehingga punya kekuasaan untuk melakukan perencanaan sesuai kebutuhannya sendiri. Ini termasuk untuk obat IO, IMS dan reagen VCT, kecuali untuk pengadaan ARV yang pengadaannya dari pusat. Namun, berapa besar kebutuhan ARV berdasarkan hitungan RSUD bukan Dinkes. Terkait pembiayaan, RSUD hanya memperoleh dari pemerintah sehingga ada atau tidaknya MPI dianggap tidak memberikan pengaruh besar pada layanan.

Tabel 25. Gambaran Kekuasaan pada Rumah Sakit di Berbagai Tingkatan

Nama RS	Status dan daerah	Kekuasaan	Kepentingan
RSCM dan RS Dharmais	Nasional, Jakarta	Tinggi	Rendah
Semua RSUD (RS Koja, RS Pasar Rebo, RS Budhi Asih, RS Duren Sawit, RS dr. Sutoyo, RS Tarakan dan RSUD Cengkareng)	Kota/ Kabupaten, Jakarta	Tinggi	Tinggi
RSWS	Provinsi, Makassar	Rendah	Rendah
RSUD Daya dan RS Labuang Baji	Kota/ Kabupaten, Makassar	Tinggi	Tinggi

166

Dalam hal koordinasi sumber-sumber dana kadang rumah sakit merasa tidak banyak dilibatkan, hal ini seperti yang disampaikan oleh perwakilan dari RSCM (sebagai rumah sakit tingkat nasional) bahwa rumah sakit lebih dianggap sebagai penerima anggaran saja. Sistem kesehatan dibuat di luar sistem rumah sakit sehingga tidak memiliki kekuasaan atau pengaruh. Rumah sakit hanya bisa memberi masukan kepada pemerintah/ Dinkes terutama terkait ketersediaan obat atau pemeriksaan, misalnya untuk menurunkan harga karena kebutuhan pasien cukup tinggi melalui pertemuan-pertemuan rutin yang diadakan Dinkes.

Berdasarkan pertimbangan di atas maka tingkat kekuasaan akan dinilai pada masing-masing level yang ditunjukkan dalam **tabel 25**.

5) Puskesmas

Peran puskesmas adalah memberikan layanan kesehatan dan pelaksana program kesehatan termasuk program ART sebagai bagian dari layanan HIV dan AIDS di DKI Jakarta

maupun Kota Makassar. Dalam melaksanakan program HIV dan AIDS, puskesmas melakukan penjangkauan misalnya melalui *mobile clinic*. Hal ini juga menjadi bagian dari perannya sebagai layanan *perifer* yang berinteraksi langsung ke masyarakat, dan membuat puskesmas menjadi jauh lebih proaktif dalam pelaksanaan program di masyarakat dibandingkan dengan rumah sakit.

Untuk layanan ART, belum semua puskesmas mempunyai layanan ART, namun jumlahnya semakin bertambah. Dalam melaksanakan program ART, puskesmas memiliki kepentingan untuk memenuhi target dari Dinkes. Namun kenyataannya masih banyak informan yang menyatakan tidak ada target spesifik untuk layanan ART, sehingga pelayanan hanya berjalan secara mekanis sesuai peran.

Dari data yang dikumpulkan, puskesmas di kedua wilayah sudah melaksanakan program LKB-SUFA. Program tersebut dianggap cukup membantu mendorong pembentukan layanan ART di puskesmas. Dari gambaran

yang diberikan tentang peran dan fungsi yang dilakukan oleh PKM di kedua wilayah menunjukkan bahwa PKM memiliki kepentingan tinggi dalam program HIV (ART).

Dalam melaksanakan perannya, puskesmas memanfaatkan kekuasaannya untuk mengelola sumber daya yang ada. Puskesmas saat ini memiliki kewenangan untuk membuat perencanaan RUK, termasuk program ART. Hasil perencanaan tersebut nantinya disesuaikan dengan kegiatan Pokja HIV Daerah yang kemudian dikaji dan diputuskan oleh Dinkes terkait pembiayaannya. Beberapa puskesmas di DKI Jakarta sudah BLUD sehingga punya kekuasaan untuk melakukan perencanaannya sendiri.

“...Untuk pkm [Puskesmas] sudah BLUD sehingga anggaran bisa dirancang sendiri secara leluasa dari mulai perencanaan test, obat dan sdm asalkan kegiatan sinkron dengan kegiatan di setiap tingkatnya sama misalnya dari tingkat sudinkes kota, dinkes sampai propinsi” (wawancara mendalam tim UPT HIV UI-RSCM, PJ program HIV Dinkes Prov DKI Jakarta, Agustus 2015).

Karena sumber dananya dominan dari pemerintah daerah maka tidak adanya pendanaan dari donor tidak banyak berpengaruh terhadap layanan. Kemungkinan pengurangan layanan adalah dampak dari hubungan kerjasama dengan LSM misalnya melalui kegiatan seperti *mobile VCT* atau menerima rujukan pasien dari LSM. Sementara LSM masih tergantung dengan donor dari luar.

Puskesmas dalam konteks status politiknya mampu memberikan masukan kepada Dinkes terkait pemanfaatan APBD untuk layanan ART, usulan kebutuhan tenaga penjangkau serta mengajukan pelatihan-pelatihan tambahan sesuai dengan kebutuhannya. Dari deskripsi di atas dapat dilihat bahwa PKM memiliki kekuasaan yang cukup besar dalam mengakses dan pemanfaatan sumber daya, selain itu juga memiliki daya tawar yang cukup kuat di Dinkes karena fungsinya yang besar di layanan kesehatan masyarakat. Dampak dari keadaan ini adalah bahwa puskesmas memiliki kemampuan untuk memengaruhi dan

mengusulkan regulasi terkait layanan ART sesuai dengan kebutuhan di layanan. Hal ini dapat membantu meningkatkan efektifitas kerja mereka sebagai bagian dari pemenuhan kepentingan mereka.

6) LSM

Masing-masing LSM memiliki tujuan dan target yang berbeda. Dalam program ART, LSM memiliki kepentingan yang tinggi karena perannya LSM dalam membantu populasi kunci dan ODHA. Kekuatan LSM adalah kemampuan pengorganisasian dan pemberdayaan terhadap masyarakat maupun komunitas. Mereka berperan sebagai penghubung antara komunitas dan layanan kesehatan, berperan sebagai educator dan pemberi informasi. Dalam melaksanakan perannya, LSM berkerjasama dengan puskesmas untuk memastikan konstituennya dapat mengakses layanan ART dengan baik. Meskipun demikian kinerja LSM bervariasi, beberapa informan dari fasyankes berpendapat bahwa LSM belum terlalu menunjukkan perannya dan koordinasi dengan fasyankes masih rendah.

LSM memiliki akses dana dari MPI untuk implementasi program, namun sumber dana lainnya masih sangat terbatas, misalnya dari pemerintah atau swasta. Keterbatasan sumber dana ini menyebabkan kerjasama dengan fasyankes terkesan datang dan pergi. Meskipun bermitra dengan MPI, LSM tidak memiliki kekuatan negosiasi, terutama untuk kebutuhan komunitas di luar program yang sudah dirancang.

LSM tidak dikuasai oleh Dinkes, sehingga mereka bisa bekerja sama dengan siapapun termasuk fasyankes sesuai kebutuhan. Namun LSM juga harus menyesuaikan dengan aturan mitra kerja misalnya puskesmas dan kondisi pasien. Kerjasama dengan puskesmas membantu mekanisme layanan ART untuk membantu mempermudah akses dan menjamin ketersediaan ARV bagi konstituennya, misalnya melalui MoU dengan puskesmas. Dalam konteks politik yang lebih tinggi, LSM

belum banyak dilibatkan dalam pertemuan daerah misalnya Rakerda, sehingga suara LSM belum terlalu berpengaruh khususnya program ARV. Dengan demikian, meskipun memiliki kepentingan tinggi, LSM tidak memiliki kekuasaan yang cukup besar yang dapat memberikan pengaruh terhadap regulasi program ART.

7) Populasi kunci dan ODHA

Populasi kunci dan ODHA memiliki kepentingan yang tinggi karena mereka membutuhkan akses ke layanan kesehatan, dalam studi kasus ini layanan yang dimaksud adalah layanan ART. Di DKI Jakarta, target pemeriksaan HIV sudah meluas ke populasi umum sehingga populasi kunci sudah harus terjangkau. Layanan kesehatan, termasuk layanan ART, di kedua wilayah seharusnya sudah bisa diakses secara gratis melalui JKN atau Jamkesda. Namun di beberapa tempat untuk akses ARV masih dikenakan biaya administrasi (sekitar ± Rp. 50,000.00). Bagi beberapa populasi kunci ini dianggap cukup memberatkan. Di sisi lain, faktor status ODHA membuat mereka mendapatkan perlakuan khusus di layanan kesehatan dan hal ini dianggap menguntungkan bagi mereka.

Akses informasi HIV sudah banyak diberikan di fasyankes maupun LSM. Populasi kunci dan ODHA memiliki sumber daya yang unik yaitu akses terhadap kelompok dan komunitas mereka sehingga memudahkan mereka untuk menyampaikan informasi dan mendampingi melalui kelompok dukungan sebaya (KDS). Dalam perannya ini populasi kunci didampingi dan dibiayai oleh MPI di bawah koordinasi KPA. ODHA dalam akses layanan banyak dibantu oleh dampingannya seperti KDS, sehingga akses lebih mudah misalnya pendaftaran BPJS secara kolektif.

Meskipun memiliki posisi strategis, namun populasi kunci dan ODHA tidak memiliki kemampuan advokasi dan negosiasi. Hal ini menyebabkan kekuasaan mereka rendah. Beberapa populasi kunci dan ODHA yang

memiliki pemahaman dan pengetahuan yang bagus mengenai program ART dilibatkan misalnya sebagai kader LKB di puskesmas. Namun di luar itu pelibatan komunitas di tingkat perencanaan program masih minim. Populasi kunci dan ODHA kadang diundang dan dilibatkan dalam pertemuan perencanaan di KPA, namun kekuatannya dalam memberikan pengaruh kebijakan masih rendah. Dalam kegiatan *movev*, pelibatan populasi kunci dan ODHA lebih sebagai objek untuk memberikan informasi terkait kebutuhan sebagai masukan dalam perencanaan program HIV termasuk di dalamnya program ART. Sehingga sama seperti LSM, posisi populasi kunci dan ODHA tidak memberikan pengaruh besar dalam perubahan kebijakan di program ART, kecuali hanya sebagai subyek dan target dari program saja.

D. Deskripsi Fungsi Sistem Kesehatan dalam Layanan ARV

Bagian ini berisi gambaran secara lebih detil pada masing-masing dimensi yang ada di sub-sistem kesehatan. Hasil integrasi dari masing-masing dimensi kemudian dianalisa kembali pada tingkat sub-sistem untuk menilai integrasi tingkat sub-sistem, dan hal yang sama dilakukan untuk menilai integrasi pada program ART.

1) Manajemen dan regulasi

a. Regulasi

Pada dimensi regulasi ini antara sistem dan program penanggulangan HIV dan AIDS telah menunjukkan integrasi penuh, meskipun integrasi yang ditunjukkan tidak menggambarkan secara spesifik untuk intervensi program ARV. Kesimpulan ini berdasarkan pertimbangan bahwa permasalahan HIV dan AIDS sudah masuk dalam prioritas kesehatan di kedua wilayah (DKI Jakarta²⁶ dan kota Makassar²⁷) yang

26) RPJMD DKI Jakarta tahun 2013-2017

27) RPJMD Kota Makassar tahun 2014 - 2019

diterjemahkan dalam APBD dan diturunkan dalam renstra kesehatan dan rencana kerja Dinkes seperti yang digambarkan pada konteks komitmen politik di atas. Meskipun tidak diperoleh data detail APBD untuk program ARV, dana program ARV sudah ada dalam APBD DKI Jakarta dan Kota Makassar yang tersebar di SKPD/UKPD. Pemanfaatan dana APBD digunakan untuk mendanai program yang belum mendapatkan pembiayaan dari APBN maupun donor, di mana harus juga dipastikan tidak terjadi tumpang tindih antara anggaran dari BOK, dana dekonsentrasi, dana dari MPI dan lain sebagainya.

Pelaksanaan dan tata kelola program HIV dan AIDS menjadi tanggung jawab daerah dan menyesuaikan dengan SRAD. Karena program ARV masuk dalam wilayah perawatan, fokus kerja ada pada puskesmas dan RSUD di bawah Dinkes. Sementara penyediaan ARV semua dikelola pusat (dana APBN didukung GF) dan didistribusikan ke daerah melalui jalur berjenjang. Obat dan alkes lainnya terkait program ART dikelola oleh daerah menggunakan dana APBD seperti yang dijelaskan dalam kutipan di bawah ini:

“...Kita ga menanggung kebutuhan obat, reagen, alkes fasyankes, itu langsung ke unit masing – masing. Tetapi untuk pembelian ARV ditanggung pusat. Sebagai gambaran saja di tingkat nasional belanja ARV menempati no 2 di tingkat nasional. Dari bantuan LN yaitu GF sekitar 12 M/tahun dengan WP 3 tahun juli 2012 – juni 2015 untuk DKI saja.”
(wawancara mendalam Tim UPT HIV UI-RSCM, PJ program HIV Dinkes Prov DKI Jakarta, Agustus 2015)

Hambatan yang dihadapi di wilayah DKI adalah pada keterbatasan pembiayaan yang berbentuk hibah sehingga menjadi tidak leluasa dalam pemanfaatannya untuk mendukung kegiatan LSM. Dibutuhkan regulasi yang lebih jelas tentang pemanfaatan dana hibah. Sedangkan di Makassar hambatan yang muncul adalah perebutan wilayah kerja antar LSM untuk memenuhi target daerah yang cukup tinggi karena dibuat berdasarkan target nasional. Diperlukan koordinasi dan perencanaan program yang lebih baik sesuai dengan situasi epidemi daerah.

b. Formulasi kebijakan

Proses pengembangan program ART (perencanaan, penganggaran, alokasi dana dan pertanggungjawaban) masih bersifat vertikal baik di DKI Jakarta maupun Kota Makassar, sehingga bisa dikatakan bahwa proses formulasi kebijakan tidak terintegrasi. Perencanaan kesehatan di kedua wilayah dikembangkan berbasis data program ART yang telah dikumpulkan dan dianalisa melalui SIHA. Namun, diakui bahwa masih ada hambatan dalam SIHA termasuk pemanfaatan data di daerah. Dari data dan masukan dari unit pelaksana seperti puskesmas dan masyarakat, disusun renstra kesehatan termasuk program ART oleh Dinkes, seperti contoh yang disampaikan oleh informan di bawah ini:

“...usulan-usulan program itu memang masukannya dari puskesmas apa yang akan kita laksanakan apa yang kita programkan itu kita masukkan ke dinas kesehatan kota nanti dinas kesehatan kota yang godok lagi untuk penganggarnya.” (wawancara mendalam tim Unhas, pengelola program HIV PKM Kassi, September 2015)

Namun, untuk program ART pelaksanaan sistem desentralisasi belum terjadi karena program ART merupakan program nasional sehingga formulasi kebijakannya terpusat. Manajemen pengadaan ARV sudah dibuat di tingkat nasional, dan daerah tinggal melaksanakannya. Perencanaan jumlah kebutuhan disusun berdasarkan laporan dari fasyankes, yang dilaporkan secara berjenjang, kemudian pengadaan dan distribusi diatur dan dibiayai dari pusat.

Terkait dengan penganggaran, di DKI Jakarta tidak diperoleh data detail per program namun dari anggaran untuk penanggulangan HIV hanya diperoleh informasi dari perwakilan KPAK Jakarta Pusat bahwa perkiraan penggunaan proporsi anggaran HIV sebesar 70% untuk program, 20% untuk gaji, 10% untuk operasional kantor. Sementara bila dilihat dari sumber dananya, informasi yang sama diperoleh bahwa untuk pengadaan obat ARV di kedua wilayah mendapat pendanaan penuh dari APBN. Sementara untuk CST penganggaran berasal dari APBD masing-masing daerah, di mana di

Kota Makassar disusun oleh tim CST dengan melibatkan pengelola program HIV PKM dan tim lainnya yang terlibat.

c. Akuntabilitas

Analisis integrasi untuk akuntabilitas mengacu pada akses masyarakat untuk ikut dalam proses monitoring dan evaluasi program ART termasuk terlibat dalam pengambilan keputusan. Proses yang terjadi antara sistem kesehatan umum dan program ART sama, meskipun bila digali lebih dalam, peran dan akses masyarakat masih sangat kurang terutama dalam pengambilan keputusan. Berdasarkan penilaian tersebut, dapat disimpulkan bahwa akuntabilitas dianggap belum terintegrasi.

Musrenbang sebagai salah satu cara keterlibatan masyarakat dalam proses perencanaan di DKI Jakarta dan Kota Makassar, belum menunjukkan bukti adanya usulan dalam perencanaan untuk layanan ART oleh perwakilan masyarakat. Di DKI Jakarta menurut perwakilan dari Dinkes, Musrenbang cukup bermanfaat, namun perwakilan dari KPAP berpendapat lain bahwa Musrenbang selama ini belum terasa manfaatnya. Keterlibatan masyarakat atau populasi kunci dapat dilihat dalam lingkup LSM, di mana ada keterlibatan dan koordinasi yang cukup baik dalam perencanaan program di tingkat LSM. Hal ini diungkapkan oleh perwakilan KPAP DKI Jakarta secara tertulis:

“Masyarakat dalam hal ini LSM Peduli AIDS dan Komunitas Jaringan diikuti sertakan dalam Rakeda maupun Rakerwil Kota/Kab setiap Tahun” (jawaban tertulis kepada tim UPT HIV UI-RSCM, KPAP DKI Jakarta, Agustus 2015).

Akses informasi terkait laporan program ART juga tidak diperoleh informasi bagaimana laporan diinformasikan kepada masyarakat sehingga koordinasi dan komunikasi antara pembuat/pelaksana program ART dengan masyarakat atau penerima manfaat dianggap sangat rendah.

2) Pembiayaan

a. Pengelolaan sumber pembiayaan

Sudah ada mekanisme pengelolaan sumber dana dan koordinasi bagaimana pemanfaatan dana dalam pembiayaan program HIV dan AIDS di DKI Jakarta dan Kota Makassar, termasuk di dalamnya program ART. Dapat disimpulkan bahwa sudah ada integrasi penuh dalam dimensi ini yang akan digambarkan lebih detail pada penjelasan di bawah, termasuk beberapa hambatan dalam hal koordinasi dan masalah kecukupan anggaran.

Sumber dana untuk pelaksanaan pembangunan yang berasal dari berbagai sumber, membutuhkan koordinasi yang baik dalam pemanfaatannya untuk perencanaan dan pelaksanaan program. Pengelolaan dana di DKI Jakarta dilakukan bersinergi dengan kebijakan nasional, sehingga untuk pembiayaan program ART bisa dikelola dengan baik pembagiannya antara APBD, APBN atau sumber lainnya. Koordinasi ini dilakukan oleh Dinkes sebagai penanggung jawab utama bidang kesehatan di daerah. Sementara di Kota Makassar, koordinasi pengelolaan sumber dana terkadang masih mengalami permasalahan karena kompleksitas penganggaran lintas program.

Sementara itu, pendanaan untuk program ART (diluar pengadaan obat ARV) yang ada di kedua daerah, bervariasi. Dari data yang terkumpul tidak didapatkan informasi kekurangan atau pengalihan atau pemotongan alokasi atau program ART. Di DKI Jakarta dianggap sudah mencukupi untuk pengembangan respons PDP HIV. Meskipun dana BPJS dianggap belum mampu memenuhi semua kebutuhan layanan ART, namun Pemda memiliki KJS untuk menutupinya. Di Kota Makassar, alokasi dana BPJS sebagian bisa digunakan untuk operasional puskesmas yang mendukung layanan ART (diluar obat ARV) sehingga membantu mengurangi anggaran dari Dinkes. Jumlah pendanaan di Kota Makassar dianggap masih kurang karena masih banyak bergantung dukungan dari program GF. Hal ini sesuai dengan gambaran yang diberikan oleh salah satu informan dari PKM di Kota Makassar:

“...sejauh ini belum. kalo untuk sementara ini karena itulah kendalanya persoalan dana karena kadang kenapa saya bilang persoalan dana karena seperti yang saya bilang tadi kadang-kadang persoalan pendukungnya kaya reagen, obat VCT dan sebagainya kadang kita kekurangan...” (wawancara mendalam tim Unhas, pengelola program HIV PKM Kassi, September 2015).

Untuk pembiayaan program ART sejauh ini untuk penyediaan obat masih sepenuhnya dari pusat. Sementara untuk penunjang program ART menggunakan dana JKN atau APBD. Dari penggunaan dana tersebut, ada sistem pelaporan dari unit kerja secara langsung sebagai pertanggungjawaban penggunaan dana.

b. Penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran

Tingkat integrasi pada dimensi penganggaran, proporsi distribusi dan pengeluaran untuk program ART adalah tidak terintegrasi. Karena meskipun sudah ada mata anggaran untuk program HIV dan AIDS, namun belum ada mata anggaran spesifik untuk program ARV di tingkat daerah, semuanya masih dibiayai oleh APBN sehingga dianggap tidak ada integrasi di tingkat daerah dan program ini berjalan paralel dengan program kesehatan lainnya.

Proporsi anggaran APBD untuk penanggulangan HIV dan AIDS di DKI Jakarta dan Kota Makassar dananya sudah cukup besar dan cenderung semakin meningkat dari tahun ke tahun. Meskipun di Kota Makassar dianggap masih belum mencukupi kebutuhan dan masih banyak tergantung dari donor GF. Untuk proporsi anggaran kesehatan berdasarkan layanan preventif, kuratif dan rehabilitatif tidak didapatkan data secara detil dalam APBD, namun diperoleh proporsi estimasi kebutuhan untuk dana penanggulangan HIV dan AIDS. Sementara untuk proporsi dana yang tersedia untuk program (PDP)

171

Tabel 26. Estimasi Kebutuhan Dana untuk Penanggulangan HIV dan AIDS (dalam Milyar Rupiah)

Jenis Kebutuhan	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pencegahan	244,6	298,4	343,2	326,1	332,6	335,9
PDP	271,6	282,5	299,4	323,4	358,9	376,9
Mitigasi Sosisal						
Lingkungan Kondusif	113,6	138,6	160,8	170,4	182,3	191,5
Jumlah	629,8	719,5	803,4	819,9	873,8	904,3

Sumber: SRAP DKI Jakarta tahun 2013-2017

ARV tidak didapatkan data besarnya, yang ada hanya dana untuk HIV secara keseluruhan misalnya di DKI Jakarta ada sekitar Rp 3 miliar.

Untuk proporsi pendanaan berdasarkan informasi yang didapat di Kota Makassar, dana dari donor (GF) termasuk membiayai tes VCT dan terapi ARV bersama dengan dana APBN, dana BOK untuk kegiatan pencegahan berupa transport petugas dan sosialisasi PMTCT. Di DKI Jakarta proporsi pendanaan untuk HIV dan AIDS secara umum dari daerah (APBD) cukup besar termasuk di dalamnya pembiayaan program ART, di luar obat ARV pembiayaan lainnya seperti biaya untuk pemeriksaan lab dan keperluan pra-ARV sebagian dibiayai oleh APBD.

Dana penanggulangan HIV dan AIDS selain dana yang disalurkan melalui SKPD/UPKD tersebut ada dana hibah, misalnya yang diberikan pada KPAD maupun Dinkes. Dana hibah ini seharusnya bisa dimanfaatkan untuk mendukung pembiayaan *link to care* yang banyak dilakukan oleh LSM dalam mendukung layanan ART dalam konteks yang lebih besar. Namun sayangnya hal ini belum terjadi. Dana hibah ini bila tidak terserap harus dikembalikan ke pusat. Proses penganggaran, proporsi dan distribusi dana hibah ini sangat dipengaruhi oleh pusat.

c. Mekanisme pembayaran layanan

Mekanisme pembayaran layanan ART seharusnya masuk dalam JKN (BPJS). Namun, beberapa pemeriksaan masih harus bayar (*out of pocket*) dan obat ARV masih menjadi tanggungan APBN. Dengan pertimbangan bahwa belum semua aspek layanan ART dijamin oleh pemerintah maka penilaian dimensi ini masih terintegrasi sebagian.

Untuk pemanfaatan JKN, di DKI Jakarta saat ini diperkirakan ada sekitar 8,492,117 jiwa (6%) yang mengakses JKN PBI dan 4,869,009 jiwa (4%) JKN non PBI yang dapat digunakan untuk layanan orang miskin dan termarginalkan. Selain melalui JKN PBI di DKI Jakarta ada jaminan kesehatan dari daerah melalui KJS. Sementara di Makassar layanan Jamkesda juga berjalan secara paralel. Layanan kesehatan ini

juga mencakup layanan ART meskipun yang ditanggung oleh JKN dan Jamkesda belum semua.

"Kalau untuk sekarang ini Alhamdulillah di cover sama JKN atau BPJS cuman di dalam JKN itu ada sebenarnya kriteria-kriteria juga yang sampai teman-teman agak muncul pertanyaan-pertanyaan seperti permasalahan kemarin BPJS cuman menanggung pengobatan CMV tapi dengan catatan CD4 di bawah 100..... Nah yang ke 2 BPJS kalau untuk teman-teman B20 itu kadang kita mensiasatinya dengan diagnosisnya ji yang muncul, tapi infeksi oportunistiknya tidak terlalu pudar sebenarnya tapi pada prinsipnya teman-teman ketika di rawat inap itu sudah jelas kelihatan bahwa, contoh salah satu rumah sakit Wahidin contoh, ketika dia mengakses dan rawat inap di infection center lantai 3 itu dengan sendirinya pasti statusnya B20 walaupun cuman yang dimunculkan diagnosis dan IO nya" (wawancara mendalam tim Unhas, Populasi Kunci, Juli 2015).

Untuk obat ARV semuanya ditanggung pemerintah pusat melalui anggaran program nasional, dan untuk pemeriksaan lab lainnya masih *out of pocket*. Di Kota Makassar informasi yang didapat adalah belum ada upaya untuk menanggung biaya non JKN tersebut. Skema pembayaran layanan kesehatan JKN menggunakan regulasi yang ditetapkan oleh BPJS. Hal ini cukup membantu akses layanan kesehatan meskipun masih ada hambatan dalam pemanfaatan JKN. Populasi kunci secara umum bisa mengakses layanan melalui JKN hanya saja prosedur JKN di DKI Jakarta dianggap cukup menghambat, sementara di Makassar ada informan yang menyatakan bahwa layanan JKN mensyaratkan pasien untuk tidak menyertakan status HIV nya.

3) Sumber Daya Manusia

a. Kebijakan dan sistem manajemen

Tingkat integrasi untuk kebijakan dan sistem manajemen pada sub-sistem sumber daya manusia dianalisa berdasarkan adanya regulasi yang mengatur tentang SDM yang digunakan dalam program ARV di daerah yang meliputi kompetensi, pengembangan kapasitas, mutasi, hubungan kerja dengan non pemerintah. Hasil analisis menunjukkan bahwa

dimensi ini hanya terintegrasi sebagian karena masih ada beberapa nomenklatur SDM dalam program ARV yang belum masuk dalam sistem kesehatan.

Status kepegawaian untuk SDM kesehatan di kedua wilayah yang bekerja di kabupaten/kota/provinsi saat ini sama, yaitu PNS, kontrak/honorer, relawan yang meliputi seluruh program kesehatan termasuk program ART. Ada fasyankes yang memiliki tenaga kesehatan khusus untuk HIV saja (biasanya terdiri dari 3-4 orang yang terdiri dari dokter, perawat dan petugas RR), namun banyak yang masih merangkap seperti yang terjadi di Kota Makassar dan beberapa di DKI Jakarta.

“Kalo khusus untuk HIV gada. Karena kalo perawat dia harus satu poli gitu. Poliklinik gitu, ada dokter bedah, ada dokter penyakit dalam. Itu harus dia pegang semua dengan 4 perawat kalo sore....”
(wawancara mendalam tim UPT HIV UI-RSCM, staf klinik HIV RS Dharmais, Agustus 2015).

Sementara itu, diluar tenaga kesehatan ada tenaga penjangkau²⁸ yang tidak hanya menjalankan fungsi sesuai dengan SK yakni berada di layanan, namun juga mendampingi ODHA. Tenaga penjangkau ini tidak ada dalam nomenklatur SDM kesehatan di mana contoh nomenklatur SDM kesehatan dapat dilihat pada Perda DKI Jakarta No. 4 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah. Menghadapi situasi ini, sikap pemerintah daerah bervariasi. Misalnya, di Kota Makassar telah ada SK dari Gubernur yang mengatur tentang hal ini sehingga SDM ini bisa masuk dalam APBD. Untuk tenaga tambahan di luar SDM kesehatan seperti PL atau pendamping, bila dibutuhkan biasanya ada rekomendasi atau kriteria pengetahuan dasar yang diperlukan.

b. Pembiayaan

Analisis integrasi pembiayaan pengelolaan SDM untuk program ARV menunjukkan bahwa dimensi pembiayaan ini hanya terintegrasi sebagian karena masih ada beberapa SDM

yang terlibat di program ART tidak dibiayai oleh pemerintah. Meskipun hampir semua sumber pembiayaan untuk pegawai baik kontrak maupun honorer yang menjalankan program kesehatan termasuk program HIV dan AIDS yang ada di DKI Jakarta dan Kota Makassar dibiayai APBD, namun masih ada beberapa posisi dan ada beberapa biaya tambahan seperti insentif staf yang diperoleh dari MPI yaitu GF.

Status kepegawaian untuk layanan ART di fasyankes pemerintah diutamakan PNS namun karena keterbatasan SDM, ada tenaga yang dikontrak menggunakan dana BLUD. Selain itu, ada beberapa fasyankes yang menggunakan sumber pembiayaan dari BOK misalnya di Kota Makassar, petugas lapangan PKM dibiayai dengan dana BOK, dan ada petugas kesehatan honorer yang mendapat dana dari GF.

Insentif untuk tenaga kesehatan di kedua daerah tidak ada dalam anggaran daerah, namun di Kota Makassar menyatakan beberapa posisi di program ARV seperti pendamping dan petugas *mobile* VCT mendapatkan insentif dari GF. Hal inilah yang berbeda dengan sistem kesehatan karena semua kegiatan terkait kesehatan adalah tanggung jawabnya tanpa ada insentif tambahan. Yang menjadi masalah adalah keberlanjutan program saat insentif tidak ada, karena sistem ini tidak dapat diadopsi dalam sistem pembiayaan SDM kesehatan.

“Ini mi, ini mi juga jadi tantangannya karena kalau saya nda tau bagaimana kota Makassar tapi kejadiannya itu di Kabupaten Kota. Dulu waktu masih di support dengan GF round 4 mereka rajin untuk membuat laporan ARV, ketika selesai round 4 tiba-tiba malas mi” (wawancara mendalam tim Unhas, Populasi Kunci YPKDS, Juli 2015).

c. Kompetensi

Kompetensi bagi SDM yang bekerja dalam program HIV dan AIDS (program ARV) sudah diatur oleh Kemenkes namun masih terbatas pada tenaga kesehatan saja, sementara tenaga non kesehatan lainnya seperti petugas lapangan, pendamping, konselor, buddies dan manajer kasus belum ada regulasi resmi

28) Peraturan Menteri Kesehatan (Permekes) RI nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.

dari Kemenkes. Kompetensi bagi tenaga non kesehatan tersebut sebagian masih dikembangkan dengan bergantung dari pengembangan yang dilakukan oleh MPI. Berdasarkan hal tersebut di atas, dimensi kompetensi ini dianggap masih terintegrasi sebagian.

Pengembangan kompetensi bagi petugas kesehatan cukup banyak, namun informasi terkait kompetensi layanan ART tidak didapatkan. Anggaran Dinkes untuk pengembangan kapasitas stafnya untuk program HIV, juga standar kompetensi untuk layanan sudah ada di APBD. Berdasarkan data sekunder dokumen pelaksanaan anggaran satuan kerja perangkat daerah DKI Jakarta²⁹ cukup banyak pelatihan dan bimbingan teknis untuk staf kesehatan, sementara untuk tenaga non kesehatan umumnya dilakukan oleh LSM sesuai kebutuhannya dengan dukungan dana dari MPI.

Pergantian staf cukup sering terjadi dan dianggap memengaruhi layanan program ART karena keahlian SDM sangat penting. Seringkali pengganti belum terlatih sehingga mengganggu jalannya layanan.

“Yang sering ditemukan yaitu Seringkali terjadi dan ditemukan disaat seorang tenaga sudah kompeten dan harus berganti karena promosi, mutasi dan rotasi sehingga harus melatih kembali tenaga baru kadang menjadi kendala yaitu pekerjaannya menjadi terganggu capaiannya...” (wawancara mendalam tim UPT HIV UI-RSCM, PJ program HIV Dinkes Prov DKI Jakarta, Agustus 2015.)

4) Penyediaan farmasi dan alkes

a. Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi

Analisis integrasi pada dimensi ini menunjukkan belum terintegrasi ke dalam sistem kesehatan. Penilaian berdasarkan bagaimana regulasi penyediaan, penyimpanan material, diagnostik, dan terapi terkait program ART belum berjalan seperti penanggulangan permasalahan kesehatan lainnya. ARV belum masuk dalam

mekanisme JKN, meskipun obat lain yang terkait seperti IO sudah masuk dalam JKN. Sistem perencanaan dan pengadaan obat dan alkes untuk program ART sebagian masih berbeda dengan mekanisme sistem kesehatan. Dinas kesehatan hanya mengadakan reagen untuk pemeriksaan HIV saja. Pengadaan reagen diajukan oleh bagian laboratorium, sementara untuk pengadaan rapid test 3 metode disediakan oleh GF melalui Dinkes Provinsi.

Pencatatan dan pelaporan ART dilakukan berjenjang mulai dari fasyankes ke Dinkes sampai dengan pusat (Kemenkes). Sistem ini digunakan sebagai dasar pengadaan obat baik di DKI Jakarta³⁰ maupun Kota Makassar yang saat ini keduanya sudah menggunakan sistem online yang memanfaatkan database IOM dan SIHA. Perencanaan pengadaan obat ARV dibuat berdasarkan banyaknya penggunaan obat dari laporan bagian RR yang terhubung dengan bagian farmasi. Semua pengadaan dan distribusi obat HIV oleh Kemenkes dilakukan melalui Kimia Farma. Penyimpanan obat dilakukan di unit farmasi dengan stok per tiga bulan untukantisipasi adanya pasien transfer. Ada permasalahan terkait isu obat kadaluarsa karena proses distribusi yang panjang. Untuk masalah ini, obat yang kadaluarsa bisa dilaporkan ke pusat dan akan diganti.

Dalam proses pengadaan obat dan alkes ada kemungkinan terjadinya stock out. Jika hal tersebut terjadi maka dilakukan komunikasi dengan POKJA HIV di RS, kemudian ke Dinas Kesehatan, *Global Fund*, Kimia Farma, bahkan sampai Subdit HIV dan AIDS Kemenkes. Dari Dinkes DKI Jakarta menyatakan bahwa di Jakarta sudah tidak pernah mengalami stock out, karena ada persiapan tiga bulan. Namun saat dikonfirmasi di fasyankes, hal ini kadang masih terjadi di kedua wilayah. Pada tingkat layanan biasanya saling meminjam obat, di mana untuk obat yang dipinjam akan tercatat sebagai obat keluar dengan memberikan keterangan.

29) Dokumen pelaksanaan anggaran satuan kerja perangkat daerah DKI Jakarta tahun 2013, diakses dari www.jakarta.go.id

30) Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 45 Tahun 2008 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa secara Elektronik (e-Procurement)

"...apabila terjadi stock out pak, kita sebelum terjadi stock out ehh mekanisme kita apabila terjadi kekurangan gitu kita lakukan adalah pemberian lebih pendek biasanya jatah arv satu bulan kita kasih dua minggu, supaya jadi stabil menunggu datangnya obat" (wawancara mendalam tim UPT HIV UI-RSCM, Kepala UPT HIV RSCM, Agustus 2015).

b. Sumber Daya

Sumber pembiayaan untuk penyediaan, penyimpanan, distribusi obat dan perlengkapan medik untuk ARV ditanggung oleh pemerintah melalui APBN di luar JKN (BPJS). Hal ini berdasarkan Permenkes No. 21 Tahun 2013 tentang penanggulangan HIV dan AIDS pasal 44 ayat (1) yang menyebabkan dimensi sumber daya untuk penyediaan farmasi dan alat kesehatan ini belum terintegrasi karena sumber dayanya masih terpisah dari sistem kesehatan umum. Sementara untuk obat dan alat kesehatan yang berkaitan dengan program HIV dan AIDS seperti obat untuk infeksi oportunistik dan reagen dibiayai oleh APBD tingkat provinsi, sama halnya di DKI Jakarta maupun Kota Makassar.

Di DKI Jakarta dan Kota Makassar, akses ke layanan ART sudah cukup baik, dimana fasyankes yang melayani ARV juga sudah semakin bertambah yaitu di DKI Jakarta sudah ada 28 rumah sakit dan 10 PKM, sedangkan di Kota Makassar sudah ada 12 pusat layanan ARV (terdiri dari 6 rumah sakit, 5 PKM dan 1 BBKPM). Kemudahan akses ini didukung adanya JKN (BPJS) dan juga Jamkesda di kedua wilayah ini. Di Kota Makassar, BPJS menanggung obat IO meskipun mereka mensyaratkan adanya pemeriksaan CD4 yang harus *out of pocket* dan ada batas minimal untuk CD4.

"....tapi sampai sejauh ini teman2 di layanan provinsi maupun di kota, itu tidak menjadi masalah ketika mereka mengakses layanan dengan BPJS dan ketahuan statusnya. Saya nda tau apakah kebijakan BPJS melihat infeksi oportunistiknya, atau bagaimana? Karena selama ini nda jadi masalah ji." (wawancara mendalam tim Unhas, Populasi Kunci YPKDS, Juli 2015).

5) Informasi strategis

a. Sinkronisasi sistem informasi

Pelaporan data kesehatan termasuk HIV secara umum sama dilakukan berjenjang dari bawah ke atas. Namun untuk program AIDS termasuk di dalamnya program ARV memiliki sistem informasi tersendiri yaitu SIHA yang berbeda dan berjalan secara paralel dengan program kesehatan lainnya. Berdasarkan hal tersebut bisa disimpulkan bahwa program HIV termasuk ARV di dalamnya tidak terintegrasi.

Pengumpulan data program ART di Makassar dilakukan dengan cara pengumpulan data dari seluruh puskesmas dan rumah sakit yang kemudian dilaporkan ke Dinkes secara rutin setiap bulannya dan dimasukkan secara online menggunakan SIHA. Di beberapa daerah masih ada sistem informasi lainnya yang dikembangkan. Di Kota Makassar ada juga SIPKBI yang merupakan sistem informasi yang dikelola oleh PKBI dengan bantuan dari MPI, sementara DKI Jakarta memiliki *Jakarta AIDS Information System* (JAIS). Berbagai sistem informasi yang berbeda ini, seringkali tidak tersinkronisasi dengan baik. Selain itu, meskipun saat ini bentuk pelaporan sudah semakin banyak yang dibuat dengan sistem online masih banyak ditemukan laporan dalam bentuk manual karena sistem *online* masih mengalami berbagai kendala teknis. Oleh karena itu masih diperlukan dua data yaitu *online* dan *hardcopy* untuk validasi.

Untuk laporan rutin bulanan di program HIV, data yang dikumpulkan berkisar tentang jumlah pasien yang pra ARV, jumlah pasien ARV, VCT, jumlah pasien yang positif HIV, dll, seperti yang dijelaskan oleh informan dari Kota Makassar:

"kita kan menggunakan sistem informasi HIV/ AIDS online, untuk LKB yang dilaporkan semua layanannya, ada VCT, PIPC, disitu tercantum testingnya, rujukan LSM, jumlah yang positif, kunjungan IMS, berapa yang berkunjung, berapa yang diobati, dan ada PPIA, PPIA itu lebih kepada berapa ibu hamil yang terima ARV, ada juga methadone yang lebih kepada berapa orang yang mengakses, dsb. Jadi lengkap semua. Selain online, mereka juga mengumpulkan hard copy" (wawancara mendalam tim Unhas, Pengelola program HIV-AIDS Dinkes Kota Makassar, September 2015).

b. Diseminasi dan pemanfaatan

Pengelolaan dan pemanfaatan informasi strategis masih belum jelas mekanismenya untuk perencanaan maupun pembuatan kebijakan. Tidak ditemukan bukti-bukti nyata proses diseminasi kepada para pemangku kepentingan yang berperan serta dalam pemanfaatannya. Oleh karena itu, integrasi untuk dimensi ini adalah belum terintegrasi. Kewenangan yang ada di daerah hanya sebatas pada pengusulan pengadaan berdasarkan kebutuhan ARV atau alkes, namun kewenangan untuk pemanfaatan informasi terutama untuk perencanaan program ART masih terpusat.

Idealnya, data laporan rutin melalui SIHA digunakan sebagai dasar perencanaan kesehatan daerah oleh Dinkes. Namun informan di DKI menyatakan bahwa pemanfaatan data SIHA untuk kebijakan daerah masih tidak jelas. Ketidakjelasan yang dimaksud adalah bagaimana Dinkes daerah mengolah data sehingga mampu dijadikan dasar rekomendasi untuk kebijakan perencanaan program daerah masih belum maksimal. Seringkali kebijakan daerah lebih menyesuaikan dengan kebijakan pusat dibandingkan situasi atau kebutuhan lokal. Hal ini dapat dilihat misalnya dari belum adanya target daerah terkait pengobatan ARV, sehingga penilaian keberhasilan program masih menggunakan target nasional.

Hal yang serupa terjadi di Kota Makassar. Pengelolaan dan pelaporan data program ART di Kota Makassar menggunakan SIHA. Data tersebut digunakan untuk menentukan besaran dari target program dan keperluan advokasi di DPRD. Terkait dengan LKB maka dilakukan pertemuan khusus untuk validasi data.

Untuk publikasi dan diseminasi data dilakukan melalui website KPAP seperti yang dilakukan di DKI Jakarta, yang bisa diakses secara umum. Namun sebagian informan merasa belum mendapatkan umpan balik dari laporan yang sudah diberikan seperti yang dijelaskan oleh salah satu informan dari Makassar:

“...yang kita laksanakan selama ini kan kita kirim tiap bulan tapi tidak ada feed back nya, tidak ada

monitoring dan evaluasinya tentang bagaimana pelaksanaan program. Itu yang tidak pernah kita biarkan barangkali jadi intinya monitoring dan evaluasinya yang belum berjalan dengan baik.” (wawancara mendalam tim Unhas, Pelaksana program HIV PKM Kassi, September, 2015).

Selain itu belum ada diseminasi hasil program kepada populasi kunci/masyarakat. Diseminasi masih terbatas hanya pada SKPD dan fasyankes yang masuk dalam struktur pemerintahan daerah saja.

6) Partisipasi masyarakat

Keterlibatan masyarakat dalam program ART lebih banyak diwakili melalui LSM dan juga melalui forum khusus yang dikoordinasikan oleh KPAD. Kondisi ini menunjukkan sudah adanya peranan dan keterlibatan masyarakat dan populasi kunci meskipun belum menunjukkan bukti tentang keterlibatan secara strategis dalam proses perencanaan hingga evaluasi program ART di daerah. Oleh karena itu dalam dimensi ini dianggap belum terintegrasi.

Salah satu bentuk keterlibatan masyarakat dalam program HIV melalui KPAD sebagai lembaga koordinasi yang selalu terbuka untuk komunitas dan NGO dalam bentuk forum aspirasi. Misalnya, yang dilakukan di DKI Jakarta yaitu rapat koordinasi tiap tiga bulan menjadi forum aspirasi untuk populasi kunci, ODHA dan LSM. Namun tidak didapatkan informasi keterlibatan spesifik masyarakat untuk program ART. Salah satu informasi yang diperoleh di Kota Makassar menyatakan bahwa pelibatan masyarakat saat ini lebih banyak hanya sebagai penerima manfaat program saja atau pemanfaat layanan kesehatan.

Keterlibatan populasi kunci dalam penanggulangan HIV dan AIDS juga sudah ditunjukkan dari keterlibatan mereka di layanan pencegahan, penyuluhan, promosi, layanan *aftercare* dan *move* di Makassar dan DKI Jakarta. Hal tersebut sesuai dengan Permenkes No. 21 Tahun 2013³¹. Di DKI Jakarta,

31) Permenkes nomor 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan

DKI Jakarta¹Kota Makassar²

Jumlah Rumah Sakit layanan ARV (28): Jakarta Pusat (8): RS Husada, RS Kramat 128, RS St. Carolous, RSAL Dr. Mintoharjo, RSPAD Gatot Soebroto, RSUD Tarakan, RSUPN Dr. Cipto Mangunkusuma, RS Islam Cempaka Putih Jakarta Utara (3): RS Pluit, RSPI.Prof. Dr. Sulianti Saroso, RSUD Koja Jakarta Barat (5): RS Kanker Dharmais, RS PELNI, RS Royal Taruma, RSAB Harapan Kita, RSUD Cengkareng Jakarta Timur (9): RS Kepolisian Pusat Dr. Soekanto, RSKO Cibubur, RS UKI, RSJ Duren Sawit, RSPAU Dr. Esnawan Antariksa, RSUD Budhi Asih dan RSUP Persahabatan, RS Pengayoman, RS PON Jakarta Selatan (3): RS Jakarta, RSU Fatmawati, RSPP	Jumlah Rumah Sakit layanan ARV (6): RSW RS Labuang Baji RS Dadi RS Bhayangkara RS Pelamonia RS Daya
Jumlah PKM layanan ARV mandiri (10): Jakarta Pusat (1): PKM Gambir, Jakarta Timur (3): PKM Jatinegara, PKM Kramat Jati, PKM Pulo Gadung, PKM Pasar Rebo Jakarta Utara (2): PKM Tjg.Priuk, PKM Koja Jakarta Barat (2): PKM Cengkareng, PKM Tambora, Jakarta Selatan (2): PKM Tebet, PKM Setiabudi,	Jumlah PKM 5 + 1 BBKPM layanan ARV: PKM Jumpandang Baru PKM Jongaya PKM Kassi – Kassi PKM Andalas PKM Makassar 1 BKPM

^{*)} KPAP DKI Jakarta, Agustus 2015, <http://kpap.jakarta.go.id/news/read/193/daftar-layanan-kth-dinkes-2015>

^{**)} Presentasi Dinkes Sulawesi Selatan, Lesson Learnt Strategic Use of ARV (SUFA) di Provinsi Sulawesi selatan, Pertemuan Nasional AIDS V di Makassar, 2015

Tabel 27. Jumlah Layanan ARV di Fasyankes Daerah

hal ini ditunjukkan dengan semakin banyaknya jumlah Warga Peduli AIDS (WPA) yang saat ini berjumlah 25 dan ada sekitar 30 LSM yang aktif bergerak dalam penanggulangan HIV dan AIDS³². Hal tersebut juga didukung dengan adanya akses dana APBD oleh masyarakat meskipun tidak diperoleh informasi secara detail. Misalnya di wilayah Jakarta Barat terdapat dana untuk Sosialisasi dan Pembentukan Warga Peduli AIDS (WPA) sebesar Rp 45.000.0000,00³³. Sedangkan di Makassar tidak ada informasi yang jelas tentang WPA walaupun dalam APBD Dinkes 2014

HIV dan AIDS yang berkaitan dengan partisipasi masyarakat dituangkan dalam pasal 50,51 dan 53

32) Jakarta AIDS Information System (JAIS) website, diakses 9 Desember 2015, <http://jakartaaids.org/>

33) Informasi belanja langsung untuk Sosialisasi dan Pembentukan Warga Peduli AIDS (WPA) di daerah Jakarta barat, diakses dari website: <http://www.jakarta.go.id/v2/apbd/kegiatan/0/1.20-2014-3.02.00.00.5302.000-info-dari-warga/1/40>

ada dana promosi dan pemberdayaan masyarakat sebesar Rp 5,960,241,250,-. Namun anggaran yang tersedia terbatas sehingga kegiatan di masyarakat harus bergiliran. Informasi di atas tidak menunjukkan keterlibatan spesifik untuk program ART.

7) Upaya kesehatan

a. Ketersediaan layanan

Saat ini layanan kesehatan sudah tersebar cukup merata dan hampir semua fasyankes sudah memiliki layanan HIV. Jejaring layanan untuk ART juga sudah terbangun termasuk untuk program LKB dan SUFA yang sudah mulai dilaksanakan di beberapa fasyankes dan menunjukkan hasil yang cukup baik. Untuk ketersediaan layanan, antara sistem kesehatan dan program HIV (ART) sudah menunjukkan integrasi penuh.

Layanan kesehatan umum di DKI Jakarta dan Kota Makassar telah berjalan baik termasuk jaminan kesehatan juga sudah berjalan sehingga masyarakat miskin dan marjinal dapat mengakses layanan dengan syarat kelengkapan administrasi kependudukan diperlukan baik melalui JKN maupun Jamkesda. Selain itu juga sudah ada jejaring layanan yang cukup baik antara LSM, rumah sakit dan puskesmas di kedua wilayah.

Layanan LKB dan SUFA yang menjalankan program ART juga sudah dilaksanakan dengan cukup baik di beberapa fasyankes di DKI Jakarta, meskipun di beberapa lokasi yang belum ada SUFA dan masih ada yang tidak mengetahui tentang apa itu SUFA. Sementara di Makassar pelaksanaan SUFA mendukung upaya pelacakan kasus di kelompok ibu hamil dan pasangannya, dan itu meningkatkan cakupan VCT di puskesmas. Pelaksanaan LKB dan SUFA di kedua wilayah ini diikuti dengan peningkatan layanan baik di rumah sakit maupun di puskesmas. Jumlah layanan ARV di kedua wilayah ini digambarkan di bawah ini.

Beberapa permasalahan yang timbul terkait SUFA di Makassar adalah banyak pasien drop out karena konseling ke pasien dan keluarga

belum optimal. Pelaksanaan SUFA terutama untuk ibu hamil terkesan memaksakan layanan dan program SUFA masih kurang dijelaskan dengan baik. Hambatan lainnya yang muncul adalah masalah kepatuhan ODHA yang berobat. Di DKI Jakarta beberapa kendala masih ditemui misalnya terkait proses rujukan ARV, di mana mekanisme rujukan pasien pindah dianggap menyulitkan karena perlu menyertakan rujukan dari puskesmas asal.

b. Koordinasi dan rujukan

Sudah ada integrasi layanan ART meskipun dianggap masih ada hambatan dalam koordinasi sistem pelaporan rujukan. Layanan ART yang ada di daerah dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan sebagai penanggung jawab utama, meskipun koordinasi antara Dinkes dan KPAD serta SKPD lainnya masih belum berjalan dengan baik. Karena program ART masuk dalam layanan PDP yang merupakan tanggung jawab dan peran utama dari Dinkes dibandingkan sektor lainnya, maka dimensi ini bisa dianggap sudah terintegrasi penuh.

Di Kota Makassar, integrasi layanan HIV di tingkat puskesmas dianggap sebagai kewajiban, di mana layanan HIV diintegrasikan dalam program layanan kesehatan di puskesmas pada bagian pencegahan dan pemberantasan penyakit. Hal yang sama di DKI Jakarta bahwa layanan HIV sudah menjadi layanan standar di PKM meskipun khusus untuk layanan ARV masih belum semua.

Untuk layanan ARV, di kedua wilayah sudah ada puskesmas layanan ART dan sistem rujukan bila memang diperlukan dirujuk ke rumah sakit yang melayani ARV. Jumlah rumah sakit yang menjadi rujukan di kedua daerah juga sudah cukup banyak (lihat tabel 24 di atas). Meskipun demikian, jumlah ini masih terus diupayakan bisa bertambah lagi oleh Dinas Kesehatan Daerah untuk mengatasi beban yang semakin besar.

"....dinas kesehatan inginnya kan pelayanan kesehatan ini semua punya mampu daya guna, maunya dinas kesehatan. Sementara di lingkungan wilayah yang dimaksud itu ada bagian-bagian rumah

sakit yang tidak, [atau] belum bisa menjadi pengampu. Sementara dinas bilang saya mau cepet mas. Buat latihan disana, ya sudah kamu komunikasikan, tarik tarakan, nanti monitoring sama mereka. Jadi kita yang mengampu bukan hanya Jakarta pusat. Jakarta selatan kita ampu...." (wawancara mendalam tim UPT HIV UI-RSCM, Penanggung Jawab Program HIV RS Tarakan, September, 2015).

Kondisi ruang layanan HIV di fasilitas kesehatan baik di DKI Jakarta maupun Makassar bervariasi, sebagian menggunakan ruangan yang terpisah untuk pelayanan HIV, namun ada juga sebagian yang tidak memisahkan layanan HIV ini secara khusus. Di beberapa fasilitas kesehatan di Makassar, ditemukan hanya ruang konseling saja yang terpisah.

Terkait dengan stigma dan diskriminasi di fasilitas layanan kesehatan, hasil dari wawancara dengan para tenaga kesehatan menunjukkan sudah tidak ada stigma dari nakes di rumah sakit atau puskesmas baik di DKI Jakarta maupun di Kota Makassar. Meskipun bila dilihat dari segi pengetahuan tentang layanan, khususnya ART seperti di Makassar masih ditemukan ada petugas rumah sakit yang belum paham pengobatan dengan sinkronisasi ARV dan pengobatan IO.

c. Jaminan kualitas layanan

Sudah ada sistem untuk penjaminan mutu dan kualitas melalui supervisi dan Bimtek dari Dinkes ke fasyankes, dan hal yang sama juga terjadi pada layanan program ART. Survei kepuasan layanan juga sudah dilakukan, meskipun dari informasi yang diperoleh belum terjadwal secara rutin. Berdasarkan pertimbangan tersebut, dimensi jaminan kualitas layanan ini dianggap sudah terintegrasi penuh.

Proses pengendalian kualitas dan mutu layanan pada program HIV (ART) dilakukan melalui Bimtek dan supervisi dengan variasi pelaksana dan juga waktu dari pusat (Kemenkes), KPA dan donor. Beberapa contoh bantuan teknis yang ada di Makassar adalah dari Bimtek yang dilakukan Kemkes terkait laboratorium pusat rujukan dan pemeriksaan di Makassar. Selain

itu rumah sakit juga melakukan supervisi ke layanan satelit VCT dan CST di daerah setiap 3 bulan dengan mengajukan permintaan ke Dinkes provinsi terlebih dahulu.

"....kadang juga ada permintaan asses dari daerah melalui dinas provinsi untuk RS wahidin melakukan supervisi layanan CST baik itu untuk VCT maupun untuk CST nya." (wawancara mendalam tim Unhas, Penanggung jawab Program POKJA HIV RSWS, September 2015).

Bimtek untuk PDP dilakukan juga oleh Dinkes provinsi khusus untuk tenaga dokter, dilakukan tiap triwulan di Kota Makassar. Penjaminan kualitas layanan di DKI Jakarta juga dilakukan melalui pelatihan dan seminar untuk nakes yang bekerja di penanggulangan HIV. Lembaga donor seperti GF juga melakukan Bimtek secara mandiri pada pelaksana program GF dengan lingkup Bimtek tentang kinerja lapangan dan Keuangan. Selain itu, juga mengenai manajemen KDS, SDM dan kualitas pelaporan lembaga. Pelaksana program GF bervariasi mulai dari Dinkes, KPA maupun LSM dan program yang dijalankan juga bervariasi.

Di Makassar sudah ada PKM yang sudah memiliki ISO (Puskesmas Jumpandang) dan akan berubah menjadi rumah sakit. Namun, ada juga yang sedang dalam proses dan ada puskesmas yang belum bersertifikasi ISO. Sementara hampir semua fasyankes DKI sudah terstandar ISO, ada yang belum dan sebagian masih dalam proses akreditasi tahun ini. Sementara rata-rata temuan masalah saat supervisi adalah masih adanya hambatan tenaga kesehatan dalam menangani pasien (di Kota Makassar) dan hambatan di pelaporan yang kadang masih sering salah pengisiannya (di DKI Jakarta).

Survey kepuasan sebagai salah satu cara penilaian mutu layanan dilakukan di layanan kesehatan, diperoleh informasi yang sangat beragam baik di DKI Jakarta maupun di Kota Makassar, mulai dari layanan tidak pernah melakukan survei, pernah dilakukan saat ada kebutuhan ISO atau dilakukan secara rutin tiap 6 bulan dalam bentuk kuesioner. Contoh di Kota Makassar dilakukan penilaian terhadap

Tabel 28. Tingkat Integrasi pada Sub-sistem Fungsi Kesehatan dan Dimensinya

kerja petugas lapangan yang dilakukan oleh Koordinator PL. Hal ini terkait dengan *link to care* dan juga dukungan saat pengobatan oleh tenaga non-kesehatan. Kegiatan ini dilakukan kepada seluruh program tidak khusus HIV dengan menggunakan kuesioner tiap 6 bulan, dan hasilnya dilaporkan ke Dinkes kota. Kegiatan ini juga dilakukan di LSM bukan hanya di fasyankes.

E. Tingkat Integrasi Layanan ARV ke dalam Sistem Kesehatan

Dalam penelitian ini, integrasi secara khusus didefinisikan sebagai pengaturan organisasional yang ditujukan untuk mengadopsi program HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan di tingkat daerah. Dari gambaran integrasi di tingkat dimensi di atas dilakukan penilaian

No	Sub sistem kesehatan	Dimensi	Integrasi tingkat dimensi	Integrasi tingkat subsistem
1	Manajemen dan regulasi	Regulasi	þ	ý
2		Formulasi kebijakan	ý	
3		Akuntabilitas	ý	
4	Pembiayaan	Pengelolaan sumber pembiayaan	þ	..
5		Penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran		
6		Mekanisme pembayaran layanan	..	
7	Sumber daya manusia	Kebijakan dan sistem manajemen	..	..
8		Pembiayaan	..	
9		Kompetensi	..	
10	Penyediaan farmasi dan alat kesehatan	Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi	ý	ý
11		Sumber daya	ý	
12	Informasi strategis	Sinkronisasi sistem informasi	ý	ý
13		Diseminasi dan pemanfaatan	ý	
14	Partisipasi masyarakat	Partisipasi masyarakat	ý	ý
15	Upaya Kesehatan	Ketersediaan layanan	þ	þ
16		Koordinasi dan rujukan	þ	
17		Jaminan kualitas layanan	þ	

þ Terintegrasi penuh

ý Tidak terintegrasi

.. Terintegrasi Sebagian

integrasi secara bertingkat yang secara sederhana digambarkan dalam matriks integrasi pada **tabel 28**.

Pada sub-sistem manajemen dan regulasi, seperti dijelaskan di atas bahwa dimensi regulasi menunjukkan integrasi penuh, di mana sudah ada regulasi dan pembiayaan untuk program ART meskipun belum secara spesifik menyebutkan program ART. Namun di dua dimensi lainnya yaitu formulasi kebijakan dan akuntabilitas sama sekali tidak menunjukkan adanya integrasi dan manajemen serta regulasi yang berjalan saat ini masih berjalan vertikal dan diatur pusat. Hal ini menyebabkan tidak ada proses formulasi kebijakan dan akuntabilitas yang baik di daerah. Oleh karena itu, disimpulkan bahwa tingkat integrasi untuk sub-sistem manajemen dan kesehatan adalah tidak terintegrasi.

Penilaian tingkat integrasi yang bervariasi juga terjadi pada dimensi-dimensi yang ada di sub-sistem pembiayaan. Pengelolaan sumber pembiayaan telah terintegrasi dengan baik karena semua sumber mulai dari dana nasional dan juga dana lain seperti dari MPI telah di koordinasikan dengan baik untuk pembiayaan program ART. Namun untuk proses penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran sama sekali tidak terintegrasi karena hal ini sama sekali tidak terjadi di tingkat daerah. Hal ini akibat sistem yang bersifat vertikal, sehingga tidak ada mata anggaran untuk ART di daerah. Program ART juga berjalan secara paralel di mana sistemnya berjalan di luar sistem kesehatan umumnya sehingga program ini tidak dibiayai JKN, hanya beberapa pemeriksaan terkait saja yang bisa masuk sistem kesehatan. Dari variasi tersebut disimpulkan bahwa tingkat integrasi untuk sub-sistem pembiayaan adalah sebagian.

Sub-sistem sumber daya manusia memiliki tingkat integrasi yang cukup beragam yaitu terintegrasi sebagian. Hal ini terjadi karena pada dasarnya SDM dalam layanan program ART secara umum sudah memanfaatkan sistem SDM yang ada di sistem kesehatan secara umum. Namun, SDM dalam sistem yang ada saat ini masih belum memenuhi kebutuhan layanan ART, karena ada beberapa posisi yang belum ada nomenklturnya dalam sistem kesehatan.

Untuk sub-sistem penyediaan farmasi dan alat kesehatan di kedua dimensi menunjukkan mekanisme yang berjalan paralel mulai dari regulasi penyediaan obat dan alat, penyimpanan, distribusi sampai dengan sumber daya. Sub-sistem informasi strategis juga menunjukkan sistem informasi yang berjalan secara paralel dan tergantung kebutuhan masing-masing pemangku kepentingan. Belum ada sinkronisasi yang baik sehingga juga berdampak pada diseminasi dan pemanfaatan yang tidak maksimal. Terakhir pada sub-sistem partisipasi masyarakat pada program layanan ART belum menunjukkan kontribusi yang bermakna selain sebagai penerima manfaat saja. Berdasarkan alasan tersebut, ketiga sub-sistem di atas tidak terintegrasi.

Sementara untuk upaya kesehatan, kesimpulan dari ketiga dimensi cukup jelas karena ketiganya terintegrasi penuh. Karena sifat program ART adalah perawatan pada layanan kesehatan, maka pelaksanaannya sesuai dengan peran utama dari Dinkes yang dilaksanakan melalui rumah sakit dan PKM. Hal ini mempermudah koordinasi dalam ketersediaan layanan, sistem rujukan dan penjaminan mutu kualitas sama seperti layanan kesehatan lainnya.

F. Faktor-faktor yang Memengaruhi Integrasi

Tingkat integrasi program intervensi spesifik dengan sebuah sistem kesehatan oleh Atun, et al, (2010) dipengaruhi oleh berbagai faktor eksternal yang menyangkut peran, kekuasaan, norma, budaya dan nilai yang diyakini aktor-aktor yang terlibat di dalamnya (Atun, et al., 2011). Dalam analisis ini, beberapa faktor yang diidentifikasi memiliki pengaruh terhadap integrasi yaitu komitmen politik, ekonomi, hukum dan regulasi serta permasalahan kesehatan. Pemangku kepentingan yang dianalisis dalam studi kasus ini adalah mereka yang dinilai berkaitan dengan program ART di DKI Jakarta dan Kota Makassar.

Dari tujuh sub-sistem kesehatan hanya satu yang menunjukkan integrasi penuh yaitu sub-sistem penyediaan layanan. Keadaan ini didukung oleh adanya sistem dan struktur yang jelas dan cukup

kuat baik di tingkat daerah maupun pusat. Program ini berkaitan langsung dengan layanan kesehatan maka penanggung jawab utama adalah dari Kemkes dan turunannya di daerah. Karena struktur yang sudah jelas maka proses koordinasi vertikal berjalan dengan baik.

Selain itu, pelaksanaan di tingkat daerah menunjukkan adanya dukungan dari faktor eksternal yaitu adanya komitmen politik yang cukup besar dari pemerintah daerah terhadap kesehatan secara umum yang ditunjukkan dengan adanya dukungan dalam bentuk peningkatan layanan kesehatan masyarakat melalui puskesmas dan rumah sakit termasuk pembiayaannya. Komitmen politik dari para pemangku kepentingan daerah terkait HIV dan AIDS secara umum sebagai salah satu prioritas sudah ditunjukkan baik oleh Bappeda, dan Dinkes kota maupun provinsi dalam penyusunan regulasi, perencanaan dan penganggaran kegiatan penanggulangan HIV. Hal ini mendukung percepatan pengembangan layanan ARV di kedua wilayah yang ditunjukkan dengan semakin bertambahnya jumlah fasyankes yang melayani ARV secara mandiri.

Untuk program ART karena program ini merupakan program nasional yang bersifat vertical maka pengadaan obat ARV sepenuhnya dibiayai dari pusat. Proses regulasi spesifik terkait hal ini menjadi sebuah kebijakan nasional di mana daerah tidak memiliki kekuasaan melainkan hanya lebih sebagai pelaksana program. Program ini tidak banyak terpengaruh oleh APBD maupun keadaan perekonomian daerah, kecuali beberapa pemeriksaan dan pengobatan seperti pemeriksaan laboratorium atau pengobatan IO atau IMS yang sebagian ditanggung JKN atau Jamkesda dan sebagian masih harus *out of pocket*.

Pelaksanaan program ART ditinjau dari sisi SDM belum sepenuhnya terintegrasi dengan sistem kesehatan. Hal ini karena program ART cukup kompleks sehingga membutuhkan SDM untuk melakukan konseling dan pendampingan yang pada umumnya tidak dimiliki oleh program kesehatan lainnya. Permasalahan SDM lain adalah keterbatasan jumlah SDM yang banyak dikeluhkan oleh hampir semua fasyankes di mana hampir semuanya memiliki beban kerja ganda. Secara umum jumlah SDM yang dibutuhkan untuk

menyediakan ARV terapi (ART) per 1000 pasien adalah 1–2 orang dokter, 2–7 perawat, 1–3 staf farmasi dan lebih banyak konselor, administrator, kader pendukung pengobatan (Yuniar, et al., 2014).

Oleh karena kondisi tersebut, maka kebutuhan pengalihan kerja (task shifting) kepada tenaga non-kesehatan saat ini menjadi sangat tinggi. Untuk memenuhi ini beberapa posisi dengan SDM tambahan dibuat. Namun sampai saat ini belum ada nomen klatur di tingkat nasional. Hal ini menyebabkan SDM belum terintegrasi. Dampak lain yang timbul adalah pada pembiayaan dan juga penjaminan kompetensi bagi staf yang bekerja di program HIV dan AIDS untuk beberapa posisi tertentu seperti konselor, manajer kasus atau buddies dirasa masih kurang. Penambahan SDM yang terjadi saat ini masih berjalan dengan mendapatkan dukungan dari donor atau tergantung pada komitmen dan kreatifitas pemerintah daerah.

Sistem informasi untuk ART masuk dalam sistem informasi HIV dan AIDS atau SIHA. Semua perencanaan pengadaan obat ARV akan dilakukan berdasarkan laporan yang masuk ke SIHA oleh fasyankes secara online. Untuk itu sudah ada regulasi dan mekanisme perhitungan dan penyediaan obat beserta buffer nya untuk menghindari stock out tersebut. Mekanisme tersebut akan berjalan dengan baik bila proses pelaporan juga berjalan dengan baik dan benar. Data pelaporan dari SIHA ini juga harus dapat disinkronisasi sehingga saat diakses oleh berbagai level yang berbeda hasilnya tetap valid. Sampai saat ini masih ada permasalahan terkait sumber daya dan permasalahan teknis dari sistem online yang membutuhkan koneksi jaringan yang stabil. Sementara, pelaporan di tingkat daerah masih berjalan secara paralel yaitu secara online dan secara tertulis sebagai alternatif

G. Efektifitas Program

Penilaian efektifitas program ART di sini dilihat dari dua sumber. Pertama, dari data kualitatif yang diperoleh dari wawancara dengan penerima manfaat langsung yaitu perwakilan populasi kunci dan ODHA. Sumber lainnya adalah data sekunder untuk menilai bagaimana keberhasilan

pelaksanaan program berdasarkan data cakupan yang dibandingkan dengan target program. Penilaian efektifitas dilakukan bukan hanya sekedar secara kuantitas saja tetapi kualitas pelaksanaan program juga dinilai.

1) Akses, ketersediaan, kualitas dan pemanfaatan layanan ART

Ketersediaan layanan dari sisi penyedia layanan telah dijelaskan sebelumnya bahwa dari sisi jumlah layanan di kedua wilayah tidak ada hambatan karena layanan ART semakin bertambah. Permasalahan yang timbul dalam akses dan ketersediaan layanan muncul dari individu misalnya karena rendahnya kesadaran populasi kunci atau masyarakat untuk mengakses dan memanfaatkan layanan. Selain itu bila dihubungkan dengan program ART yaitu masih minimnya komitmen kepatuhan minum obat ARV.

Adanya sistem JKN dan juga Jamkesda telah banyak membantu kemudahan akses layanan, meskipun sama dengan informasi dari penyedia layanan bahwa masih ada hambatan terkait masalah administrasi. Keluhan lain adalah tentang prosedur pembayaran premi, antrian, sistem rujukan dan pembatasan penggunaan layanan yaitu maksimal satu layanan per hari dalam pemanfaatan BPJS dianggap cukup merepotkan. Selain itu, masih adanya beberapa pemeriksaan yang belum ditanggung BPJS.

Pemisahan lokasi layanan HIV di fasyankes oleh beberapa pasien dianggap justru menimbulkan beban sosial tersendiri. Namun, beberapa justru merasa mendapatkan perhatian yang lebih dan mendapatkan kemudahan layanan.

"Kalau dipuskesmas karena belum ada rawat inap jadi rawat jalan tetap kita di samakan, sama tapi kalau di rumah sakit tetap memang semua ada poli-polinya tapi kalau di rawat inap itu memang khusus. Jadi ada sebagian besar khusus dan ada sebagian kecil kayak contoh di layanan di bhayangkara dan di plamonia gabung di penyakit dalam, itu misalnya. Tapi kalau di wahidin apalagi di infection center, di labuang baji, baji area trus yang di dadi yang apakah itu yang dibelakang sekali khusus memang penanganan HIV dan narkoba.....Ada sisi bagusnyanya ada sisi tidak

bagusnyanya karena dari dampak sosialnya ketika teman-teman rawat inap menjadi beban moral teman-teman ketika di jenguk sama keluarganya" (wawancara mendalam tim Unhas, Populasi Kunci, Juli 2015).

Ketersediaan obat ARV menurut ODHA tidak terlalu bermasalah untuk wilayah DKI Jakarta. Sementara di Makassar masih ditemukan petugas rumah sakit yang belum paham benar tentang sinkronisasi ARV dan pengobatan IO. Selain itu, di Kota Makassar beberapa ODHA mengeluhkan kadang ada obat yang masa kadaluarsanya pendek dan informasi terkait ART tidak dijelaskan secara detail tentang efek samping obat dan proses menjalani ART di fasyankes. Masalah ini dapat diatasi oleh pemberian KIE oleh LSM.

Kapasitas dan keterampilan dari nakes di wilayah DKI Jakarta dianggap masih kurang. Sedangkan di Kota Makassar, petugas telah cukup terampil namun kepedulian masih rendah. Meskipun demikian, dari informan belum pernah mendapatkan pengalaman penolakan karena statusnya di DKI Jakarta, namun di Makassar pernah terjadi penolakan oleh tenaga kesehatan dengan alasan alat di fasyankes rusak. Hal ini menunjukkan bahwa masih ada stigma yang cukup tinggi dari tenaga kesehatan. Hal yang sama dengan konfidensialitas yang dianggap masih bervariasi. Secara umum di kedua wilayah ini, petugas sudah cukup bisa menjaga konfidensialitas pasien namun ada juga yang mengatakan di Kota Makassar kerahasiaan belum sepenuhnya terjaga, karena ada pengalaman status pasien LKB tersebar di beberapa layanan di PKM tersebut.

2) Cakupan program ART

Penilaian efektifitas program menggunakan data sekunder melihat sejauh mana cakupan program yang berhasil dicapai dibandingkan dengan target. Untuk program ART, informasi dari kedua daerah tidak didapatkan target daerah. Oleh karena itu untuk target digunakan jumlah kasus HIV positif dan AIDS. Selain

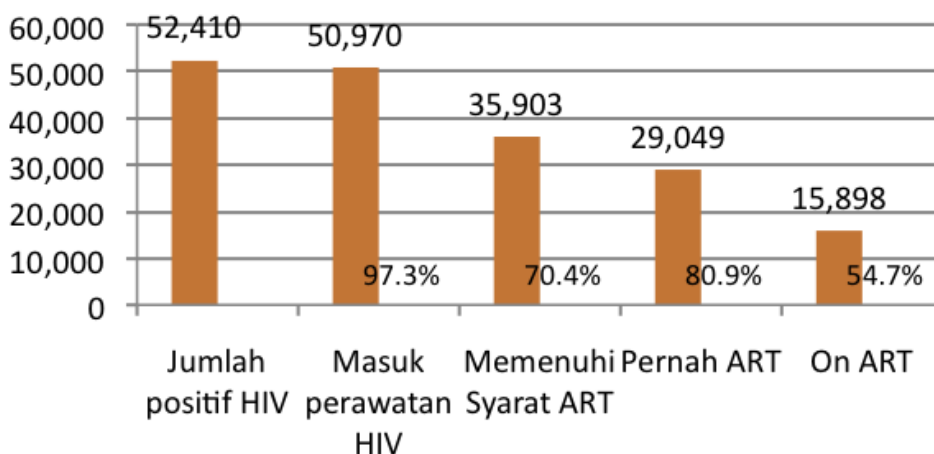
Gambar 15. Cascade Program ART DKI Jakarta dan Sulawesi Selatan *

itu, data spesifik untuk Kota Makassar tidak lengkap sehingga sulit untuk dilakukan penilaian bersama untuk kedua wilayah. Agar penilaian tetap bisa dilakukan, maka data yang digunakan adalah data tingkat provinsi, sehingga untuk efektifitas ART ini menggunakan kombinasi data provinsi DKI Jakarta dan Sulawesi Selatan.

Data cakupan ART dicatat pada setiap tahapan mulai dari jumlah orang yang positif HIV dan tercatat di daerah tersebut. Dari data sekunder yang dikumpulkan tidak diperoleh data jumlah tes yang telah dilakukan pada kedua wilayah sehingga tidak bisa dihitung jumlah cakupan yang positif HIV dari tes yang sudah dilakukan, yang dapat ditampilkan hanya angka absolut saja.

Jumlah yang positif HIV di kedua wilayah ini (Provinsi DKI Jakarta yaitu 45,321 orang dan Sulawesi Selatan sebanyak 7,089 orang) adalah 52,410 orang. Ada sekitar 50,970 orang atau sebesar 97% yang masuk dalam perawatan HIV. Dari laporan triwulan II tahun 2015 (Kemenkes, 2015) hanya sekitar 70.4% saja yang memenuhi syarat untuk menerima ART.

Dari sekitar 35,903 orang yang memenuhi syarat untuk memperoleh ART ternyata tidak semuanya masuk dalam program ART, hanya sekitar 29,049 orang (80.9%). Berdasarkan target nasional (50% dari mereka yang memenuhi syarat), data yang diperoleh sudah menunjukkan hasil yang melebihi target, di mana cakupan pengobatan yang berkesinambungan dari mereka yang memenuhi syarat memang sudah mencapai 80.9%. Target



*) Laporan perkembangan HIV-AIDS triwulan II tahun 2015

pengobatan ARV masih tetap tercapai bila dilakukan penghitungan secara terpisah di masing-masing daerah, di DKI Jakarta adalah 82.1%, dan di Kota Makassar mencapai 71.9%. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan program ART cukup efektif dalam mencapai target nasional.

Namun, monitoring pelaksanaan ART tidak hanya berhenti sampai tahap pernah mendapatkan ARV saja, karena tujuan pengobatan ARV adalah bagaimana pengobatan bisa dipertahankan seumur hidup menjaga supresi virus yang ada dalam tubuh ODHA sehingga dapat menurunkan atau bahkan mencegah terjadinya penularan. Pada tahap ini, angka yang didapat mengalami penurunan yaitu hanya 54.7%.

H. Hubungan antara Tingkat Integrasi dengan Kinerja Program ART

Kerangka konsep dari penelitian ini mengasumsikan bahwa efektivitas kinerja program ART dipengaruhi oleh tingkat integrasi fungsi sistem kesehatan dengan mengembangkan kerangka konseptual dari Atun et al. (2010) dan Coker et al. (2010). Kerangka konsep ini didukung oleh beberapa kajian sebelumnya yang menunjukkan bahwa integrasi program kesehatan ke dalam sistem kesehatan dipandang sebagai suatu strategi potensial dalam mengamankan keberlanjutan dan efektivitas intervensi dan penguatan sistem kesehatan (Shigayeva, 2010; Rasschaert, et al., 2011). Penelitian secara khusus terkait ART juga dilakukan oleh Atun et al (2011) yang menyatakan pentingnya integrasi layanan HIV dan AIDS ini ke dalam program kesehatan secara umum atau sistem kesehatan. Kajian lain yang menganalisis hubungan integrasi dilihat dari berbagai sub-sistem kesehatan antara lain yang dilakukan oleh Rasschaert et al. (2011) tentang integrasi regulasi dan manajemen program ke dalam sistem kesehatan dan juga menghubungkannya dengan sub-sistem pembiayaan yang menunjukkan hubungan yang positif. Hal ini sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Coker (2010) dan Sweeney

(2012). Selain itu, masih banyak lagi penelitian terkait integrasi lainnya yang telah dilakukan, menjadikan kesemuanya itu sebagai dasar dan kerangka dalam melakukan analisis hubungan integrasi dan kinerja dalam program ART.

Bila disimpulkan dari hasil penelitian-penelitian tersebut menunjukkan adanya hubungan yang positif antara integrasi dengan efektivitas program. Hubungan positif adalah adanya integrasi program kesehatan ke dalam sistem kesehatan akan meningkatkan kinerja program. Meskipun demikian, dalam implementasinya belum ada jaminan bahwa adanya integrasi dalam pelaksanaan program ART akan meningkatkan efektivitas program ART. Oleh karena itu, dalam analisis hubungan antara kinerja dan program dalam studi kasus ART ini bertujuan melihat bagaimana idealnya integrasi ketujuh sub-sistem dalam fungsi sistem kesehatan dapat mendorong meningkatkan efektivitas dan memastikan keberlanjutan program ART di tingkat daerah. Hasil penilaian atas tingkat integrasi program ART ke dalam fungsi sistem kesehatan menunjukkan hasil yang bervariasi (mulai dari tidak terintegrasi, terintegrasi sebagian dan terintegrasi penuh). Ketujuh sub-sistem yang ada saling berinteraksi dan berkontribusi satu sama lain. Namun ada satu sub-sistem kunci yaitu sub-sistem upaya kesehatan yang memberikan pengaruh secara langsung terhadap kinerja program sehingga kinerja program ART menjadi efektif.

Pada kajian studi kasus program ART ini, ada empat sub-sistem yang menunjukkan pola hubungan negatif yaitu manajemen dan regulasi; penyediaan farmasi dan alkes; informasi strategis dan partisipasi masyarakat. Sifat program ART yang sangat vertikal menyebabkan tidak terintegrasinya keempat sub-sistem ini. Hal ini tidak memberikan hambatan atau dampak yang berarti terhadap kinerja sub-sistem upaya kesehatan yang terintegrasi penuh. Hal ini berlawanan dengan kerangka pikir yang diusung dalam penelitian ini, seharusnya bila pada tingkat sub-sistem tidak terjadi integrasi maka upaya kesehatan yang ada tidak akan terintegrasi dan kinerjanya juga menjadi kurang.

Untuk mengkaji hubungan vertikal yang terjadi, perlu dilihat dan dipahami kembali perihal program ART. Program ini merupakan program yang cukup

penting dalam penanggulangan HIV dan AIDS atau seperti yang disebut dalam penelitian Tkatchenko-Schmidt et al (2010) sebagai program yang '*socially important*'. Program yang dianggap penting ini menjadi tanggung jawab pemerintah sehingga kadang untuk menjamin keberlangsungannya membutuhkan manajemen tersendiri. Selain itu program ART ini sifatnya sangat teknis karena berkaitan dengan pengobatan sehingga perlu adanya kepastian regulasi dan juga standar operasional prosedur. Semua kebutuhan obat khususnya ARV ditanggung oleh pusat (Kemkes) dan kebutuhan obat lainnya terkait program dijamin oleh JKN (obat IMS, obat IO, dll). Keadaan ini merupakan bentuk jaminan nasional dari tingkat pusat untuk memastikan kebutuhan obat ARV dan yang terkait dengan program ART dapat terpenuhi. Sistem manajemen dan regulasi yang terpusat dalam studi kasus ini justru menjamin pelaksanaan program secara teknis pada tingkat upaya kesehatan. Khusus program ART ini tidak dibutuhkan adanya regulasi dan manajemen yang terintegrasi di tingkat daerah.

Sistem pelaporan dan sistem informasi yang ada semua bersifat terpusat ke atas dan kepentingan utama sistem pelaporan yang ada pada program ART adalah untuk pelaporan penggunaan obat yang kemudian digunakan sebagai perencanaan pengadaan obat di tingkat pusat. Sistem vertikal yang terjadi disini dikondisikan sebagai upaya menjamin pemenuhan kebutuhan ARV. Selama kebutuhan daerah terpenuhi dari pusat, peran daerah hanya mendistribusikan obat melalui layanan kesehatan yang tersedia dengan mengikuti regulasi yang ada.

Sementara untuk partisipasi masyarakat tingkat integrasi yang terjadi memang tidak banyak memengaruhi manajemen maupun layanan dari program ART karena masyarakat dalam program ART lebih dianggap sebagai obyek dan penerima manfaat saja. Partisipasi masyarakat yang memengaruhi kinerja program hanya berkaitan dengan kesediaan ODHA untuk berobat dan kepatuhan dalam berobat. Ini juga dipengaruhi oleh upaya kesehatan seperti penjangkauan dan juga akses layanan. Partisipasi masyarakat dalam konteks komunitas lebih banyak nampak di tingkat pusat. Hal ini dikarenakan semua regulasi yang

ada dilakukan di tingkat pusat maka advokasi yang memungkinkan juga harus terjadi di level yang sama yang banyak dilakukan oleh jaringan komunitas di tingkat nasional.

Berbeda pada sub-sistem pembiayaan dan sumber daya manusia yang menunjukkan integrasi sebagian. Kedua sub-sistem ini bila dianalisis lebih lanjut terkait dengan dukungannya ke sub-sistem upaya kesehatan, menunjukkan adanya hubungan yang memberikan dampak positif pada efektifitas program ART. Misalnya pada sub-sistem pembiayaan, mekanisme penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran sama sekali tidak terjadi di tingkat daerah karena semua pembiayaan terkait pengadaan ARV dilakukan dan ditanggung oleh pusat, namun sudah dilakukan koordinasi sumber pembiayaan di tingkat pusat oleh Kemkes. Selain itu mekanisme pembayaran sebagian sudah terintegrasi melalui JKN meskipun sebagian lainnya masih belum ditanggung. Oleh karena itu maka pembiayaan terkait program ART secara umum sudah cukup terjamin sehingga upaya layanan kesehatan berjalan dengan baik dan hal ini mengakibatkan hasil kinerja yang cukup efektif pada program ART.

Sama halnya dengan sub-sistem sumber daya manusia yang terintegrasi sebagian karena masih adanya kebutuhan dan fungsi tenaga kesehatan dan non kesehatan dalam program ART yang belum terpenuhi dalam fungsi sistem kesehatan yang ada. Namun situasi ini terbantu dengan adanya keterlibatan dan dukungan dari LSM dan juga MPI yang terlibat dalam program penanggulangan HIV dan AIDS. Peran mereka ini mampu mengisi kekurangan yang ada dan memberikan dukungan ke upaya kesehatan untuk memberikan layanan yang tidak disediakan oleh sistem kesehatan yang ada sehingga mendorong kinerja program menjadi lebih baik.

Sementara sub-sistem upaya kesehatan sendiri, seperti yang dijelaskan di atas, pelaksanaannya sangat dipengaruhi oleh keenam sub-sistem tersebut. Meskipun bila dinilai secara umum keenam sub-sistem tersebut lebih banyak yang tidak terintegrasi, namun sifat vertikal program ART yang mengharuskan adanya regulasi dan manajemen serta jaminan dari pusat menjadi salah satu faktor penting yang membuat pelaksanaan

upaya kesehatan untuk program ART ini dapat berjalan dengan baik. Hal ini juga mendorong terjadinya integrasi dengan sistem kesehatan di tingkat daerah. Pelaksanaan upaya kesehatan yang terintegrasi dengan baik ini pada akhirnya mendorong kinerja yang efektif.

IV. Pembahasan

A. Integrasi Penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam Sistem Kesehatan

Integrasi sebuah pelayanan kesehatan dengan pelayanan kesehatan yang lain pada dasarnya merujuk pada pengaturan organisasi yang menciptakan konektivitas, keselarasan dan kolaborasi, koordinasi, kesinambungan, dan jaringan antar pelayanan tersebut (Coker, 2010; Shigayeva et al. 2010). Pengaturan organisasi yang demikian ini pada satu sisi diyakini bisa meningkatkan efektivitas, efisiensi dan keberlanjutan pelayanan dan pada sisi yang lain dapat memberikan kepuasan pemanfaat layanan. Dari analisis lima kasus yang disajikan di depan perlu disadari bahwa disain penanggulangan HIV dan AIDS selama ini belum secara eksplisit menyebutkan integrasi sebagai sebuah strategi untuk mencapai tingkat efektivitas yang diharapkan. Analisis yang disajikan lebih kepada memaknai integrasi dengan mengacu beberapa istilah yang paling dekat dengan konsep integrasi seperti koordinasi, rentang layanan atau layanan komprehensif dan berkesinambungan (LKB). Analisis tentang integrasi ini dilakukan melalui penilaian atas 17 indikator integrasi dari tujuh fungsi sistem kesehatan yang hasilnya seperti tampak pada **tabel 29**.

189

Dari tabel ringkasan hasil tingkat integrasi yang disajikan di atas memperkuat indikasi dari hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh PKMK FK UGM (2015) bahwa program promosi pencegahan dalam kasus ini tampak pada intervensi PMTS untuk WPS, PMTS untuk LSL dan LASS cenderung kurang terintegrasi dibandingkan dengan program perawatan, pengobatan dan dukungan yang tampak dalam kasus KTS/*link to care* dan ART. Seperti terlihat dalam tabel di atas, di dalam intervensi pencegahan tidak ada satupun fungsi yang menunjukkan tingkat integrasi penuh, hanya fungsi upaya kesehatan dalam intervensi LSL yang dilaporkan terintegrasi sebagian. Sementara itu untuk intervensi ART dilaporkan lebih ada variasi di mana ada fungsi yang dilakukan secara terintegrasi (upaya kesehatan), fungsi yang terintegrasi sebagian (sumber daya manusia dan pembiayaan) dan fungsi yang tidak terintegrasi (farmasi dan alat kesehatan, regulasi, penyediaan informasi dan partisipasi masyarakat). Sementara

Fungsi	Dimensi	PMTS WPS		PMTS LSL		LASS		KTS		ART	
		Dimensi	Fungsi	Dimensi	Fungsi	Dimensi	Fungsi	Dimensi	Fungsi	Dimensi	Fungsi
Manajemen dan regulasi	1 Regulasi	✓		□		✓		✓		✓	
	2 Formulasi kebijakan	✗	✗	✗	✗	✗	✗	□	□	✗	✗
	3 Akuntabilitas	✗		✗		✗		✗		✗	
Pembiayaan	4 Pengelolaan sumber pembiayaan	✗		□		✗		□		✓	
	5 Penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran	✗	✗	✗	✗	✗	✗	□	□	✗	□
	6 Mekanisme pembayaran layanan	✗		✗		✗		□		□	
Sumber daya manusia	7 Kebijakan dan sistem manajemen SDM	✗		□		✗		□		□	
	8 Pembiayaan SDM	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	□	□	□
	9 Kompetensi SDM	✗		✗		✗		□		□	
Penyediaan farmasi dan alat kesehatan	10 Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi	✗	✗	□	✗	✗		□	□	✗	✗
	11 Sumber daya	✗		✗		✗		□		✗	
Informasi strategis	12 Sinkronisasi Sistem Informasi	✗	✗	✗	✗	✗	✗	□	□	✗	✗
	13 Diseminasi dan Pemanfaatan	✗		✗		✗		□		✗	
Partisipasi Masyarakat	14 Partisipasi Masyarakat	✗	✗	□	□	✗		□	□	✗	✗
Upaya kesehatan	15 Ketersediaan layanan	✓		✓		✓		□		✓	
	16 Koordinasi dan rujukan	✗	✗	✓	□	✗	✗	□	□	✓	✓
	17 Jaminan kualitas layanan	✗		✗		✗		□		✓	

Tabel 29.
Tingkat Integrasi
Penanggulangan HIV
dan AIDS ke dalam
Sistem Kesehatan
berdasarkan jenis
intervensi spesifik
(PMTS WPS, PMTS
LSL, LASS, KTS dan
ART)

itu, hampir seluruh fungsi dalam intervensi KTS dilaporkan memiliki tingkat integrasi sebagian. Secara umum kesimpulan dari pengukuran integrasi ini adalah tingkat integrasi program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan untuk intervensi pencegahan bisa dikategorikan tidak terintegrasi, sedangkan untuk intervensi perawatan, dukungan dan pengobatan masuk dalam kategori terintegrasi sebagian. Berbagai variasi tingkat integrasi dari intervensi spesifik di atas menunjukkan adanya faktor-faktor yang mungkin beroperasi secara berbeda pada masing-masing intervensi dalam mendukung atau menghambat terwujudnya tingkat integrasi yang lebih tinggi. Berikut ini secara rinci digambarkan faktor-faktor yang bisa memengaruhi tingkat integrasi program penanggulangan HIV dan AIDS pada pelaksanaannya di tingkat kabupaten/kota.

1. Interaksi antar aktor penanggulangan HIV dan AIDS

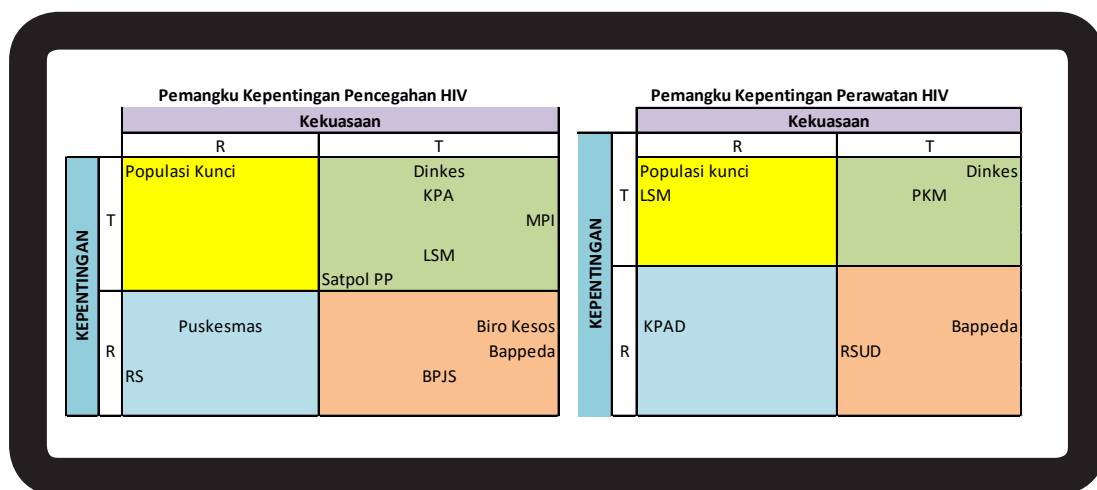
Program penanggulangan HIV dan AIDS adalah program yang kompleks dan dalam pelaksanaannya di tingkat lapangan melibatkan multisektor. Dengan demikian, pemerintah daerah seharusnya secara langsung bertanggung jawab terhadap keberhasilan program ini karena dengan kewenangannya pemerintah daerah lebih mampu untuk memperhatikan faktor-faktor lingkungan yang mendukung, berkaitan dengan perilaku, dan melibatkan banyak aktor daerah yang memiliki kepentingan yang berbeda-beda (Kelly, 2003). Dalam hubungan antar pusat

dan daerah, penanggulangan HIV dan AIDS tidak bisa dilepaskan dari peran MPI yang didukung oleh OMS nasional atau pemerintah pusat yang sangat dominan khususnya dalam pembiayaan dan bantuan teknis program pencegahan. Dampak negatif dari peran yang dominan ini adalah peran daerah menjadi minimal karena kebutuhan dana dan pengembangan kapasitas telah dipenuhi oleh MPI. Hal ini misalnya bisa dilihat pada program PMTS, LASS atau LSL yang semuanya didukung penuh oleh MPI. Demikian pula untuk program perawatan HIV, MPI juga berperan khususnya untuk operasional layanan karena ARV sudah disediakan oleh pemerintah melalui APBN dan penyediaan reagen tes HIV dibiayai oleh APBN dan APBD.

Pada tingkat daerah, sebagian besar kegiatan promosi dan pencegahan pada populasi kunci dilakukan oleh Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) maupun oleh Organisasi Berbasis Komunitas (OBK) dengan dukungan pendanaan dari MPI. Namun sebaliknya, sebagian besar pelaksanaan kegiatan tes HIV, perawatan, pengobatan dan dukungan dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh pemerintah dengan dukungan dana baik dari APBN atau APBD untuk penyediaan obat dan reagen tes HIV. Pendanaan juga diperoleh dari MPI khususnya untuk insentif bagi SDM kesehatan. Kajian kasus di atas telah menunjukkan bahwa aktor dalam bidang teknis (OMS, fasyankes, KDS) merupakan pihak yang sangat berkepentingan dengan penanggulangan HIV dan AIDS di daerah tetapi kurang memiliki kekuasaan untuk mengembangkan kebijakan dan program yang mampu mencerminkan kebutuhan populasi kunci di daerahnya. Ketergantungan pada skema perencanaan dan pembiayaan dari pusat tampaknya menjadi kendala bagi aktor daerah untuk mewujudkan hal tersebut. Demikian pula aktor dalam bidang teknis ini juga kurang memiliki pengaruh untuk mendesak peran pemerintah daerah yang lebih besar lagi karena terbatasnya perhatian pemerintah daerah terhadap permasalahan HIV dan AIDS, apalagi terkait dengan upaya promosi dan pencegahan pada populasi kunci.

Dari kajian kasus di atas, kekuasaan KPAD yang secara potensial besar ternyata tidak cukup mampu untuk mengarahkan pemerintah daerah berkomitmen lebih dari sekedar mengembangkan peraturan daerah atau peraturan bupati. Komitmen lainnya yang cukup penting, misalnya dengan mengalokasikan pendanaan APBD untuk penanggulangan HIV dan AIDS. Sementara itu, dari studi kasus PMTS di Merauke menunjukkan bahwa peran Dinas Kesehatan sebagai *leading sector* di KPAD tampak telah mampu memobilisasi sumber daya yang lebih besar dari pada daerah-daerah yang lain dalam mengembangkan program PMTS. Sementara itu di Jakarta, komitmen puskesmas sebagai BLUD dengan dukungan dari Dinas Kesehatan mengindikasikan ke arah yang positif untuk menjamin keberlangsungan program LASS di Jakarta.

Integrasi juga dipengaruhi oleh sedikit atau banyaknya aktor yang terlibat dalam penanggulangan AIDS. Semakin sedikit maka akan semakin memudahkan integrasi (Atun et al, 2008). Dalam program promosi dan pencegahan, tampak bahwa aktor yang bermain dalam program tersebut sangat banyak. Hal ini mencerminkan bahwa permasalahan ini merupakan permasalahan lintas sektor. Dari para pemain yang ada, peran OMS sangat dominan sehingga berakibat adanya sistem yang paralel dalam upaya promosi dan pencegahan baik dari aspek sistem, pendekatan, sumber daya manusia maupun dalam dokumentasi berbagai kegiatan yang menjadi komponennya. Aktor yang berasal dari sektor kesehatan cenderung tidak hadir secara aktif dalam kegiatan promosi dan pencegahan. Lain halnya dengan program perawatan, pengobatan dan dukungan. Selama ini pemainnya yang aktif dari fasyankes, dinas kesehatan dan MPI melalui Kementerian Kesehatan. Misalnya ada OMS atau OBK yang terlibat dalam program tersebut, perannya sebatas sebagai perujuk atau pendamping di lapangan bagi pasien yang akan atau telah mengakses layanan HIV. Dengan demikian, program perawatan seperti digambarkan dalam dua kasus di atas (KTS dan ART) cenderung lebih terintegrasi dari pada program promosi dan pencegahan.



Gambar 16.
Analisis Pemangku
Kepentingan dalam
Pencegahan dan
Perawatan HIV

Lain halnya dengan yang terjadi di Merauke. Tidak banyak ternyata aktor yang bermain dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Tidak adanya MPI yang bekerja di wilayah tersebut membuat pemerintah daerah menjadi aktor yang dominan dan mampu memobilisasi sumber daya yang diperlukan dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Hal ini menyebabkan integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan menjadi lebih mudah untuk dilakukan. Jumlah aktor baik dalam pelaksanaan maupun pengambilan keputusan pada program pencegahan dan perawatan tampaknya berpengaruh terhadap tingkat integrasi dari intervensi spesifik ke dalam sistem kesehatan. Hal ini karena adanya kepentingan yang berbeda dan tersebarinya kekuasaan yang terkait dengan intervensi yang akan diintegrasikan.

2. Sentralisasi dalam penanggulangan HIV dan AIDS

Sesuai dengan pembagian kewenangan pemerintahan antara pemerintah pusat dengan daerah maka penyediaan layanan kesehatan pada dasarnya merupakan tanggung jawab pemerintah daerah dengan dukungan pemerintah pusat dan provinsi sesuai dengan kewenangan yang dimilikinya masing-masing. Artinya bahwa pemerintah pusat akan lebih berfokus pada pengembangan regulasi dan kebijakan, sedangkan pemerintah provinsi diharapkan lebih berperan dalam fungsi pembinaan dan pengawasan termasuk pengembangan kapasitas. Untuk menjamin bahwa layanan kesehatan dasar ini dilaksanakan oleh pemerintah daerah maka pemerintah telah mengembangkan SPM sektor kesehatan yang mencakup layanan HIV dan AIDS. Pada sisi yang

lain, dengan mengacu pada SPM ini maka menjadi tanggung jawab pemerintah daerah untuk merencanakan dan menganggarkan sebagai strategi untuk mengamankan komitmen pemerintah daerah untuk penanggulangan HIV dan AIDS di daerahnya.

Meskipun pengaturan ini secara jelas telah dilakukan, bahkan jika mengacu pada undang-undang pemerintahan daerah (PP No. 38 Tahun 2007), pengelolaan penanggulangan HIV dan AIDS selama ini tidak mencerminkan semangat desentralisasi oleh karena skema penanggulangan HIV dan AIDS adalah program yang bersifat vertikal di mana pusat sebagai perencana dan daerah sebagai pelaksananya. Hal ini tidak bisa dilepaskan dari skema pembiayaan yang selama ini terkumpul di pusat melalui mekanisme hibah pembangunan bilateral maupun multilateral atau melalui APBN khususnya untuk pengadaan ARV. Demi mewujudkan efisiensi dan efektivitas program maka ada kecenderungan skema pembiayaan hibah ini dikelola secara terpusat melalui perencanaan, pelaksanaan dan sistem pemantauan dan evaluasi yang terpusat

(Seweeny dan Obure, et.al 2012). Tidak mengherankan jika model penanggulangan HIV dan AIDS bersifat sentralistik, cenderung bersifat umum dan diasumsikan bisa berlaku di daerah-daerah yang menjadi lokasi proyek. Tabel... menyajikan gambaran mengenai pembelanjaan penanggulangan HIV dan AIDS di daerah di mana kontribusi dana pemerintah baik melalui APBN maupun APBD tampak lebih tinggi dari pembelanjaan dari donor. Sayangnya, data yang tersedia tidak menunjukkan proporsi dari besarnya pembelanjaan tersebut baik dari sisi sumber APBN atau APBD. Meskipun demikian, jika dilihat dari hasil NASA untuk tahun 2013 dan 2014 (Nadjib, 2015), tampak bahwa kontribusi daerah berkisar 15% dan pembelanjaan untuk pencegahan sekitar 17% dan sekitar 50% dibelanjakan untuk perawatan HIV. Analisis integrasi penanggulangan HIV dan AIDS di berbagai daerah untuk dua jenis program penanggulangan HIV dan AIDS menegaskan adanya kecenderungan sistem yang paralel dengan sistem kesehatan yang bersifat terdesentralisasi.

Tabel 30. Dana penanggulangan HIV dan AIDS di Kota/Kabupaten Terpilih

Kota	Pemerintah (APBD/APBN)	Donor
Medan	1,604,228,100	1,154,019,443
Kupang	606,375,000	376,941,200
Merauke	3,460,000,000	300,000,000
DKI Jakarta	15,100,000,000	12,100,000,000
Surabaya	6,762,544,631	179,732,500
Denpasar	1,604,228,100	1,154,019,443

Sumber: diolah dari berbagai sumber

Cita-cita bahwa integrasi akan membawa penanggulangan HIV dan AIDS menjadi lebih terdesentralisasi tidak bisa didukung oleh kajian-kajian kasus dalam penelitian ini, meski sebenarnya skema pembiayaan hibah dan APBN pada dasarnya bisa dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk penguatan sistem kesehatan dan mendorong layanan kesehatan jika ada kemauan politik baik dari donor maupun pemerintah pusat untuk mendorong peran yang lebih besar bagi para aktor di tingkat daerah (Rasschaert et al., 2011; Atun, et. al., 2011). Pada sisi aktor daerah, adanya program dari pusat tidak ditangkap sebagai peluang untuk memperkuat respon daerah tetapi lebih dianggap sebagai peluang untuk mengalokasi pendanaan daerah untuk masalah kesehatan prioritas yang lain. Akibatnya, ketika pendanaan pusat berhenti maka mengecil atau berhenti pula program penanggulangan HIV dan AIDS di daerah tersebut. Kasus intervensi PMTS dan LASS di atas telah menunjukkan kecenderungan ini.

RPJMD atau Renstra Dinas Kesehatan. Dengan demikian, secara regulasi penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat daerah sudah memperoleh landasan normatif baik dari tingkat nasional maupun daerah.

Kajian kasus untuk dua jenis intervensi di depan sudah menunjukkan bahwa pada tingkatan normatif, kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di daerah sebenarnya sudah terintegrasi karena sudah menjadi bagian dari sistem regulasi umum yang ditempuh daerah untuk mengembangkan program pembangunannya. Meskipun demikian, pada tataran pelaksanaannya, kebijakan-kebijakan tersebut cenderung tidak digunakan karena terbatas mengatur hal-hal yang bersifat umum yang tidak mencerminkan permasalahan spesifik daerah. Akibatnya, regulasi-regulasi tersebut tidak mampu tercermin dalam pelaksanaan program di mana pada tataran tersebut daerah sudah memiliki penugasan dari pusat berdasarkan perencanaan dan sumber daya dari pusat. Seperti dinyatakan oleh Coker et al. (2010) bahwa tidak sambungunya antara perencanaan pusat dan regulasi di tingkat daerah berimplikasi pada sulitnya mendorong upaya untuk mengatur pendanaan, administrasi, pengorganisasian dan skenario programatik yang dirancang untuk menciptakan konektivitas, keselarasan, dan kolaborasi di tingkat *frontline*. Lemahnya regulasi di tingkat *frontline* ini mengindikasikan bahwa regulasi di tingkat daerah pada dasarnya tidak memberikan kontribusi terhadap pelaksanaan program penanggulangan HIV dan AIDS karena tidak terjadi koordinasi, kolaborasi dan konsolidasi kebijakan dan aktivitas untuk mendorong terjadinya integrasi dengan pelayanan kesehatan yang lebih luas sehingga bisa tercapai efektivitas dan efisiensi program yang lebih tinggi (Grepin dan Reich, 2008).

3. Kebijakan pelaksanaan pada tingkat *frontline*

Secara umum penanggulangan HIV dan AIDS mengacu pada Perpres No. 75 Tahun 2006 sebagai acuan pengelolaan program dan Permenkes No. 21 Tahun 2013 sebagai acuan teknis program. Untuk pengelolaan program, Perpres No. 75 Tahun 2006 ini diikuti oleh Permenkokesra No. 05 Tahun 20017 tentang organisasi dan tata kelola KPAN dan Permendagri No. 20 Tahun 2007 tentang pedoman umum pembentukan umum KPA dan pemberdayaan masyarakat dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di daerah. Sementara itu, acuan teknis program sebagai turunan dari Permenkes No. 21 Tahun 2013 juga telah dikembangkan yang mencakup pedoman pengurangan dampak buruk penggunaan napza suntik; pedoman KTS dan KTIP serta pedoman ART. Satu peraturan teknis yang tidak diatur melalui Permenkes ini adalah pedoman PMTS yang dikeluarkan oleh KPAN. Pada tingkat daerah, sejumlah regulasi pun juga sudah dikembangkan baik dalam bentuk peraturan daerah, peraturan bupati/walikota atau bahkan masuk ke dalam

4) Karakteristik program

Analisis kasus jenis program di atas memberikan pemahaman baru tentang faktor yang mungkin memengaruhi integrasi. Seperti tergambar sebelumnya bahwa tingkat integrasi

program perawatan HIV cenderung lebih tinggi dari pada program pencegahan. Jika dilihat dari karakteristik programnya maka akan tampak bahwa fokus program pencegahan adalah pada upaya mendorong perubahan perilaku berisiko dari populasi kunci baik dalam penggunaan kondom secara konsisten maupun penggunaan jarum steril dalam penggunaan napza. Sebaliknya perawatan HIV lebih berfokus upaya untuk mendorong kepatuhan bagi mereka yang telah HIV positif untuk patuh terhadap teknologi medik yang berupa ART.

Walaupun tujuan dari kedua program tersebut adalah upaya untuk mendorong perubahan perilaku, tetapi tampaknya perubahan perilaku berisiko menjadi kurang berisiko menjadi lebih sulit diwujudkan karena perilaku berisiko pada dasarnya berada dalam interaksi sosial yang menyangkut dua orang atau lebih (Van Campenhout et al, 1997). Keputusan untuk berperilaku aman akan tergantung pada konteks interaksi sosialnya apakah memungkinkan atau tidak. Ketidakpatuhan terhadap perilaku aman ini yang berupa penularan HIV tidak bisa diobservasi secara langsung oleh pelakunya sehingga keterlibatan terhadap upaya pencegahan cenderung tidak besar. Untuk itu, upaya untuk mendorong perubahan perilaku berisiko ini menjadi permasalahan yang kompleks karena harus menyikapi berbagai situasi sosial yang bervariasi termasuk konteks legal dari perilaku tersebut. Seperti telah diketahui bahwa perilaku yang terkait dengan kerja seks, homoseksualitas dan penggunaan napza merupakan perilaku yang bertentangan dengan norma sosial dan hukum yang berlaku di Indonesia sehingga mereka yang terlibat dalam dunia tersebut menjadi tersembunyi dan sulit untuk diakses keberadaannya, apalagi mendorong mereka untuk mengubah perilakunya. Upaya untuk menjangkau dan mendukung mereka saat ini bahkan cenderung menghadapi tantangan yang lebih besar baik dari sisi regulasi maupun sikap masyarakat, misalnya upaya untuk menutup tempat transaksi seks, gerakan anti homoseksual, atau kebijakan untuk melakukan rehabilitasi wajib bagi pengguna napza.

Konteks upaya pencegahan yang merupakan respon multi sektoral akan menjadi sulit untuk dikontrol oleh sektor kesehatan semata sehingga menjadi tantangan yang besar untuk mengintegrasikannya ke dalam sistem kesehatan. Hal ini tidak terjadi dengan upaya perawatan HIV yang berada dalam lingkup medik dan merupakan peran tradisional dari penyedia layanan kesehatan. Pada sisi lain keterlibatan klien (pasien) dalam proses perawatan ini cenderung lebih besar karena secara langsung bisa dilihat dampak ketidakpatuhannya terhadap kontrol medik tersebut (Atun et al, 2010). Hal ini barangkali yang menjadi alasan mengapa program pencegahan cenderung tidak terintegrasi dibandingkan dengan program perawatan karena adanya keengganan untuk menjadikan permasalahan pencegahan ini menjadi fokus utama dari sektor kesehatan yang pada dasarnya berbeda dengan peran tradisionalnya yaitu pada aspek kuratif.

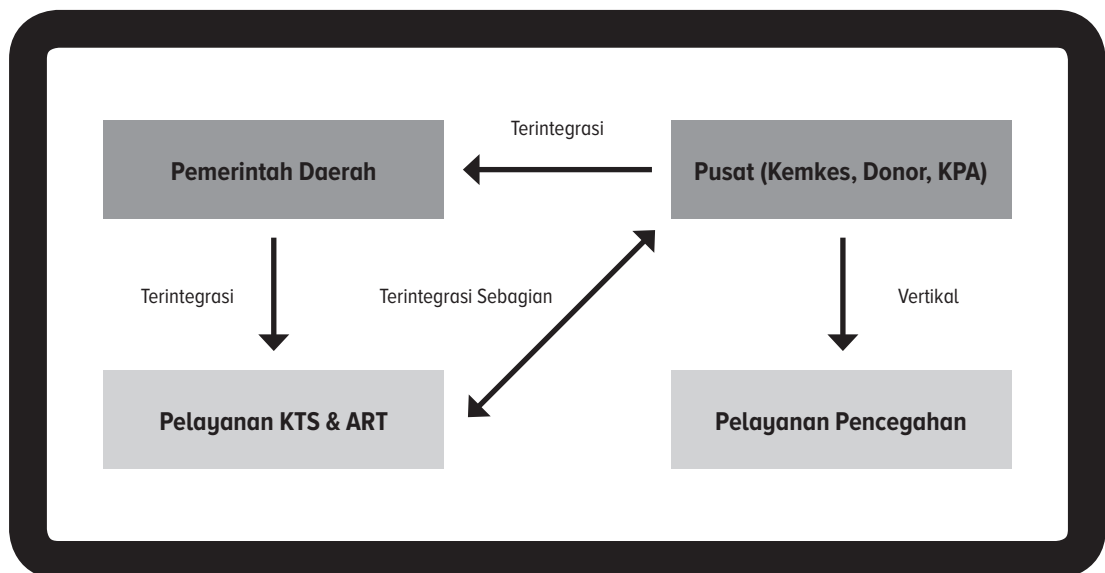
5. Kewenangan Administratif dan Kewenangan Teknis

Desentralisasi kesehatan pada dasarnya merupakan salah satu faktor yang menentukan berjalan atau tidaknya upaya integrasi intervensi spesifik di tingkat lapangan. Desentralisasi memberikan mandat kepada pemerintah daerah untuk menyediakan layanan kesehatan termasuk layanan untuk pencegahan HIV dan AIDS. Dengan mandat yang seperti ini maka seharusnya pemerintah daerah mempunyai otoritas untuk merencanakan dan memobilisasi sumber dana untuk penyelenggaraan layanan kesehatan. Pada kenyataannya, penanggulangan HIV dan AIDS bukanlah program yang terdesentralisasi karena perencanaan, pembiayaan, penentuan sumber daya manusia, pengelolaan informasi strategik, penyediaan farmasi dan alat kesehatan sepenuhnya menjadi kewenangan pelaksana program di tingkat pusat. Daerah lebih berperan sebagai pelaksana rancangan program yang dibuat di tingkat nasional atau hanya terbatas memiliki kewenangan dalam

pelaksanaan teknis program sehingga kapasitas administrasi tidak dimiliki daerah.

Desentralisasi dalam penanggulangan HIV dan AIDS pada dasarnya bisa berjalan dengan baik, selain tergantung dari kapasitas teknis juga tergantung dari kapasitas administratif dari daerah yang berupa kapasitas untuk merencanakan program dan mobilisasi sumber daya (Unger et al, 2003). Tarik menarik antara kewenangan teknis dan administratif ini pada akhirnya akan menentukan tingkat integrasinya. Gambaran tentang kajian kasus jenis program di atas menunjukkan bahwa program pencegahan merupakan program vertikal di mana kewenangan administratif dan teknis ada di tingkat pusat dengan mengembangkan sebuah struktur terpisah dari pelayanan kesehatan yang terdiri dari OMS/ OBK yang bertanggungjawab langsung kepada pusat. Sementara program perawatan HIV pada dasarnya terintegrasi sebagian karena kewenangan administratif (perencanaan dan mobilisasi sumber daya) ada di tingkat pusat sementara struktur kesehatan yang ada di daerah hanya terbatas dalam melaksanakan kegiatan teknis. Dari kajian kasus di atas, tidak satupun tampak adanya program yang terintegrasi penuh dimana perencanaan yang ada di tingkat pusat menjadi bagian dari perencanaan di tingkat daerah. Dalam proses integrasi seperti ini terjadi pendelegasian kewenangan administratif dari pusat ke daerah untuk merencanakan dan memobilisasi sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan perencanaan tersebut. Secara ringkas ketegangan dalam kewenangan administratif dan teknis dari kajian kasus di atas bisa dilihat pada **gambar 17**.

Gambar 17.
Struktur Organisasi
Penanggulangan
HIV dan AIDS dan
Tingkat Integrasinya



Berbagai faktor yang diidentifikasi pada kajian kasus-kasus intervensi spesifik di atas menegaskan kembali hasil penelitian PKMK (2015) sebelumnya yang melihat faktor-faktor yang mungkin bisa memengaruhi tingkat integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan yang mencakup komitmen politik, situasi epidemi setempat, regulasi dan hukum yang mendukung atau menghambat penanggulangan HIV dan AIDS dan situasi ekonomi daerah. Demikian pula di negara-negara yang lain, menunjukkan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi tingkat integrasi adalah keterlibatan pemangku kepentingan, prosedur pengetahuan, komitmen politik pemerintah, pelaksanaan desentralisasi dan tingkat pemanfaatan teknologi bagi pengembangan sistem informasi (Biesma et al, 2009; Corbin dan Mittelmark, 2008; Conseil, A. et al, 2010; Desai et al, 2010; Hanvoravongchai et al, 2010; Rasschaert et al, 2011; VanDeusen et al, 2015).

B. Pengaruh Integrasi terhadap Efektivitas Program

Efektivitas penanggulangan HIV dan AIDS yang biasanya diukur dalam proses monitoring dan evaluasi secara umum mengacu pada pengertian pada seberapa jauh program yang dilaksanakan bisa mencapai tujuan akhir (goal) yang mencakup mengurangi insiden IMS dan HIV, meningkatkan penggunaan kondom atau alat suntik steril, perubahan pengetahuan dan perilaku, meningkatkan jumlah orang yang dijangkau, perubahan pola ketergantungan dan pengobatan, dan sebagainya (Grassly et al, 2001; Homan et al, 2002; Paltiel, 2005; Walensky et al, 2006; Fairall et al, 2008; Lagu et al, 2015; dan Wilson et al, 2015), Sadler, 1996; Schillinger 2010). Namun demikian sejumlah rujukan menyatakan bahwa efektivitas bisa diukur menyasar pada hasil kinerja program secara langsung yang berupa cakupan dari program tersebut pada tingkat populasi (*Alliance*, 2008; *Global Fund*, 2011; Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2010). Cakupan yang dimaksud pada dasarnya merujuk pada sejauh mana suatu program/intervensi dilaksanakan di tempat yang

tepat (cakupan geografis) dan mencapai target populasi yang dimaksudkan (cakupan individu) (UNAIDS 2010). Dengan demikian cakupan merupakan indikator yang bisa digunakan untuk melihat apakah program mencapai dan melayani populasi sasaran yang tepat.

Gambaran tentang lima studi kasus di depan juga mengindikasikan bahwa masing-masing intervensi ini telah mampu memiliki cakupan program yang cukup baik (lihat tabel ...). Bisa dilihat bahwa cakupan untuk intervensi perawatan (*link to care* dan ARV) cenderung memiliki cakupan yang lebih baik dari pada intervensi pencegahan (PMTS dan LASS). Sejumlah faktor telah diidentifikasi sebagai faktor-faktor yang bisa memengaruhi efektivitas penanggulangan HIV dan AIDS seperti keterlibatan sektor masyarakat (WHO, 2001; 2006; 2008; Lee, 2010; Travis et al 2004) dan kapasitas sistem kesehatan yang ada untuk mengatasi masalah HIV dan AIDS, serta integrasi program kesehatan dan sistem kesehatan (Atun et al 2008; 2010; Coker et al, 2010; Grepin dan Reich, 2008; Shigayeva et al, 2010). Merujuk bahwa tingkat integrasi dengan sistem kesehatan bisa memengaruhi efektivitas program maka tabel di bawah menggambarkan intervensi perawatan dan pengobatan HIV yang memiliki cakupan lebih tinggi, cenderung memiliki tingkat integrasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan intervensi pencegahan yang memiliki cakupan yang lebih rendah. Meski demikian, harus diakui bahwa program penanggulangan HIV dan AIDS belum efektif, dalam arti belum mampu melayani populasi yang seharusnya dilayani oleh masing-masing intervensi tersebut seperti yang ditargetkan dalam SRAN 2010-2015. Dari tabel.... tampak bahwa sebenarnya menjadi cukup sulit untuk menyatakan bahwa integrasi akan memengaruhi efektivitas program karena bukti yang tersedia tidak mendukung kesimpulan tersebut.

Meski secara empirik, kajian kasus intervensi di atas belum memberikan bukti yang cukup kuat untuk menunjukkan hubungan antara tingkat integrasi dengan efektivitas program, satu indikasi yang bisa dilihat berdasarkan data di atas adalah capaian ini kemungkinan tidak mudah untuk dipertahankan jika tidak ada upaya yang kuat dari pemerintah pusat dan

	Target Intervensi (SRAN 2010-2015)	Cakupan (data program)*	Cakupan (STBP 2015 & Data Nasional)	Prevalensi HIV (STBP-2015)	Tingkat Integrasi
PMTS - WPS	80%	43.43%	44.37% (WPSL)	7.97% (WPSL)	Tidak
			21.43% (WPSTL)	2.20% (WPSTL)	
PMTS - LSL	80%	20.25%	62.30%	25.80%	Tidak
LASS - Penasun	80%	64.32%*	59.56%**	28.78%	Tidak
Link to Care	80%	75.36%*	77.83%**		Sebagian
ART (on ART)	80%	54.73%	51.78%		Sebagian

*) penasun yang menerima jarum steril - **) penasun yang bertemu petugas lapangan

*) HIV positif yang memperoleh perawatan HIV **) proporsi populasi kunci yang melakukan tes HIV

Tabel 31. Cakupan Intervensi dan Tingkat Integrasi

daerah untuk mengintegrasikan upaya-upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang telah didukung secara meluas oleh MPI dalam kurun waktu 20 tahun terakhir ini. Sistem paralel yang dijalankan dalam penanggulangan HIV dan AIDS selama ini telah mampu meningkatkan cakupannya dalam jangka pendek karena dikelola secara khusus untuk intervensi spesifik tersebut. Dalam jangka panjang seiring dengan perubahan sifat permasalahan HIV dan AIDS dari permasalahan kegawatdaruratan menjadi permasalahan penyakit kronis dan semakin berkurangnya dukungan dari MPI ke depan maka keberlanjutan program penanggulangan HIV dan AIDS akan menjadi sebuah tantangan besar karena tidak siapnya sistem kesehatan untuk mengambil alih inisiatif dari program penanggulangan HIV dan AIDS yang dilaksanakan oleh sebuah sistem yang berbeda dengan sistem kesehatan yang berlaku.

Untuk itu, menjadi satu hal yang relevan untuk menganalisis berdasarkan bukti tentang ada atau tidak adanya mekanisme yang memungkinkan integrasi ini memberikan variasi terhadap cakupan program selama ini. Pertanyaan ini penting, mengingat pemahaman mekanisme tersebut secara konseptual dapat digunakan untuk merancang strategi memperkuat proses integrasi untuk meningkatkan efektivitas dan keberlanjutan program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia seperti dinyatakan dalam Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2015-2019 (KPAN, 2016). Dalam konteks yang demikian maka penting untuk melihat pernyataan Coker et al. (2010) bahwa bagaimana integrasi

memengaruhi efektivitas bisa diidentifikasi berdasarkan pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan yang mencakup (i) pengawasan dan tata kelola; (ii) pembiayaan; (iii) perencanaan; (iv) pemberian layanan; (v) monitoring dan evaluasi; dan (vi) mendorong munculnya permintaan layanan. Sementara itu Conseil et al. (2010) dan Rasschaert et al. (2011) melihat pada keterlibatan yang lebih besar dari para pemangku kepentingan dalam pengambilan keputusan untuk mengkoordinasikan dan mengelola penanggulangan HIV dan AIDS yang merupakan proses dalam menentukan bagaimana integrasi bisa memengaruhi efektivitas intervensi tertentu. Seturut dengan pemahaman di atas, maka pada bagian berikut akan dilihat benang merah dari masing-masing kasus intervensi spesifik yang bisa menggambarkan mekanisme pengaruh tingkat integrasi pada efektivitas program dengan menekankan pada pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan dan keterlibatan pemangku kepentingan dalam penanggulangan HIV dan AIDS di masing-masing intervensi.

1. Pengelolaan data yang tidak terintegrasi menyebabkan sulitnya untuk menentukan target yang sesuai dengan situasi epidemi daerah

Seperti digambarkan dalam kajian kasus di depan bahwa pengelolaan informasi strategis untuk penanggulangan HIV dan AIDS belum menggunakan platform sistem informasi yang sama dengan pengelolaan informasi pada sistem kesehatan pada umumnya. Bahkan dalam penanggulangan HIV dan AIDS terdapat variasi pengelolaan informasi strategis karena setiap pelaksana program mengembangkan sendiri-sendiri dan tidak terintegrasi satu dengan yang lain. Pengelolaan data strategis seperti yang digambarkan di atas, sebenarnya tidak bisa dihindari karena masing-masing pengelola program ingin memastikan bahwa informasi yang diperlukannya bisa terkumpul sesuai dengan indikator yang dikembangkannya. Misalnya, program pencegahan yang di laksanakan di wilayah yang menjadi target *Global Fund*, akan menggunakan sistem pengumpulan data program yang dikembangkan oleh penanggung

jawab program tersebut (SI NU; SI PKBI; R&R KPAN), sementara di daerah yang sama untuk mencatat kegiatan di bidang medik yang mencakup rumatan metadon, KTS/KTIP dan ART menggunakan SIHA yang dikembangkan oleh Kemkes. Menjadi lebih kompleks lagi ketika di wilayah tersebut (misalnya Jawa Timur, Denpasar, DKI Jakarta, Medan) ada donor bilateral seperti USAID atau DFAT yang melalui kontraktornya juga mengembangkan sistem informasi yang berbeda. Sebagai konsekuensinya, data programatik seperti ini menjadi terpusat di beberapa pengelola program di tingkat nasional.

Data epidemiologi sebagai data strategis yang dikumpulkan secara rutin untuk Kemkes melalui STBP dan KPAN melalui survei cepat perilaku (SCP) diharapkan bisa memotret hasil program secara berkesinambungan dan terpusat di tingkat nasional sehingga dapat digunakan untuk kepentingan nasional pula. Sayangnya, ada kecenderungan pelaksanaan untuk SCP dan IBBS ini dimana sejumlah daerah dilakukan dua jenis surveilans ini. Meski telah ada upaya untuk pengaturan wilayah survei agar tidak terjadi duplikasi, tetapi karena metodologi yang digunakan berbeda maka menyebabkan data menjadi tidak bisa diperbandingkan. Intensi untuk mengembangkan sistem informasi sebagai alat untuk meningkatkan efisiensi justru tidak bisa dipenuhi dengan data yang tersebar tersebut. Sejauh ini data di tingkat nasional dikembangkan untuk mengembangkan proposal/concept note untuk *Global Fund* atau dimanfaatkan oleh lembaga donor dalam menentukan bentuk, sebaran dan besaran dana yang akan dikomitmenkan.

Pada tingkat daerah kebutuhan terhadap pemanfaatan data relatif rendah karena perencanaan telah dikembangkan di tingkat pusat. Hal ini menyebabkan perencanaan cenderung bukan menjadi hal yang prioritas karena selama ini daerah lebih diposisikan sebagai pelaksana program. Meski ada komitmen daerah untuk mendanai penyelenggaraan penanggulangan HIV dan AIDS di daerah, tetapi dalam proses perencanaannya tidak didukung oleh data

strategis yang tersedia di daerahnya karena sejauh ini belum ada mekanisme di tingkat daerah yang menyatukan data dari berbagai program yang didanai oleh donor yang berbeda-beda. Data nasional juga bukan merupakan data yang bisa diolah pada tingkat daerah kecuali memanfaatkan laporan-laporan dari berbagai kegiatan pengumpulan data strategis tersebut. Kecenderungan seperti ini telah menempatkan daerah pada posisi yang cukup lemah dalam pengambilan keputusan terkait penanggulangan HIV dan AIDS di daerahnya karena selain tidak tersedianya data, menyebabkan kapasitas dalam merencanakan program pun rendah. Tidak mengherankan dalam program pencegahan yang didukung oleh APBD cenderung hanya yang bersifat sosialisasi/penyuluhan karena terbatasnya kemampuan untuk menyusun sebuah program yang kontekstual dengan permasalahan HIV dan AIDS di daerahnya.

Deskripsi tentang pengumpulan data ini pada dasarnya ingin menunjukkan bagaimana dominasi pusat atas daerah pada kepemilikan data programatik dan stratejik. Selain itu, adanya sistem informasi yang paralel saat ini menunjukkan hasil yang kurang efisien dan cenderung mengakibatkan perencanaan, monitoring dan evaluasi program menjadi terfragmentasi baik dari segi laporan, SDM, pembiayaan, maupun sediaan farmasi dan alat kesehatan (Kawonga et al, 2012). Inilah yang menyebabkan kurang berjalannya perencanaan di tingkat daerah karena kepemilikan data ada di tingkat pusat. Implikasinya adalah bahwa integrasi pada tingkat penyediaan layanan seperti yang ditunjukkan dalam beberapa kasus di atas adalah integrasi yang bersifat semu karena daerah hanya bertanggungjawab terhadap pelaksanaan program tanpa disertai oleh kewenangan administratif yang diperlukan untuk mengelola program yang ada di daerah karena tidak dimilikinya data programatik dan stratejik yang penting bagi pengambilan keputusan. Kemampuan administratif ini akan semakin lemah jika dilihat bahwa hampir sebagian besar program penanggulangan HIV dan AIDS ini didukung sumber dayanya oleh aktor dari pusat yang secara praktis menjadi

sulit bagi daerah untuk membuat perencanaan program.

2. Pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS didedikasikan untuk mencapai target nasional dari pada target daerah

Dalam SRAN 2015-2019 disebutkan bahwa kebutuhan dana untuk penyelenggaraan program HIV dan AIDS dari tahun 2015-2019 diperkirakan mencapai Rp.6,248,374,000,000 (USD 568,034,000). Perkiraan dana yang bisa dihimpun dengan berpedoman pada situasi saat ini hingga tahun 2019 hanya sebesar Rp.4,419,470,000,000 (USD 401,770,000) yang hampir separuhnya dibiayai oleh hibah luar negeri. Perhitungan mengenai ketersediaan dana dilakukan dengan memasukkan dana dalam negeri dengan asumsi pertumbuhan 20% per tahun pada dana pusat, dan peningkatan 20% dana daerah. Sementara itu, dana dalam negeri yang berasal dari swasta diperkirakan berada pada kisaran 3,4% - 4% dari total pendanaan untuk HIV dan AIDS, termasuk di dalamnya layanan kesehatan swasta, bantuan swasta, dan CSR. Ketersediaan dana juga mencakup dana hibah luar negeri dari *Global Fund* dan dana bilateral lainnya, yang mencapai 49% dari total dana untuk HIV dan AIDS.

Berdasarkan perhitungan kebutuhan dan potensi ketersediaan dana penanggulangan HIV dan AIDS lima tahun mendatang, terdapat kesenjangan pendanaan mulai dari tahun 2015 sebesar USD 12,057 hingga USD 55,870 pada tahun 2019. Kesenjangan ini akan semakin membesar pasca tahun 2017 dengan besaran dana yang tersedia hanya sekitar 56% - 57% dari kebutuhan (lihat gambar ...). Kesenjangan yang terjadi pada dua tahun terakhir (2018 dan 2019) ini disebabkan oleh berakhirnya pendanaan dengan skema NFM dari *Global Fund* pada tahun 2017. Pada sisi lain, Pemerintah Australia (DFAT) dan Amerika Serikat (USAID) yang pada tahun 2014 memberikan bantuan sebesar USD 27,816,495 dan USD 24,496,612 akan mulai mengurangi dukungannya mulai tahun 2015 sehingga kesenjangan antara kebutuhan



Gambar 18.
Kebutuhan,
ketersediaan dan
sumber pendanaan
program HIV dan
AIDS 2015-2019

dan ketersediaan dana untuk lima tahun ke depan jelas akan bertambah besar.

Kajian kasus yang telah dilakukan pada lima jenis intervensi pada tingkat kabupaten/kota menunjukkan bahwa pendanaan program HIV dan AIDS cenderung terpisah dan memiliki pengaturan organisasi yang berbeda di pemerintah daerah baik dalam sistem perencanaan, penganggaran, maupun pengelolaan programnya. Bahkan ketika dana tersebut diperuntukkan bagi dinas kesehatan, rumah sakit maupun puskesmas, pengelolaan dana pun dibedakan dari pengelolaan dana rutin yang diperoleh dari APBD atau BLUD. Tidak ada mekanisme yang memungkinkan pendanaan dari donor ini diintegrasikan sebagai bagian dari pendanaan APBD yang digunakan untuk penanggulangan HIV dan AIDS karena menuntut pertanggungjawaban yang berbeda pula.

Ketika sebuah daerah, misalnya Merauke, memiliki komitmen yang tinggi untuk pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS, logika program untuk mengembangkan alokasi anggaran sama sekali berbeda dengan yang menjadi logika dalam pengembangan SRAN. Logika program yang dipergunakan dalam mengalokasikan anggaran menyesuaikan dengan nomenklatur anggaran yang tersedia dalam APBD. Untuk itu jika merujuk hasil *Investment Case Analysis* (ICA) yang dilakukan oleh KPAN untuk pembiayaan HIV dan AIDS di Indonesia menunjukkan bahwa biaya yang dibutuhkan untuk menangani ODHA per tahun per orang mencapai USD 995 (UNAIDS, 2013), sementara untuk biaya pencegahan diperkirakan

2/3 dari angka tersebut (KPAN, 2015) atau sekitar 663 dolar per tahun atau 55 dolar per bulan (setara dengan 561,000 rupiah – sesuai dengan asumsi nilai dollar dalam APBN 2015) maka secara praktis perhitungan tersebut tidak akan pernah bisa digunakan dalam penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat daerah. Tidak sesuai model pembiayaan dengan situasi di daerah ini menjadi salah satu alasan rendahnya tingkat integrasi dari fungsi pembiayaan, khususnya dalam pengumpulan sumber dana (*fund collection*).

Contoh tersebut pada dasarnya ingin menunjukkan bahwa model pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS yang ada selama ini dikembangkan seperti melalui ICA, diarahkan untuk melakukan advokasi pembiayaan sumber internasional dari pada advokasi pembiayaan dalam negeri. Sebagai konsekuensinya maka model pembiayaan tersebut dikembangkan untuk mendukung pencapaian target nasional dari pada target di daerah. Lebih lanjut lagi, pengelolaan dana penanggulangan HIV dan AIDS ada di tingkat pusat bukan diserahkan kewenangannya di tingkat daerah. Oleh karena program penanggulangan HIV dan AIDS dikembangkan dan dikelola di tingkat pusat maka kemungkinan terjadinya kesenjangan kebutuhan di tingkat daerah menjadi lebih besar, apakah itu terlalu besar (*over estimate*) atau terlalu kecil (*under estimate*) dengan kebutuhan di daerah. Dengan kata lain, asumsi yang dipakai oleh SRAN tentunya tidak bisa diterapkan oleh daerah dan kurang masuk akal diterapkan dalam kerangka anggaran yang ada karena referensi besaran anggaran mengacu pada biaya di daerah tersebut.

Sementara itu, apa yang terjadi di tingkat daerah adalah kegiatan yang telah masuk dalam nomenklatur penganggaran yang dari waktu-waktu bersifat tetap tidak mampu mengakomodasi kebutuhan-kebutuhan intervensi termasuk jenis sumber daya manusia yang dibutuhkan. Tidak mengherankan jika kegiatan yang didukung APBD cenderung tidak mencerminkan keluasan dari program HIV dan AIDS tetapi kegiatan yang berfokus

pada sosialisasi pada populasi umum atau secara rutin diselenggarakan oleh pelayanan kesehatan. Kegiatan penjangkauan populasi kunci beserta penjangkaunya, manajemen kasus HIV dan pendampingan ODHA tidak akan muncul di dalam penganggaran di APBD.

Apa yang ingin disampaikan di sini bahwa model perencanaan penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat nasional menjadi tidak bisa digunakan sebagai acuan bagi daerah karena disusun tanpa memperhatikan prinsip desentralisasi pada bidang kesehatan. Sebagai konsekuensinya, maka perencanaan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia pada dasarnya merupakan perencanaan nasional yang tidak mencerminkan kepentingan daerah. Sumber pembiayaannya pun hanya didedikasikan untuk mendanai perencanaan pusat. Sebaliknya karena keterbatasan regulasi dalam penganggaran APBD maka daerah yang telah mengalokasikan untuk penanggulangan HIV dan AIDS hanya terbatas pada kegiatan umum yang tidak mencerminkan kebutuhan nyata di lapangan. Meski pendanaan APBD atau pendanaan lain di tingkat lokal seperti anggaran desa tersedia, tetapi karena terbatasnya kapasitas perencanaan dan advokasi anggaran di tingkat daerah menjadi salah satu sebab yang lain dari lemahnya pendanaan di tingkat daerah seperti digambarkan pada bagian sebelumnya.

Dari sisi pembelian layanan (*purchasing*), secara umum pelayanan kesehatan perseorangan di Indonesia ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS. Sayangnya, belum semua kebutuhan kesehatan untuk perawatan dan pengobatan HIV dan AIDS masuk dalam skema pembiayaan ini. Misalnya untuk pengobatan ARV, pemeriksaan diagnostik yang harus dilakukan sebelum dan selama pengobatan ARV seperti CD4 atau viral load, dan pengobatan infeksi oportunistik juga tidak ditanggung dalam JKN. Berbagai jenis pembiayaan ini masih ditanggung oleh pasien (*out of pocket*) atau bagi daerah tertentu melalui skema bantuan sosial dari pemerintah daerah. Menjadi lebih problematik ketika persyaratan utama untuk memperoleh JKN ini adalah kartu

Tabel 32. SDM Dalam Penanggulangan HIV dan AIDS

identitas di mana sebagian dari populasi kunci tidak memilikinya karena mobilitas mereka dari wilayah satu ke wilayah lainnya atau tidak sesuai jenis kelamin dengan penampilan fisiknya. Artinya bagi populasi kunci yang tidak memiliki akses terhadap JKN, keseluruhan pembiayaan kesehatan untuk perawatan dan pengobatan HIV harus ditanggung sendiri atau dalam proporsi yang lebih sedikit bisa ditanggung oleh pemerintah daerah melalui bantuan sosial, misalnya DKI Jakarta atau Merauke. Berbagai prosedur dalam pembiayaan kesehatan yang bervariasi seperti digambarkan di atas yang menyebabkan adanya variasi cakupan intervensi di satu daerah maupun antar daerah.

SDM Dalam Penanggulangan HIV dan AIDS

Permenkes No. 21 Tahun 2013	SRAN 2010-2014
A. Tenaga Kesehatan: tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi dan kewenangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Pasal 11, UU No. 36 Tahun 2014) - Tenaga medis meliputi dokter dan dokter gigi. - Tenaga keperawatan meliputi perawat dan bidan. - Tenaga kefarmasian meliputi apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker. - Tenaga ahli kesehatan masyarakat meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan, dan sanitarian. - Tenaga ahli gizi meliputi nutrisisionis dan dietisien. - Tenaga terapi fisik meliputi fisioterapis, okupasiterapis dan terapis wicara. - Tenaga teknisi kesehatan meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedik, analis kesehatan, refraksionis optisien, otorik prostetik, teknisi transfusi dan petugas perekam medis. B. Tenaga Non-Kesehatan (tidak diatur dalam UU 36 tahun 2016) Tenaga kerja yang berperan dalam bidang kebijakan, kesejahteraan, kesehatan, pendidikan, social dan budaya	A. Tenaga Lapangan - Penyuluh (peer educator) - Petugas penjangkau outreach workers) - Pengawas program tingkat lapangan - Manajer program tingkat lapangan B. Tingkat Layanan - Petugas konselor untuk berbagai layanan (PDP, KT, IMS, PPIA, LASS, PTRM) - Dokter spesialis (layanan PDP) - Dokter umum untuk berbagai layanan (PDP, KT, IMS, PPIA, LASS, PTRM) - Petugas laboratorium untuk berbagai layanan (PDP, KT, IMS, PPIA) - Perawat untuk berbagai layanan (PDP, KT, IMS, PPIA, LASS, PTRM) - Petugas administrasi untuk pencatatan dan pelaporan dari berbagai layanan (PDP, KT, IMS, PPIA, LASS, PTRM) - Nutrisisionis - Bidan - Manajer kasus (case managers) C. Manajemen di tingkat kabupaten - Manajer program - Pemantauan dan evaluasi, dan surveilans - Keuangan dan administrasi - Sekretaris atau manajer

3. Variasi dalam pengelolaan SDM menyebabkan kinerja layanan tidak optimal

Kasus-kasus yang disajikan di depan telah menunjukkan bahwa model pengelolaan sumber daya manusia dalam penanggulangan HIV dan AIDS berbeda dalam pengelolaan sumber daya manusia untuk bidang kesehatan pada umumnya baik dari sisi jenis pekerjaan, kompetensi, pendanaan, pengembangan kapasitas maupun statusnya dalam bidang kesehatan. Perbedaan ini misalnya bisa dilihat dari jenis SDM yang disebutkan dalam Permenkes No. 21 Tahun 2013 yang menyatakan bahwa sumber daya manusia yang terlibat dalam pengendalian HIV dan AIDS bisa dibagi menjadi dua yaitu tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam bidang kesehatan dan tenaga non-kesehatan yang lebih berperan dalam promosi dan pencegahan, pengambilan kebijakan atau mereka yang bekerja di bidang administratif program. Sementara KPAN mengidentifikasi kebutuhan sumber daya manusia yang dibutuhkan dalam penanggulangan HIV dan AIDS dengan membagi berdasarkan jenis intervensinya misalnya tenaga lapangan, tenaga kesehatan tingkat layanan dan SDM untuk manajemen program.

Secara administratif penyebutan yang berbeda ini memberikan implikasi pada pengelolaan SDM yang bersangkutan. Secara umum pengaturan SDM kesehatan telah diatur dengan UU No. 36 Tahun 2014 tentang tenaga kesehatan sementara untuk tenaga non-kesehatan yang bekerja di bidang kesehatan belum diatur secara spesifik. Akibatnya payung hukum bagi tenaga non-kesehatan yang menjadi dasar untuk penganggaran menjadi tidak bisa terpenuhi. Sementara itu dalam penanggulangan HIV dan AIDS, meski menggunakan penyebutan yang berbeda dengan acuan umum dalam bidang kesehatan, penganggaran untuk tenaga non-kesehatan untuk kegiatan lapangan atau layanan tidak menjadi persoalan karena pendanaannya berasal dari dana MPI yang umum diperuntukkan bagi penanggulangan HIV dan AIDS. Ketidaksesuaian ini mengindikasikan

berjalannya sistem ketenagakerjaan yang paralel antara penanggulangan HIV dan AIDS dengan sistem kesehatan yang berlaku. Hal ini menjadi catatan yang penting untuk diperhatikan karena anggaran domestik diharapkan semakin besar pada masa yang akan datang seiring semakin berkurangnya dana dari MPI. Tidak adanya payung hukum bagi tenaga non-kesehatan dalam bidang pelayanan kesehatan akan menjadi tantangan yang besar khususnya dalam melayani kelompok populasi kunci yang selama ini tidak dikenal dalam pelayanan kesehatan pada umumnya.

Implikasi lain dari penyebutan yang berbeda ini adalah sulitnya untuk mengembangkan sebuah pelayanan yang mencerminkan layanan komprehensif dan berkesinambungan (LKB) seperti yang menjadi prinsip dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Ini terjadi karena adanya persepsi bahwa tenaga lapangan atau penjangkauan memiliki posisi sebagai ‘pengumpan’ atau perujuk ke fasilitas layanan kesehatan. Sayangnya, dalam kenyataannya belum tentu ada informasi balik atau rujukan balik atas kelompok dampingan yang telah dirujuk dari fasilitas pelayanan kesehatan baik untuk KTS, ARV, IMS atau LASS sehingga keberlanjutan pendampingan menjadi sulit untuk dilakukan. Persepsi ini didasarkan pada pemahaman yang berbeda antara model pendanaan untuk masing-masing SDM di lapangan dan di fasyankes sehingga koordinasi dan kerja sama ini menjadi ‘tidak setara’ karena SDM lapangan bukan merupakan tenaga kesehatan.

Implikasi lain yang muncul adanya perbedaan pengelolaan ini adalah pada perbedaan dalam proses pengembangan kapasitas dan kompetensi antara tenaga penanggulangan HIV dan AIDS dengan tenaga kesehatan pada umumnya. Selama ini pengembangan kapasitas tenaga lapangan, penyedia layanan atau tenaga manajemen program selalu didukung oleh program HIV dan AIDS (sesuai dengan pengelola programnya masing-masing) yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan intervensi atau programnya. Situasi ini

menjadi problematik karena kecenderungan di penyedia layanan pemerintah secara rutin melakukan rotasi pegawainya dari satu bagian ke bagian yang lain. Akibatnya tenaga yang dilatih akan berpindah dan digantikan oleh mereka yang belum dilatih. Ini tentunya tidak akan terjadi jika pengelolaan program HIV dan AIDS dikembangkan bersama dengan program pengembangan kapasitas tenaga kesehatan pada umumnya. Lebih jauh hal ini akan berdampak pada pelayanan yang tidak optimal bagi pemanfaat program yaitu populasi kunci termasuk isu stigma terhadap populasi kunci yang seringkali masih ditemukan dari tenaga kesehatan (lihat penelitian CAT-S, 2013 dan Jothi – BPS, 2011). Menjadi persoalan yang besar sebenarnya bagi pengembangan kapasitas dan kompetensi tenaga non-kesehatan yang tidak dikenal dalam UU No. 36 Tahun 2014. Selama masih didukung oleh MPI, pengembangan kapasitas dan kompetensi tenaga non-kesehatan tidak terlalu merisaukan karena secara rutin kegiatan tersebut dilakukan oleh pengelola program, tetapi ketika sudah tidak ada dukungan lagi, misalnya di Merauke dan Manokwari maka kegiatan pengembangan kapasitas bagi tenaga lapangan tidak ada lagi. Dinkes tampaknya tidak memiliki kewenangan untuk melatih penjangkauan atau pendampingan kepada populasi kunci. Hal ini menjadikan tujuan layanan komprehensif dan berkesinambungan hanya akan terjadi secara parsial khususnya di penyedia layanan pemerintah semata sehingga kinerja intervensi menjadi tidak optimal.

Tiga gambaran implikasi dalam pengelolaan sumber daya manusia dalam penanggulangan HIV dan AIDS di atas menunjukkan bahwa ada keterkaitan yang erat antara regulasi sumber daya kesehatan, model pembiayaan, dan model pengelolaan sumber daya manusia untuk penanggulangan HIV dan AIDS. Selama model pembiayaannya masih terpisah dengan pembiayaan di bidang kesehatan pada umumnya maka tidak akan mempunyai dampak yang merugikan bagi tenaga kesehatan maupun non-kesehatan yang bekerja di penanggulangan HIV dan AIDS bahkan seperti ditemukan oleh Desai et al (2010) bahwa justru

tenaga kesehatan dari pelayanan kesehatan umum yang tersedot ke layanan HIV dan AIDS karena ada insentif yang lebih besar jika mengerjakan layanan tersebut. Tetapi ketika pendanaan MPI berhenti maka akan semakin kecil kemungkinan SDM yang ada di penanggulangan HIV dan AIDS akan bertahan karena tidak ada payung hukum dan insentif untuk pelayanan penanggulangan HIV dan AIDS. Ketidakpastian masa depan pendanaan dari MPI berimplikasi pada kinerja SDM karena tidak ada kepastian dukungan untuk pelayanan di masa depan (Kang, 2011; Wilson, 2013; Ruisendaal 2015). Selain itu, ketidakpastian standar dan remunerasi yang diperoleh akan memengaruhi kinerja layanan Kesehatan (Grepin dan Reich, 2008). Ketidakpastian inilah yang sebenarnya perlu menjadi perhatian untuk intervensi pencegahan yang selama ini menggantungkan pendanaannya pada MPI. Ketidakpastian ini pulalah yang akhirnya memberikan variasi dalam kinerja intervensinya karena integrasi pembiayaan menjadi faktor yang bisa meningkatkan efisiensi teknis yang mengurangi pengeluaran seperti insentif yang muncul karena adanya program yang berbeda, sharing middle management, pelatihan dan supervisi bersama (Sweeney 2012).

4. Mekanisme penyediaan kefarmasian dan alat kesehatan yang terpusat menyebabkan permasalahan keberlangsungan stock dan kesesuaiannya dengan kebutuhan lapangan

Konsekuensi lain dengan adanya perencanaan terpusat dalam penanggulangan HIV dan AIDS adalah terpusatnya penyediaan farmasi dan alat kesehatan. Pengelolaan logistik pelayanan yang terpusat ini merujuk pada pembiayaan, perencanaan, pengadaan, distribusi dan penyimpanan untuk kondom, alat suntik steril, obat ARV, reagen untuk tes HIV, mesin CD4, dan mesin viral load beserta reagen yang dibutuhkannya. Untuk sebagian reagen IMS dan obat infeksi oportunistik masih bisa dibiayai, direncanakan, diadakan dan didistribusikan oleh pemerintah daerah. Pengelolaan yang terpusat ini pada satu sisi menguntungkan karena efisiensi biaya bisa ditingkatkan dengan

pengadaan barang dalam jumlah yang besar, menjamin kualitas dan standar farmasi dan alat kesehatan yang dibutuhkan, mengurangi kemungkinan terjadinya resistensi obat karena hanya pengadaan dan distribusi melalui satu pintu dan jaminan stok logistik yang lebih besar.

Pada sisi yang lain, situasi di lapangan tidak seperti yang diharapkan misalnya mekanisme distribusi kondom atau alat suntik steril tidak selalu sesuai dengan kebutuhan di lapangan karena bervariasinya preferensi dari populasi kunci terhadap alat pencegahan tersebut. Alat suntik steril yang pengadaannya dilakukan oleh KPAN misalnya untuk sebagian besar wilayah yang memiliki penasun yang tinggi (Denpasar, Makassar, DKI Jakarta dan Medan) cenderung tidak dipakai karena ketidaksesuaian spesifikasinya dengan yang biasa digunakan (Praptoraharjo et al, 2013). Beruntung bahwa sebuah lembaga mitra internasional bisa menyediakan jarum yang sesuai dengan kebutuhan sehingga jarum tersebut bisa dimanfaatkan. Sebaliknya jarum yang disediakan oleh KPAN menjadi tidak dimanfaatkan. Kondom yang pengadaannya disediakan oleh pusat belum tentu digunakan dengan optimal oleh populasi kunci mengingat distribusinya didasarkan pada distribusi paket pencegahan yang harus diberikan setelah mereka ditemukan di lapangan agar bisa dihitung sebagai dampingan baru. Bahkan untuk penasun, kondom dijadikan satu paket dengan alat suntik steril. Ada kemungkinan distribusi yang dilaporkan sebenarnya overestimate dari yang dipakai.

Distribusi logistik perawatan HIV yang dilakukan melalui dinas kesehatan provinsi juga tidak lepas dari kelemahan. Sejumlah daerah mengalami kekosongan ARV karena belum memperoleh distribusi dari provinsi. Meski alasan yang selalu muncul adalah keterlambatan kabupaten/kota untuk mengajukan kebutuhan ARV secara rutin. Situasi lebih sulit bagi daerah-daerah yang jauh dari ibu kota provinsi yang membutuhkan waktu lebih lama untuk distribusinya. Keterlambatan penyediaan ARV ini menjadi permasalahan bagi ODHA yang mengaksesnya dan kemungkinan

putus obatnya menjadi lebih besar. Misalnya ARV yang biasanya diberikan satu bulan karena adanya keterlambatan stok diberikan untuk satu minggu sehingga pasien harus datang empat kali dalam satu bulan. Demikian pula, habisnya jenis ARV tertentu (fixed dose) harus diganti dengan obat pecahan yang terdiri dari 3 kombinasi yang memiliki efek samping berbeda-beda.

Gambaran tentang pengelolaan rantai penyediaan kefarmasian dan alat kesehatan pada kelima kasus yang dibahas di atas menunjukkan kecenderungan situasi yang sama. Meski memberikan keuntungan yang potensial dari pengelolaan terpusat, tetapi tidak bisa dipungkiri bahwa banyak hambatan-hambatan yang terjadi di lapangan. Tentunya pengelolaan rantai penyediaan logistik tersebut berbeda dengan penyediaan rantai penyediaan logistik untuk layanan kesehatan yang umum kecuali untuk penyakit yang menjadi program nasional. Keputusan untuk melakukan pengadaan di tingkat pusat yang tujuannya adalah efisiensi pada kenyataannya justru tidak efisien ketika dilaksanakan di tingkat daerah bahkan jika dikaitkan dengan kinerja justru menjadi salah satu hambatan yang utama untuk mencapai layanan komprehensif dan berkesinambungan. Hal ini bisa dilihat pada rendahnya penggunaan kondom, rendahnya pemeriksaan IMS, rendahnya *link to care* atau masih tingginya drop out ARV. Meski secara politis perencanaan dan pengadaan kefarmasian dan alat kesehatan ini bisa dipahami tetapi beranjak dari contoh permasalahan pelaksanaan rantai penyediaan pada lima kasus intervensi di atas maka upaya integrasi yang lebih tinggi di tingkat daerah justru akan lebih efisien dan berkelanjutan dari pada dilakukan pada tingkat pusat (Ripin et al, 2014). Artinya bahwa kewenangan perencanaan kebutuhan logistik perlu dilakukan di tingkat daerah dengan dukungan regulasi dan pendanaan yang lebih kuat baik di tingkat pusat maupun daerah.

5. Penyediaan layanan bersifat koordinatif tetapi pada sisi yang lain tingkat koordinasi menjadi cukup sulit karena begitu banyak melibatkan pemain di tingkat lapangan.

Strategi utama dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia seperti yang digambarkan dalam Permenkes No. 21 Tahun 2013 dan draft SRAN 2015-2019 adalah Layanan Komprehensif dan Berkesinambungan (LKB). Konsep LKB pada dasarnya merupakan sebuah bentuk integrasi layanan (*service integration*) yang berorientasi pada klien di mana manajemen dan layanan kesehatan program diarahkan untuk memberikan pelayanan berkelanjutan kepada pasien, dalam hal pencegahan dan pengobatan, yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan melibatkan berbagai pihak dari sistem kesehatan (WHO, 2008). Berdasarkan sifatnya maka strategi LKB seharusnya melibatkan banyak penyedia layanan terdepan (*frontline service*) yang merupakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah, swasta, organisasi masyarakat sipil yang secara langsung memberikan pelayanan kepada masyarakat khususnya kelompok marginal atau kurang terlayani (lihat Hay, David, Judi Varga-Toth Emily Hines, 2006; Canadian Policy Research Networks Inc, September 2006).

Dengan demikian, implementasi strategi LKB menuntut koordinasi dari para penyedia layanan yang lebih tinggi sehingga bisa memudahkan klien untuk mengakses layanan yang dibutuhkan melalui prosedur rujukan yang lebih sederhana dan lebih cepat. Dalam LKB berbagai pihak yang berkepentingan untuk memastikan keberlanjutan layanan bagi populasi kunci dan ODHA adalah OMS, KDS, keluarga, kelompok masyarakat (kader), puskesmas, rumah sakit, dinas kesehatan, KPAD dan SKPD lain yang berpengaruh terhadap pelaksanaan program seperti dinas sosial, dinas ketertiban (SATPOL PP), polisi atau tokoh masyarakat. Dengan demikian secara ideal peran kabupaten/kota diharapkan akan lebih besar di wilayahnya masing-masing dan menjadi lebih penting di masa depan karena mereka diharapkan mampu untuk melakukan koordinasi pelaksanaan dan perluasan

intervensi dan sebagai konsekuensinya adalah memberikan alokasi pendanaan lokal dengan proporsi yang lebih besar.

Jika koordinasi dan penerimaan atas strategi LKB bisa berjalan maka OMS atau masyarakat (kader) bisa secara efektif melakukan kegiatan promotif dan preventif dan mendorong pemanfaatan layanan kesehatan melalui rujukan untuk mengakses material pencegahan (kondom dan ASS), layanan IMS, tes HIV, perawatan HIV dan ARV. Sementara itu puskesmas seharusnya mampu menyediakan layanan kesehatan untuk HIV dan AIDS secara berkualitas serta pada gilirannya, KDS atau keluarga dapat memberikan dukungan yang optimal bagi mereka yang telah mengikuti perawatan dan pengobatan ARV. Keberhasilan strategi ini bisa dilihat pada meningkatnya cakupan populasi kunci yang terpapar informasi HIV, meningkatnya rujukan populasi kunci untuk memperoleh layanan pencegahan yang berupa pemeriksaan IMS, Layanan Alat Suntik Steril (LASS), mengikuti konseling dan tes di puskesmas, meningkatnya orang dengan HIV ke layanan perawatan, meningkatnya ODHA yang memperoleh pengobatan ARV, meningkatnya ketaatan ODHA dalam perawatan HIV dan meningkatnya ODHA dan keluarganya mengakses layanan untuk melakukan mitigasi dampak.

Dalam lima kasus intervensi yang disajikan di depan tampak jelas bahwa LKB belum menjadi strategi dalam pelaksanaan intervensi tersebut karena layanan tampak sebagai intervensi yang mandiri dan kurang memperhitungkan intervensi sebelum dan sesudahnya. Ambil contoh misalnya pelaksanaan PMTS di mana 4 pilar utama dalam intervensi tersebut tidak tampak kesinambungannya. KPAD lebih berfokus pada distribusi kondom dari pada membangun lingkungan yang kondusif bagi pelaksanaan program, OMS lebih berfokus pada intervensi perubahan perilaku dari pada melakukan upaya advokasi yang diarahkan untuk mendukung lingkungan yang kondusif dan puskesmas cenderung memerankan fungsi kuratifnya dari pada terlibat di dalam promosi dan pencegahan. Dengan situasi yang demikian

maka tidak mengherankan jika kinerja antar komponen PMTS (OMS, Puskesmas, RSUD, KPAD) terjadi kesenjangan, misalnya jumlah orang yang dijangkau tidak konsisten dengan jumlah orang yang memanfaatkan layanan IMS atau jumlah orang yang pernah memperoleh ARV berbeda dengan orang yang tetap patuh dengan pengobatan ARV.

Seperti diketahui bahwa sebagian besar OMS dalam melaksanakan kegiatan pelayanannya didukung oleh MPI dari sisi perencanaan dan pendanaannya. Kerja sama hanya bisa dilakukan selama OMS memperoleh dukungan teknis dan dana dari MPI. Hal yang sama juga berlaku bagi puskesmas di mana pelayanan HIV dan AIDS selama ini di dukung oleh dana MPI melalui Kemkes dan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten. Kerja sama yang sekarang ini berlangsung pada dasarnya adalah kerja sama dalam pelaksanaan proyek karena ada tuntutan “deliverables” pada masing-masing pihak untuk memenuhi target yang ditentukan oleh MPI melalui dukungan pendanaannya. Oleh karena adanya ketergantungan pendanaan dari masing-masing pihak kepada MPI, kerja sama antar OMS dan puskesmas dalam perencanaan kegiatan bersama di lapangan tampaknya menjadi sebuah tantangan besar di masa depan.

Gambaran tentang situasi pelayanan di tingkat *frontline* ini sekaligus menegaskan bahwa pendekatan program secara vertikal dalam operasionalisasinya akan menghadapi situasi yang tidak mudah ketika harus diintegrasikan ke dalam kebijakan desentralisasi. Jika puskesmas atau OMS hanya berisi berbagai program yang berasal dari program vertikal maka tidak ada ruang bagi daerah untuk mengembangkan berbagai keputusan strategis. Segala kebijakan dan strategi akan tetap di tingkat nasional. Integrasi yang bersifat teknis harus disertai dengan integrasi administratif yang pada dasarnya mencerminkan proses desentralisasi. Jika dilihat pelaksanaan program penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat penyedia layanan terdepan, tampak bahwa integrasi teknis telah terjadi di mana OMS, puskesmas dan rumah sakit telah bekerja

sama/berkoordinasi untuk mengoptimalkan layanan. Integrasi ini sangat memungkinkan karena mereka memiliki target sendiri-sendiri tetapi pada sisi yang lain klien yang mereka layani adalah sama. Integrasi seperti inilah yang selama ini sudah dikembangkan dan kemudian dikonsepsikan dengan istilah Layanan Komprehensif dan Berkesinambungan.

Tetapi jika dilihat secara lebih mendalam maka belum ada integrasi secara administratif khususnya dalam bentuk perencanaan bersama (joint planning). Integrasi secara administratif merupakan pengaturan organisasional khususnya dari sisi manajemen, pembiayaan, perencanaan, atau sistem informasi yang tidak berhubungan langsung dengan pelayanan tetapi berfungsi menghubungkan integrasi di tingkat pelayanan (Velentijn P.P., S. S. M., Bruijnzeels M.A., 2013; Unger, Jean-Pierre, Pierre De Paepe and Andrew Green, 2003). Gambaran yang muncul selama ini adalah pihak OMS dengan pihak puskesmas selama ini tidak memiliki kewenangan administratif di dalam program penanggulangan HIV dan AIDS. Perencanaan OMS dikembangkan dari permintaan donor atas target yang telah ditentukan dari pusat, sementara puskesmas yang memberikan pelayanan HIV adalah puskesmas yang ditunjuk oleh Dinkes yang lebih berperan sebagai perpanjangan tangan dari Kemkes sebagai Principal Resipient dari *Global Fund*. Dengan demikian perencanaan kegiatan puskesmas ditentukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai Sub-Sub Resipient (SSR) Kemkes.

Jika kerja sama dalam bentuk perencanaan dilakukan di tingkat lapangan, maka OMS dan puskesmas perlu memiliki kewenangan administratif untuk menentukan dan memobilisasi sumber daya yang dimilikinya. Hubungan ini akan menjadi semakin rumit jika kerja sama tersebut melibatkan rumah sakit daerah sebagai layanan rujukan di tingkat kabupaten/kota mengingat rumah sakit merupakan lembaga yang otonom di bawah kepala daerah seperti dinas kesehatan. Atau juga perlu melibatkan SKPD atau lembaga lain yang berkepentingan dengan pelaksanaan

program HIV di tingkat lapangan seperti Satpol PP, polisi atau dinas sosial. Lepas dari kerumitan tersebut perlu disadari dan diyakini bahwa integrasi pada layanan HIV dan AIDS terdepan secara prinsip merupakan sebuah keharusan agar pelayanan kepada klien atau pasien semakin efektif dan efisien dan memang seharusnya menjadi model bagi penyediaan layanan secara umum (Unger, Jean-Pierre, Pierre De Paepe and Andrew Green, 2003). Konsekuensi atas prinsip integrasi ini menuntut adanya kepemimpinan dan dukungan dari dinas kesehatan kabupaten/kota dan rumah sakit daerah, kementerian kesehatan dan kementerian dalam negeri serta mitra pembangunan internasional menjadi sangat penting perannya dalam mewujudkan perencanaan bersama para penyedia layanan HIV dan AIDS terdepan.

6. Regulasi non-kesehatan yang kontra produktif dengan peningkatan cakupan program

Tantangan yang cukup serius dalam meningkatkan efektivitas program penanggulangan HIV dan AIDS selain terletak pada regulasi dalam sektor kesehatan yang belum mendukung terbangunnya integrasi, juga berasal dari regulasi sektor non-kesehatan yang sering menghambat pelaksanaan program penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat daerah. Mempertimbangkan regulasi sektor non-kesehatan ini sangat penting dalam menganalisis efektivitas program HIV dan AIDS dan mengingat permasalahan HIV dan AIDS merupakan permasalahan lintas sektor khususnya yang terkait dengan populasi kunci. Status perilaku yang ilegal baik dari perilaku seksual maupun penggunaan napza di mata hukum yang berlaku di Indonesia menjadi dasar untuk mempertimbangkan kontribusi sektor tersebut dalam menilai efektivitas program. Meski ada komitmen yang besar untuk penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat nasional dan daerah yang besar, tetapi kebijakan yang diambil lebih melihat populasi kunci sebagai vektor dari pada pengembangan kebijakan yang berbasis hak. Implikasinya adalah kebijakan yang ada

bertujuan untuk menghilangkan perilaku ini dengan mengembangkan serangkaian regulasi non-kesehatan di tingkat nasional maupun di daerah yang meminimalkan terjadinya perilaku berisiko. Bahkan beberapa kebijakan menggunakan alasan pencegahan penularan HIV sebagai dasar penerbitannya. Misalnya bisa dilihat dengan kebijakan Indonesia bebas prostitusi pada tahun 2019, penutupan lokalisasi atau lokasi transaksi seks oleh pemerintah daerah, peraturan daerah anti maksiat atau anti prostitusi termasuk kriminalisasi perilaku homoseksual atau rehabilitas napza yang bersifat wajib.

Implikasi kedua adalah pendekatan medik yang berupa perawatan dan pengobatan menjadi prioritas bagi sektor kesehatan dari pada pencegahan karena pencegahan dipersepsikan sebagai hal yang kurang relevan dengan sektor kesehatan karena permasalahannya melebihi dari upaya yang biasa dilakukan. Kecenderungan ini menjadi lebih tampak di mana komitmen pemerintah dalam penanggulangan HIV dan AIDS yang tampak dalam pembelanjaan APBN pada tahun 2014 sebagian besar digunakan untuk perawatan dan pengobatan (50,83%) dibandingkan dengan pencegahan yang hanya 15% dan sisanya sebagian besar digunakan untuk belanja manajemen dan insentif SDM (KPAN 2015). Kemkes merupakan kementerian yang paling besar berkontribusi terhadap pembelanjaan APBN yaitu lebih dari 80%. Sementara kementerian/lembaga negara lain lebih membelanjakan untuk kegiatan pencegahan yang berupa sosialisasi pencegahan HIV untuk masyarakat umum atau stafnya. Kesenjangan dalam program pencegahan ini yang kemudian diisi oleh MPI yang memang berfokus pada pencegahan pada populasi kunci.

Upaya pencegahan pada populasi kunci yang dilaksanakan oleh MPI melalui OMS pada prakteknya secara langsung berhadapan dengan kebijakan pada sektor non-kesehatan yang kurang mendukung perluasan cakupan program tersebut. Misalnya, program PMTS pada dasarnya tidak bisa dilaksanakan lagi karena asumsi yang dipakai adalah lokasi

transaksi seks yang memiliki pemangku kepentingan yang tetap (mucikari, pengurus RT/RW, aparat kampung/desa, pekerja seks, dan tokoh masyarakat, fasyankes setempat). Ketika lokasi transaksi seks atau lokalisasi ditutup maka logika program ini tidak bisa berjalan lagi (kasus penutupan Tanjung Elmo Sentani pada tahun 2015 dan lokalisasi dolly pada tahun 2014) karena pokja yang telah terbentuk tidak memiliki lokasi lagi, para pekerja seks menyebar ke berbagai tempat, kegiatan intervensi perubahan perilaku berhenti dan layanan IMS puskesmas juga tidak bisa dilaksanakan (Praptoraharjo et al, 2016). Dampak dari kebijakan penutupan ini misalnya bisa dilihat di Kota Surabaya yang menunjukkan situasi pada tahun 2013 terdapat pokja PMTS, yaitu tersedia 176 *outlet* kondom, *mobile clinic* rutin melaksanakan pemeriksaan di lokasi, jumlah orang yang mengakses layanan Januari-Desember 2013 sebanyak 13,207 dan kasus HIV dan AIDS yang dilaporkan sebanyak 378 (Januari-Juni 2013). Pada semester kedua yaitu tahun 2014 situasi menjadi berubah di mana tidak ada lagi pokja PMTS, jumlah *outlet* kondom menjadi 16, *mobile clinic* tidak tersedia lagi, akses ke layanan kesehatan menjadi 5,477 orang dan kasus AIDS meningkat pada 2014 (Juli-Des) menjadi 424 (WHO, 2015).

Gambaran di atas menunjukkan bahwa kebijakan sektor non-kesehatan selain secara langsung memberikan pengaruh terhadap efektivitas penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat daerah juga secara tidak langsung memengaruhi adopsi ke dalam sistem kesehatan. Secara khusus pengaruh tersebut tampak pada intervensi pencegahan bagi populasi kunci karena sektor kesehatan (dinas kesehatan dan puskesmas) menjadi enggan untuk terlibat dalam upaya ini karena bertentangan dengan kebijakan pemerintah daerah. Pada sisi yang lain, situasi ini juga menunjukkan lemahnya OMS yang bekerja bagi populasi kunci untuk melakukan advokasi kepada pemerintah daerah terkait dengan pemenuhan hak dari mereka bahkan ada kecenderungan bahwa OMS menjadi lebih kompromistik dengan situasi ini karena posisinya sebagai bagian dari penyedia

layanan yang terikat komitmen dengan mitra pembangunan internasional dan dinas kesehatan atau KPAD (PKMK, 2015; PPH 2016). Dengan demikian kebijakan pemerintah di sektor non-kesehatan sebagai konteks dari penanggulangan HIV dan AIDS justru lebih menjadi determinan atas keberhasilan atau kegagalan dari sebuah program dari pada kebijakan di sektor kesehatan.

7. Partisipasi masyarakat sipil yang kurang bermakna di tingkat daerah

Kontribusi masyarakat sipil dalam penanggulangan HIV dan pada dasarnya telah dimulai sejak awal epidemik dengan melakukan mobilisasi kepedulian dan sumber daya dari masyarakat. Kontribusi ini tetap berlanjut hingga saat ini bahkan keberadaannya sebagai mitra pemerintah sangat kuat di mana organisasi masyarakat sipil dan perwakilan populasi kunci menjadi anggota KPA baik secara nasional maupun daerah. Meski secara formal terlibat menjadi anggota KPA tetapi seberapa partisipasi masyarakat sipil di dalam penanggulangan HIV dan AIDS pada dasarnya akan tergantung pada perspektif yang digunakan oleh otoritas program. Dua hal penting yang perlu diperhatikan (1) partisipasi masyarakat akan bermakna dan instrumental jika partisipasi dipahami sebagai 'sarana (means)' untuk mencapai tujuan (ends); (2) partisipasi merupakan bentuk perwujudan atas hak-hak sebagai warga negara melalui proses penyadaran atas situasi yang dialami (Morgan, 2001). Secara pragmatis, partisipasi masyarakat seharusnya tercermin di setiap tahapan pengambilan keputusan, baik dalam kebijakan maupun program dan pelaksanaan program. Bentuk partisipasi masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS antara lain dalam penyediaan layanan, pendidikan masyarakat dan upaya melakukan advokasi kebijakan termasuk keterlibatan dalam pemantauan dan evaluasi kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS di wilayahnya.

Secara umum kajian lima kasus intervensi menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat

khususnya populasi kunci dalam pemanfaatan layanan masih belum optimal karena masih ada kesenjangan antara jumlah estimasi atau pemetaan populasi kunci dengan mereka yang telah mengakses layanan. Sementara itu partisipasi dalam pengambilan kebijakan di tingkat daerah relatif tidak cukup besar mengingat skema program penanggulangan HIV dan AIDS yang vertikal, di mana kebijakan-kebijakan strategis termasuk penargetan program ditentukan oleh pusat. Sementara itu daerah tidak memiliki kewenangan pengambilan keputusan dalam implementasi program nasional tersebut sehingga upaya untuk melibatkan secara bermakna dalam pengambilan keputusan stratejik program tidak bisa terpenuhi. Bahkan ketika daerah memiliki sumber dana untuk mengembangkan penanggulangan HIV dan AIDS, keputusan tentang jenis kegiatan yang akan didukung oleh APBD masih terpusat pada KPAD melalui Bagian Kesra Pemerintah Daerah atau Dinkes sebagai bagian dalam proses pembuatan rencana kegiatan pembangunan daerah (RKPD) dari SKPD yang bersangkutan. Kalaupun terjadi musrenbang di sektor kesehatan, partisipasi populasi kunci tidak tampak karena penanggulangan HIV dan AIDS masih belum menjadi prioritas di tingkat daerah.

Partisipasi masyarakat yang belum optimal dalam pemanfaatan layanan dan pengambilan keputusan di tingkat daerah ini memberikan implikasi pada tingkat kepuasan dari populasi kunci terhadap layanan yang tersedia di daerahnya. Hasil dari lima kasus intervensi di atas sekali lagi menunjukkan bahwa meski aksesibilitas mereka terhadap layanan yang dibutuhkan lebih baik dari pada tahun-tahun sebelumnya. Namun, kebutuhan dan kepentingan mereka sebenarnya belum cukup terakomodasi oleh program dan layanan khususnya dari sisi pembiayaan, proses memperoleh layanan dan masih ditemukan stigma dan diskriminasi di fasilitas layanan. Dengan demikian, terbatasnya partisipasi ini membuat populasi kunci dan OMS sebagai agen perubahan belum bisa mendorong pemanfaatan layanan dan program yang lebih optimal.

Pada sisi OMS dan populasi kunci, partisipasi juga menuntut adanya upaya kerja sama dan advokasi untuk mengamankan kepentingan konsitituen di dalam program. Situasi ini yang menyebabkan tarik menarik antara idealisme dengan kebutuhan pragmatis misalnya melaksanakan sebuah program yang sudah ditetapkan target dari pusat (PKMK 2015). Akibat dari pragmatisme ini ada kecenderungan untuk berfikir mekanis, kurang responsif terhadap kebutuhan konsitituen, menguasai aspek program tertentu dan kehilangan semangat altruisme dan kerelawanan. Pernyataan bahwa OMS semata-mata ada untuk kesejahteraan konstituennya, pada kenyataannya memiliki kepentingan-kepentingan pragmatis seperti keberlanjutan program, menjamin dukungan finansial bagi staf atau pengakuan atas kerja-kerja yang selama ini dilakukan. Di dalam konteks keterbatasan sumber-sumber pendanaan yang terjadi di semua daerah, kepentingan OMS/OBK adalah untuk memastikan adanya cukup pendanaan untuk organisasinya dan pada prakteknya hal inilah yang seringkali membuat OMS/OBK berada di dalam posisi dimana mereka, sadar atau tidak sadar, mengkompromikan peran dan fungsi yang menjadi kekuatan utamanya.

Tidak ada ruang partisipasi yang bermakna pada satu sisi dan adanya kecenderungan pragmatisme dari sisi OMS dan populasi kunci inilah yang menyebabkan partisipasi 'semu' dari OMS/OBK dalam penanggulangan HIV dan AIDS di daerah. Pada akhirnya ruang dialog yang seharusnya membuka kesempatan interaksi yang kritis tidak bisa terjadi dan advokasi kepentingan konstituennya selanjutnya jadi melemah bahkan cenderung menjadi kompromi-kompromi ekonomi. Dampak dari hal ini adalah terabaikannya kepentingan konsitituen dan kemauan untuk memanfaatkan layanan menjadi bukan hal yang penting bagi populasi kunci sebenarnya. Dalam situasi ini maka cakupan program relatif sulit untuk diwujudkan.

V. Kesimpulan

Tujuan integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan adalah untuk memperkuat efektivitas, efisiensi dan keadilan penanggulangan HIV dan AIDS beserta sistem kesehatannya. Dengan memberikan fokus pada tiga intervensi pencegahan (PMTS-WPS, PMTS-LSL dan LASS) serta dua intervensi perawatan dan pengobatan HIV (*link to care* dan ART), kajian kasus yang disajikan dalam buku ini bertujuan untuk menggali secara analitis pengaruh tingkat integrasi antara upaya penanggulangan HIV dan AIDS dan sistem kesehatan terhadap efektivitas program. Selain itu, bertujuan pula untuk mengidentifikasi mekanisme di mana integrasi berkontribusi pada efektivitas program. Dari hasil kajian kasus ini setidaknya ada dua hal yang diharapkan, yaitu:

- 1)** menyediakan bukti tentang manfaat potensial integrasi kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan, baik untuk efektivitas dan jaminan keberlanjutan program di masa depan di tingkat daerah maupun nasional; maupun **2)** untuk memperkuat sistem kesehatan yang berlaku.

213

A. Tingkat Integrasi

Kecenderungan tingkat integrasi yang ditunjukkan oleh kelima kasus intervensi tersebut, menunjukkan bahwa intervensi-intervensi pencegahan dan perawatan HIV belum sepenuhnya terintegrasi ke dalam sistem kesehatan. Artinya bahwa berbagai fungsi-fungsi pokok intervensi spesifik tersebut belum menjadi bagian pelaksanaan fungsi sistem kesehatan di daerah berdasarkan 17 dimensi integrasi dari ketujuh fungsi sistem kesehatan yang mencakup fungsi manajemen dan regulasi, pembiayaan, pengaturan sumber daya manusia, penyediaan obat dan alat kesehatan, pengelolaan informasi strategis, penyediaan layanan dan pengelolaan partisipasi masyarakat. Pada intervensi pencegahan, dari 17 dimensi ternyata hanya dua dimensi yang menunjukkan tingkat integrasinya lebih tinggi, yaitu dimensi regulasi dan dimensi penyediaan layanan. Tingkat integrasi yang

seperti ini konsisten dengan kecenderungan bahwa respons penanggulangan HIV dan AIDS cenderung bersifat normatif melalui respons kelembagaan dan produksi kebijakan dari pada respons yang bersifat implementatif. Sementara itu pada program perawatan dan pengobatan ARV, integrasi yang lebih tinggi tampak pada penyediaan pelayanan karena pada dasarnya berbagai program penanggulangan HIV dan AIDS saat ini bertumpu pada fasilitas layanan kesehatan primer yaitu puskesmas. Integrasi tidak terjadi baik pada program pencegahan maupun perawatan dan pengobatan ARV pada fungsi-fungsi pembiayaan, penyediaan obat dan alat kesehatan, pengelolaan sumber daya manusia, informasi strategis dan partisipasi masyarakat.

Berbagai faktor yang bisa diidentifikasi dari kajian kasus intervensi spesifik di atas, yang mungkin bisa memengaruhi tingkat integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan antara lain:

Pertama, interaksi antar aktor pada tingkat nasional maupun antar aktor nasional dan daerah saat ini menunjukkan kepentingan pragmatis yang cukup dominan di mana sebagian besar masih menghendaki penanggulangan HIV dan AIDS berjalan paralel karena menguntungkan baik bagi aktor daerah maupun nasional. Kepentingan lembaga terhadap sumber daya yang tersedia dari tingkat nasional dikhawatirkan akan hilang jika kewenangan tersebut berada di daerah. Perlu menjadi sebuah perhatian yang serius bagi daerah yang tidak memiliki kepemimpinan yang cukup berpihak pada penanggulangan HIV dan AIDS. Kasus tersebut bisa ditunjukkan dengan adanya kecenderungan bahwa tingkat integrasi dipengaruhi oleh sedikit atau banyaknya aktor yang terlibat dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Intervensi pencegahan cenderung melibatkan lebih banyak aktor dari lintas sektor sehingga tidak bisa dianggap sebagai permasalahan kesehatan semata. Hal ini tentu saja menjadi cukup sulit jika diintegrasikan ke dalam sistem kesehatan. Tidak demikian halnya dengan intervensi perawatan dan pengobatan HIV, selama ini pemainnya hanya terbatas pada fasyankes, Dinkes dan Kemkes. Meski ada OMS atau OBK yang terlibat dalam program tersebut, perannya sebatas sebagai

perujuk atau pendamping di lapangan bagi pasien yang akan atau telah mengakses layanan HIV. Sedikitnya aktor yang bermain di intervensi perawatan dan pengobatan HIV berimplikasi pada kemudahannya untuk melakukan koordinasi dan menyesuaikan kepentingan yang dimilikinya terhadap kemanfaatan dari intervensi perawatan tersebut. Akibatnya, program perawatan seperti yang digambarkan dalam dua kasus di atas (KTS dan ART) cenderung lebih terintegrasi dari pada program promosi dan pencegahan.

Kedua, cita-cita bahwa integrasi akan membawa upaya penanggulangan HIV dan AIDS lebih terdesentralisasi tidak bisa didukung oleh kajian-kajian kasus dalam penelitian ini. Skema pembiayaan hibah dan APBN pada dasarnya bisa dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk penguatan sistem kesehatan jika ada kemauan politik baik dari donor maupun pemerintah pusat. Pada sisi aktor daerah, adanya pendanaan dari pusat tidak ditangkap sebagai peluang untuk memperkuat respons daerah terhadap penanggulangan HIV dan AIDS, tetapi lebih dianggap sebagai peluang untuk mengalokasi pendanaan daerah untuk masalah kesehatan prioritas yang lain. Akibatnya, ketika pendanaan pusat berhenti maka mengecil atau berhenti pula program penanggulangan HIV dan AIDS di daerah tersebut. Kasus intervensi PMTS dan LASS di atas telah menunjukkan kecenderungan ini. Dalam kenyataannya sentralisasi pengelolaan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia menjadi dasar untuk menghindari tanggung jawab atas kewajiban untuk penyediaan layanan HIV yang merupakan bagian dari layanan dasar di bidang kesehatan.

Ketiga, kajian kasus intervensi pencegahan dan perawatan HIV di depan sudah menunjukkan bahwa pada tingkatan normatif, kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di daerah sebenarnya sudah terintegrasi karena sudah menjadi bagian dari sistem regulasi yang umum ditempuh daerah untuk mengembangkan program pembangunannya. Sayangnya, regulasi-regulasi tersebut tidak mampu tercermin dalam pelaksanaan program karena daerah sudah memiliki penugasan berdasarkan perencanaan dan sumber daya dari pusat. Tidak sambungnya antara perencanaan pusat dan regulasi di tingkat daerah berimplikasi

pada sulitnya mendorong upaya untuk mengatur pendanaan, administrasi, pengorganisasian dan skenario programatik yang dirancang untuk menciptakan konektivitas, keselarasan, dan kolaborasi di tingkat *frontline*. Lemahnya regulasi di tingkat *frontline* mengindikasikan bahwa regulasi di tingkat daerah pada dasarnya tidak memberikan kontribusi bagi penanggulangan HIV dan AIDS. Hal ini dikarenakan tidak mungkin terjadi koordinasi, kolaborasi dan konsolidasi kebijakan dan aktivitas yang mendorong terjadinya integrasi dengan pelayanan kesehatan yang lebih luas agar tercapai efektivitas dan efisiensi program yang lebih tinggi.

Keempat, upaya pencegahan sebagai respon multi sektoral tidak bisa dikendalikan dengan hanya mengandalkan sektor kesehatan semata. Hal ini menjadi hambatan untuk mengintegrasikannya ke dalam sistem kesehatan. Sebaliknya integrasi bisa lebih mudah dilakukan pada upaya perawatan HIV karena intervensi ini berada dalam kendali medis pada satu sisi dan pada sisi yang lain keterlibatan pasien terhadap proses perawatan ini cenderung lebih besar karena secara langsung bisa dilihat dampak ketidakpatuhannya terhadap kendali medik tersebut. Hal ini barangkali yang menjadi alasan mengapa program pencegahan cenderung tidak terintegrasi dibandingkan dengan program perawatan karena adanya persepsi bahwa permasalahan perilaku berisiko bukan fokus dari sektor kesehatan tetapi lebih merupakan respons lintas sektoral di wilayah tertentu.

Kelima, desentralisasi dalam penanggulangan HIV dan AIDS pada dasarnya bisa berjalan dengan baik selain tergantung dari kapasitas teknis, juga dari kapasitas administratif dari daerah. Kapasitas administratif yang dimaksud berupa kapasitas untuk merencanakan program dan mobilisasi sumber daya. Dari hasil kajian kasus di atas menunjukkan bahwa intervensi pencegahan dan perawatan HIV merupakan kebijakan vertikal di mana kewenangan administratif dan teknis ada di tingkat pusat dengan mengembangkan sebuah struktur terpisah dari pelayanan kesehatan. Struktur ini terdiri dari OMS/OBK yang bertanggungjawab langsung kepada pusat. Meskipun demikian, intervensi perawatan HIV sedikit lebih terintegrasi karena pelaksanaan teknis intervensi menggunakan fasilitas yang dimiliki oleh pemerintah daerah. Kajian kasus di

atas tidak menunjukkan adanya intervensi yang terintegrasi penuh dimana terjadi pendelegasian kewenangan administratif bagi otoritas daerah untuk merencanakan dan memobilisasi sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan perencanaan tersebut.

B. Integrasi dan Efektivitas Program

Intervensi PMTS pada WPS dan LSL serta LASS yang dianalisis dalam kajian status ini menunjukkan bahwa cakupan intervensi yang ditargetkan secara nasional belum bisa dicapai oleh ketiga jenis intervensi tersebut. Dilihat dari tingkat integrasinya, ketiga intervensi tersebut tidak terintegrasi dengan pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan yang berlaku di tingkat daerah. Meski tidak mencapai target yang ditentukan secara nasional, intervensi KTS/*link to care* dan ART menunjukkan cakupan yang lebih tinggi dibandingkan dengan intervensi pencegahan. Demikian pula dari tingkat integrasinya, dua intervensi dalam perawatan HIV tersebut memiliki tingkat integrasi sebagian dengan pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan di tingkat daerah. Secara umum, analisis tentang hubungan tingkat integrasi dengan efektivitas kelima jenis intervensi tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan fungsi-fungsi program penanggulangan HIV dan AIDS masih belum konsisten dengan berbagai asumsi dan kondisi yang diharapkan dalam upaya melakukan integrasi. Pelaksanaan fungsi program yang terfragmentasi dari fungsi-fungsi sistem kesehatan yang berlaku di daerah ini menjadikan intervensi tidak mampu mencapai target intervensi yang telah ditetapkan. Gambaran pelaksanaan fungsi-fungsi program penanggulangan HIV dan AIDS yang menjadi mekanisme integrasi berkontribusi terhadap efektivitas intervensi, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- Terpusatnya data program dan data strategik di tingkat nasional dalam penanggulangan HIV dan AIDS menunjukkan bagaimana dominasi pusat atas daerah pada kepemilikan data programatik dan strategis. Kepemilikan data ini sebenarnya juga bersifat parsial

karena masing-masing pengelola program dalam penanggulangan HIV dan AIDS mengembangkan sistem pengumpulan dan pemanfaatan data sesuai dengan kepentingannya masing-masing. Adanya sistem informasi strategis yang paralel ini telah menyebabkan perencanaan, monitoring dan evaluasi program menjadi terfragmentasi baik dari segi laporan, SDM, pembiayaan, maupun sediaan farmasi dan alat kesehatan di tingkat daerah.

- b. Model perencanaan penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat nasional menjadi tidak bisa digunakan sebagai acuan bagi daerah karena disusun tanpa memerhatikan prinsip desentralisasi pada bidang kesehatan. Dengan demikian, perencanaan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia pada dasarnya merupakan perencanaan nasional yang tidak mencerminkan kepentingan daerah. Sebagai konsekuensinya, sumber pembiayaan pun hanya didedikasikan untuk mendanai perencanaan pusat. Sebaliknya karena keterbatasan regulasi dalam penganggaran APBD dan kapasitas yang rendah dalam perencanaan program HIV dan AIDS maka bagi daerah yang telah mengalokasikan untuk penanggulangan HIV dan AIDS hanya terbatas pada kegiatan umum yang tidak mencerminkan kebutuhan nyata di lapangan.
- c. Ketidakpastian masa depan pendanaan dari mitra pembangunan internasional serta adanya ketidakpastian standard dan renumerasi SDM, telah berimplikasi pada ketidakpastian atas masa depan SDM yang selama ini bekerja. Ketidakpastian seperti ini terjadi pada intervensi pencegahan yang selama ini menggantungkan pendanaannya pada mitra pembangunan internasional, seperti ditunjukkan pada kajian kasus intervensi WPS, LSL dan LASS di lima daerah. Situasi ini sedikit berbeda dengan intervensi perawatan HIV (KTS/*link to care* dan ART) di mana sebagian besar SDMnya merupakan pegawai pemerintah daerah yang ditempatkan di layanan kesehatan di daerah tersebut. Selama pendanaan dari mitra pembangunan internasional tersedia dan pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS terpisah dari pembiayaan kesehatan pada umumnya maka tidak akan mempunyai dampak yang merugikan bagi tenaga kesehatan maupun non-kesehatan yang bekerja di penanggulangan HIV dan AIDS. Bahkan seringkali tenaga kesehatan dari pelayanan kesehatan umum tersedot ke layanan HIV dan AIDS karena ada insentif yang lebih besar jika mengerjakan layanan tersebut. Tetapi ketika pendanaan mitra pembangunan internasional semakin berkurang atau berhenti maka akan semakin kecil kemungkinan SDM yang ada di penanggulangan HIV dan AIDS akan bertahan. Hal ini dikarenakan tidak adanya payung hukum dan insentif untuk pelayanan penanggulangan HIV dan AIDS.
- d. Meski memberikan keuntungan yang potensial dari pengelolaan terpusat, tetapi tidak bisa dipungkiri bahwa banyak hambatan-hambatan yang terjadi di lapangan dalam pengelolaan rantai penyediaan kefarmasian dan alat kesehatan. Keputusan untuk melakukan pengadaan di tingkat pusat yang tujuannya adalah efisiensi, pada kenyataannya justru tidak efisien ketika dilaksanakan di tingkat daerah bahkan jika dikaitkan dengan kinerja justru menjadi salah satu hambatan yang utama untuk mencapai layanan komprehensif dan berkesinambungan. Meski secara politis perencanaan dan pengadaan kefarmasian dan alat kesehatan secara terpusat bisa dipahami, tetapi beranjak dari contoh permasalahan yang muncul pada lima kasus intervensi di atas maka masih diperlukan upaya integrasi yang lebih tinggi di tingkat daerah yang mungkin akan lebih efisien dan berkelanjutan dari pada dilakukan di tingkat pusat.
- e. LKB belum diterapkan sebagai strategi dalam pelaksanaan intervensi penanggulangan HIV dan AIDS yang komprehensif dan berkesinambungan karena masing-masing intervensi masih tampak sebagai intervensi mandiri yang kurang memperhitungkan intervensi sebelum dan sesudahnya. Puskesmas atau OMS sebagai pelaksana di lapangan selama ini hanya berisi berbagai program-program yang berasal dari pusat yang tidak terkoordinasi dengan baik. Perencanaan

OMS dikembangkan dari permintaan donor atas target yang telah ditentukan dari pusat, sementara puskesmas yang memberikan pelayanan HIV adalah puskesmas yang ditunjuk oleh Dinkes yang lebih berperan sebagai perpanjangan tangan dari Kemkes. Upaya untuk mengintegrasikan layanan HIV dan AIDS ke dalam layanan kesehatan umum di tingkat lapangan (*frontline*) menjadi sulit untuk diwujudkan karena tidak adanya kewenangan administratif dalam menentukan dan memobilisasi sumber daya yang dimilikinya. Padahal kewenangan administratif tersebut merupakan syarat utama dalam upaya integrasi di tingkat layanan terdepan.

- f. Kebijakan sektor non-kesehatan secara langsung memberikan pengaruh terhadap efektivitas penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat daerah dan secara tidak langsung memengaruhi adopsi ke dalam sistem kesehatan. Hal ini terjadi melalui kebijakan pemerintah daerah yang melakukan kriminalisasi pekerja seks atau homoseksual. Kriminalisasi ini terjadi melalui pembentukan perda anti maksiat, anti prostitusi atau ketertiban umum. Sebagai konsekuensinya atas situasi ini menyebabkan keterlibatan sektor kesehatan (dinas kesehatan dan puskesmas) dalam intervensi pencegahan pada populasi kunci menjadi relatif minimal karena bertentangan dengan kebijakan daerah. Situasi ini sekaligus mengindikasikan kurang optimalnya OMS yang bekerja bagi populasi kunci untuk melakukan advokasi kepada pemerintah daerah terkait dengan pemenuhan hak dari dampingan mereka. Hal ini justru menimbulkan kecenderungan bahwa OMS menjadi lebih kompromistik karena posisinya sebagai bagian dari penyedia layanan yang terikat komitmen dengan mitra pembangunan internasional dan Dinkes atau KPAD.
- g. Muncul kecenderungan pragmatisme pada OMS dan populasi kunci dalam partisipasinya di dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Keinginan untuk menjadi pelaksana program dari pada sebagai pemantau yang memastikan program berjalan dengan baik, menyebabkan partisipasi 'semu' dari OMS/OBK dalam

penanggulangan HIV dan AIDS di pusat maupun daerah. Akibatnya ruang dialog yang seharusnya membuka kesempatan interaksi yang kritis tidak bisa terjadi dan advokasi kepentingan konstituennya pun selanjutnya jadi melemah bahkan cenderung menjadi kompromi-kompromi ekonomi. Dampak dari hal ini adalah terabaikannya kepentingan konstituen dan lebih jauh lagi adalah kemauan untuk memanfaatkan layanan pun menjadi semakin berkurang. Dibukanya partisipasi OMS/OBK yang lebih besar dalam proses penanggulangan HIV dan AIDS justru membuat resistensi di tingkat lapangan yang lebih besar karena kepentingan populasi kunci justru menjadi prioritas kedua dari OMS/OBK setelah kepentingan memperoleh pendanaan.

Simpulan di atas telah menunjukkan bahwa integrasi kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS belum sepenuhnya terwujud dalam fungsi-fungsi utama sistem kesehatan. Dinamika faktor eksternal yang tampak dalam interaksi antar aktor dalam penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat nasional maupun daerah, komitmen politik yang berubah-ubah, hukum dan regulasi yang seringkali berbenturan dengan kepentingan penanggulangan HIV dan AIDS serta karakteristik dari permasalahan HIV dan AIDS yang multi sektoral ternyata menjadi faktor-faktor penting yang perlu dipertimbangkan untuk mewujudkan integrasi tersebut. Konsep integrasi yang sudah dicita-citakan dalam berbagai dokumen penanggulangan HIV dan AIDS selama ini ternyata masih bersifat normatif dan jauh dari implementasinya karena adanya faktor-faktor eksternal tersebut. Pelaksanaan fungsi-fungsi program penanggulangan HIV dan AIDS selama ini sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor kontekstual di atas sehingga menyebabkan capaian-capaian program yang tampak dalam cakupan tidak konsisten dengan tingkat integrasi yang terjadi.

VI. Rekomendasi

Kajian kasus yang disajikan dalam buku ini selain telah menunjukkan gambaran tentang upaya integrasi intervensi spesifik penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan yang ada di tingkat daerah, juga telah mengidentifikasi beberapa permasalahan yang menyebabkan tingkat integrasi yang lebih tinggi tidak bisa dilakukan serta faktor-faktor yang menyebabkan cakupan intervensi spesifik tersebut tidak mencapai target nasional. Berbagai permasalahan yang disajikan tersebut sekaligus bisa memberikan arahan untuk mengoptimalkan upaya integrasi kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan. Upaya untuk memperkuat integrasi tetap berpegang pada asumsi bahwa dalam situasi program yang masih menggantungkan dengan dukungan finansial dan teknis dari inisiatif kesehatan global, integrasi merupakan strategi yang tepat untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi dan keberlanjutan program HIV dan AIDS di masa depan. Beberapa upaya yang bisa dilakukan adalah sebagai berikut:

219

A. Fungsi Kebijakan dan regulasi

1. Menyusun Norma dan Standar Pelaksanaan Kerja (NSPK) sebagai sebuah *road map* tentang pembagian wewenang, peran serta tanggung jawab yang jelas antara aktor yang ada di pusat dan daerah dan sebagai acuan pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS untuk mewujudkan prinsip desentralisasi kesehatan. *Road map* ini dikembangkan berdasarkan pemetaan yang mencakup 1) jenis program (pencegahan, perawatan dan pengobatan, mitigasi dampak); 2) status program saat ini (lingkup program dan aktifitas); 3) pelaksanaan fungsi-fungsi programatik; dan 4) kinerja program.
2. Dikembangkannya NSPK diharapkan dapat menjadi pedoman-pedoman teknis dan operasional agar memudahkan daerah dalam merencanakan, memobilisasi sumber daya, melaksanakan, memantau dan mengevaluasi penanggulangan HIV dan AIDS di daerahnya.
3. Perlu kesepahaman dan komitmen bersama antara aktor di tingkat nasional dan daerah untuk menggunakan SRAN sebagai dasar pengembangan dan pelaksanaan program yang dilaksanakan

oleh berbagai aktor termasuk MPI sebagai upaya untuk memperkuat sistem kesehatan yang ada.

4. Di tingkat daerah, KPAD perlu diperkuat mandatnya sebagai lembaga yang mengkoordinasikan perencanaan, pelaksanaan dan monitoring, serta evaluasi penanggulangan HIV dan AIDS di daerah. Penguatan ini menuntut adanya pemberian kewenangan yang lebih besar dari pemerintah daerah baik secara politik maupun finansialnya agar mampu melakukan fungsi koordinasi.

agar bisa menjadi peserta JKN sebagai upaya untuk mengurangi inequity.

4. Upaya promosi dan pencegahan HIV bagi populasi kunci diharapkan bisa menjadi bagian dari skema pelayanan yang didanai secara rutin oleh puskesmas dari bidang kesehatan masyarakat melalui skema BOK atau kapitasi JKN. Untuk itu diperlukan lembaga mitra yang secara khusus menjangkau mereka dengan pesan-pesan pencegahan dan rujukan ke layanan kesehatan melalui mekanisme pembiayaan dalam bentuk kontrak pelayanan (*contracting out*).

B. Fungsi Pembiayaan

1. Sumber pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS yang dikelola secara paralel dengan pembiayaan kesehatan secara umum telah menimbulkan dampak pada pengelolaan program yang juga paralel dengan program kesehatan secara umum. Untuk itu menjadi penting mengintegrasikan pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS khususnya yang berasal dari inisiatif kesehatan global ke dalam mekanisme APBN atau APBD.
2. Diperlukan upaya untuk mengembangkan kapasitas dalam perencanaan dan penganggaran jika mengharapkan pemerintah daerah mempunyai kemampuan untuk mengalokasikan dan mendistribusikan dana yang tersedia untuk kebutuhan penanggulangan HIV dan AIDS sesuai dengan konsep LKB. Untuk itu diperlukan regulasi yang mampu memberikan payung hukum bagi daerah untuk mengintegrasikan penganggaran penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam anggaran sektor kesehatan di tingkat daerah.
3. Perawatan dan pengobatan HIV sebaiknya menjadi skema manfaat dari JKN termasuk tes diagnostik dan obat-obatan terkait dengan perawatannya. Hal ini untuk memastikan keberlangsungan rantai logistik dan cakupan program yang lebih tinggi. Perlu juga diperhatikan skema di JKN yang mampu memberikan ruang bagi kelompok populasi kunci yang memiliki status kependudukan yang tidak lengkap

C. Fungsi Pengelolaan Informasi Strategis

1. Pemerintah daerah harus memiliki sistem dalam mengelola informasi yang terkait dengan situasi epidemik, data program, dan data hasil atau dampak agar mampu membuat perencanaan dan penganggaran program yang sesuai dengan kebutuhan daerah. Saat ini informasi strategis tersebut sepenuhnya dikelola oleh pusat, baik pemerintah maupun mitra pembangunan internasional. Untuk itu perlu ada pemberian kewenangan dan keleluasaan bagi pemerintah daerah dalam mengumpulkan, memproduksi, memanfaatkan, dan mendiseminasi informasi strategis tersebut kepada publik.
2. Sistem informasi dalam penanggulangan HIV dan AIDS terdiri dari berbagai macam sistem dan masing-masing berjalan paralel dan sulit untuk memperoleh informasi yang menyeluruh tentang situasi kinerja penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Untuk itu diperlukan sinkronisasi antar sistem informasi tersebut dalam alur pelayanan dan data agar bisa memastikan kelengkapan, keakuratan dan ketepatan waktu pengisian data dan pemanfaatannya secara bersama termasuk pemanfaatan di tingkat daerah.

D. Fungsi Penyediaan Farmasi dan Alat Kesehatan.

Perlu adanya regulasi baru dalam penyediaan farmasi dan alat kesehatan termasuk alat pencegahan untuk penanggulangan HIV dan AIDS, termasuk kondom dan alat suntik steril yang menegaskan kembali bahwa sektor kesehatan sebagai penanggung jawab untuk menjamin keberlangsungan proses penyediaan dan distribusinya di masa depan. Regulasi ini menjadi sangat penting karena model distribusi tersebut merupakan model yang praktis dan efektif dalam proses pengadaan dan distribusinya.

E. Fungsi Pengelolaan SDM

1. Pengelolaan SDM dalam penanggulangan HIV dan AIDS yang memiliki karakteristik berbeda (tenaga kesehatan dan tenaga non-kesehatan; PNS, honorer dan staf OMS) mengimplikasikan perlu adanya terobosan dalam kebijakan SDM di daerah mengingat secara normatif hal ini belum diatur di sebagian besar daerah. Terobosan dalam bidang SDM yang bisa dilakukan selain dengan membangun payung hukum yang inklusif, bisa juga dilakukan dengan melakukan inovasi pada aspek pembiayaan layanan. Pemerintah daerah bisa melakukan kontrak individu maupun secara organisasional dengan menggunakan dana APBD atau BLUD.
2. Perlunya membangun mekanisme pengembangan kapasitas sumber daya kesehatan daerah baik bagi staf yankes maupun OMS melalui berbagai pelatihan untuk berbagai jenis layanan. KPAD dan Dinkes perlu bertanggungjawab dalam merencanakan hal ini mengingat selama ini pengembangan kapasitas ini dilakukan oleh pusat (Kementerian Kesehatan, KPAN atau MPI) Untuk itu, teresediannya mekanisme pengembangan kapasitas yang berkelanjutan di tingkat daerah menjadi keharusan jika pelaksanaan kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS diharapkan berkelanjutan. Skema pengembangan kapasitas ini perlu dipahami oleh perencana program di tingkat daerah, sehingga bisa dijadikan mata anggaran

rutin dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan di daerah tersebut.

F. Fungsi Penyediaan Layanan

1. Diperlukan pemahaman bersama dan konsensus serta terbangunnya peta jalan untuk kesinambungan penyediaan layanan berbasis pada layanan *frontline* termasuk layanan yang disediakan oleh organisasi masyarakat sipil yang bekerja untuk program promosi dan pencegahan pada populasi kunci yang selama ini mayoritas bersumber dana donor sehingga seolah-olah berada di luar sektor kesehatan.
2. Pemerintah daerah perlu melakukan penguatan layanan kesehatan primer (puskesmas dan jaringannya) untuk menyediakan layanan HIV yang terintegrasi dengan layanan kesehatan lainnya, mulai dari tata kelola, pembiayaan, sistem informasi, SDM, logistik dan partisipasi masyarakat melalui bimbingan teknis (bimtek) secara rutin serta melakukan monitoring dan evaluasi untuk memberikan layanan kesehatan dasar termasuk HIV dan AIDS. Pemerintah daerah juga perlu memperluas jaringan layanan HIV tidak hanya pada layanan kesehatan milik pemerintah namun juga layanan swasta maupun organisasi masyarakat sipil.
3. Upaya untuk membuat layanan yang terintegrasi di tingkat *frontline* ini tidak hanya bisa dipandang sebagai sebuah integrasi yang bersifat teknis semata, tetapi juga akan mencakup pengembangan kapasitas untuk merencanakan dan mengelola program, advokasi dan mobilisasi sumber daya yang dibutuhkan untuk penyediaan layanan di tingkat layanan. Hal ini juga dilakukan dengan cara mengurangi kepentingan lembaga dan mengedepankan kepentingan program yang didasari oleh kepentingan alokasi dana donor dibanding pemikiran program mana yang lebih efektif. Untuk itu diperlukan pengembangan sebuah regulasi di kabupaten/kota yang mengatur kerangka kerja yang memungkinkan perencanaan program penanggulangan HIV dan AIDS selaras dengan berbagai layanan pencegahan dan perawatan HIV. Kedua

layanan tersebut di dalamnya termasuk sistem informasi, keuangan dan tata laksana program dari berbagai penyedia layanan yang ada di wilayah tersebut.

4. Di tingkat lapangan, para penyedia di tingkat layanan perlu mengoptimalkan koordinasi sebagai konsekuensi atas perencanaan bersama. Informasi tentang hambatan dalam penyediaan layanan dan capaian masing-masing penyedia layanan menjadi hal penting untuk dibicarakan. Dalam konteks di kecamatan, puskesmas sebagai simpul dari berbagai layanan-layanan HIV dan AIDS di wilayah tersebut bisa memanfaatkan mini lokakarya triwulanan sebagai forum koordinasi dengan pihak eksternal
5. Penguatan kapasitas manajerial puskesmas untuk memperkuat layanan kesehatan primer di puskesmas sebagai dasar integrasi. Penguatan manajerial ini memberikan kemampuan untuk meningkatkan koordinasi dan kolaborasi dengan aktor lainnya yang terkait, seperti OMS, kader atau masyarakat umum dalam upaya memberikan dukungan sosial dalam penyediaan layanan HIV di masyarakat.

permasalahan diskriminasi dalam berbagai bentuk. Partisipasi yang seperti ini pada gilirannya akan mendorong terbangunnya akuntabilitas, transparansi dan daya tanggap program penanggulangan HIV dan AIDS dengan kebutuhan masyarakat di daerah.

G. Fungsi Penggerakan Partisipasi Masyarakat

Permasalahan terkait dengan layanan penanggulangan HIV dan AIDS banyak terjadi di tingkat lapangan yang tidak mudah dipotret pada tingkat nasional, khususnya praktek-praktek diskriminasi pada populasi kunci dalam mengakses pelayanan kesehatan dan munculnya berbagai peraturan dan regulasi di tingkat daerah yang menghambat pelaksanaan program. Menjadi sangat penting keterlibatan OMS di tingkat daerah dalam penentuan kebijakan strategis dalam penanggulangan HIV dan AIDS di daerahnya. Hal ini hanya bisa terjadi jika pengembangan kebijakan dan program bisa didesentralisasikan di tingkat daerah. Untuk itu, pusat perlu meninjau kembali efektivitas perencanaan yang terpusat menjadi perencanaan yang terdesentralisasi sehingga mampu mendorong partisipasi yang lebih besar dari OMS, termasuk dalam menyikapi berbagai

Daftar Pustaka

- Aantjes C, Quinlan T, Bunders J. 2014. Integration of community home based care programs within national primary health care revitalization strategies in Ethiopia, Malawi, South-Africa and Zambia: a comparative assessment. *Globalization and Health*, 10:85.
- Alliance. 2008. *Programme Monitoring and Evaluation Practice Manual*.
- 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
- Atun, R. de Jongh, T. Secci F. Ohiri, K., Adeyi O, 2010. A Sytematic review of evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health Policy and Planning* 2010: 25: 1-14
- Atun, R. et al. 2009. Integration of Targeted Health Interventions into Health Systems: a Conceptual Framework for Analysis. *Health Policy and Planning*. 23: 104-111.
- Atun, R., de Jongh, T., Secci, F., Ohiri, K., & Adeyi, O. 2009. Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. *Health policy and planning*, czp055.
- Atun, R., Pothapregada, S. K. Kwansah, J., Degbotse, D. L., Jeffrey V. 2011. Critical Interactions Between the Global Fund-Supported HIV Programs and the Health System in Ghana. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999) (2011). Volume: 57 Suppl 2, Pages: S72-S76
- 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.
- Burchett HE, Mounier-Jack S, Torres-Rueda S, Griffiths UK, Ongolo-Zogo P, Rulisa S, Edengue JM, Chavez E, Kitaw Y, Molla M, Konate M, Gelmon L, Onyango-Ouma W, Lagarde M, Mills A. 2014. The impact of introducing new vaccines on the health system: case studies from six low- and middle-income countries. *Vaccine*, 32 (48): 6505–6512.
- 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:U1:10-1-114802.
- 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
- Coker, R., Balen, J., Mounier-Jack, S., Shigayeva, A., Lazarus, J. V., Rudge, J. W., ... & Atun, R. 2010. A conceptual and analytical approach to comparative analysis of country case studies: HIV and TB control programmes and health systems integration. *Health policy and planning*, 25(suppl 1), i21-i31.
- 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
- Crowe S, Cresswell, K, Robertson A, Huby, G, Avery A, Sheikh A. 2011. The Case Study Approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11:100.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke, 2014. Laporan PMTS Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) 2014. Merauke : Dinkes Kabupaten Merauke.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2014. Profil Kesehatan Kota Surabaya tahun 2014.
- Dinas Kesehatan DKI Jakarta (2013). Rencana Strategi Dinas Kesehatan DKI Jakarta tahun 2013-2017.
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2012 Surat Edaran Kepala Dinkes Provinsi DKI Jakarta No. 63/SE/2012 tentang Layanan Jarum dan Alat Suntik Steril di DKI Jakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, 2009 Surat Edaran Kepala Dinas tentang Kemandirian Pengangggaran Program Pengurangan dampak buruk No. 3884/1.778/2009.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2014. Laporan STBP 2013 Survei Terpadu Biologis dan Perilaku.
- El-Jardali F., Bou-Karroum L., Ataya N., El-Ghali H.A., and Hammoud R. 2014. A retrospective health policy analysis of the development and implementation of the voluntary health insurance system in Lebanon: Learning from failure. *Social Science & Medicine*, 123: 45-54.
- Fairall, L.R., et al. 2007. Effectiveness of *Antiretroviral* Treatment in a South African Program A Cohort Study. *Arch Intern Med*. 2008; 168(1):86-93. doi:10.1001/archinternmed.2007.10.
- Gartlehner, G., Hansen, R.A., Nissman, D., Lohr, K.N., and Carey, T.S. 2006. Criteria for Distinguishing Effectiveness from Efficacy Trials in Systematic Reviews. RTI International - University of North Carolina Evidence-based Practice Center.
- Global Fund. 2011. *Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV, Tuberculosis, Malaria and Health and Community Systems Strengthening*.
- Grassly, N.C., Garnett, G.P., Schwartlander, B., Gregson, S., and Anderson R.M., 2001. The Effectiveness of HIV Prevention and the Epidemiological Context. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (12), pp. 1121 – 1135.
- 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.

Grepin, K. A., & Reich, M. R. 2008. Conceptualizing integration: a framework for analysis applied to neglected tropical disease control partnerships. *PLoS Negl Trop Dis*, 2(4), e174.

Gurnani, V., Beattie, T. S., Bhattacharjee, P., Mohan, H. L., Maddur, S., Washington, R., Isac, S., Ramesh, B. M., Moses, S., Blanchard, J. F. 2011. An integrated 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 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/755>

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*, 25:53-57.

Homan, R., van Damme, K., Behets, S. M. T., McClamroch, K., Rasamilalao, D., Rasolofomanana, J. R., Rasamindrakotroka, A., and van Dam, J. 2002. Estimating the Cost and Effectiveness of Different STI Management Strategies for Sex Workers in Madagascar. *Population Council*.

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=413692>
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa042088>

Jenkins R, Othieno C, Okeyo S, Aruwa J, Kingora J, Jenkins B. 2013. Health System Challenges to Integration of Mental Health Delivery in Primary Care in Kenya: Perspectives of Primary Care Health Workers. *BMC Health Services Research*, 13:368.

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>.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2006. Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011. STBP 2011 Survei Terpadu Biologis dan Perilaku.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2012c. Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) 2011. Jakarta: Kemenkes RI Ditjen PP & PL.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2007. Surveilance Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) 2007. Jakarta : Kemenkes RI Ditjen PP & PL.

Kementrian Kesehatan RI, 2011. Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi *Antiretroviral* pada orang Dewasa dan Remaja

Kementrian Kesehatan RI, 2012. Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV – IMS Berkesinambungan

Keshavejee, S., Seung, K. Satti, H., et al. 2008. Building Capacity for Multidrug-Resistant Tuberculosis Treatment:

Health Systems Strengthening in Lesotho. *Innovations*, fall 2008: 87-106.

Komisi Penanggulangan AIDS DKI Jakarta, 2014. Laporan Hasil Pemetaan Populasi Kunci Provinsi DKI Jakarta.

Komisi Penanggulangan AIDS DKI Jakarta, 2013. Strategi Rencana Aksi Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2013-2017

Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi DKI Jakarta, 2013. Evaluasi Program Penanggulangan HIV dan AIDS DKI Jakarta, 2008-2012.

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2014. Pedoman Pencegahan Penularan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS) Paripurna. Jakarta: KPAN

Lasker RD, et al. Partnership Synergy: a Practical Framework for Studying and Strengthening the Collaborative Advantage. *Milbank Quarterly* 12:1-7.

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 programme activities within a strengthened health system. *BMC public health*, 10(1), 1.

Nadjib M., Megraini, A., Ishardini, L., & Rosalina, L, 2013. National AIDS Spending Assesment 2011-2012

National AIDS Commission, 2010. Indonesia Monitoring and Evaluation Plan for HIV and AIDS: 2010 – 2014

Palmer, S. and Togerson, D. J. 1999. Definitions of Efficiency. *BMJ*, 318: 1136

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

Peck R, Fitzgerald DW, Liautaud B et.al. 2003. The feasibility, demand, and effect of integrating primary care services with HIV voluntary counseling and testing – evaluation of a 15 years experience in Haiti, 1985 -2000. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 33:470 -5.

Pemerintah Daerah Provinsi DKI, 2009 Peraturan Daerah Provinsi DKI Nomor 4 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah

Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta, 2012 Peraturan Gubernur nomor 183 tahun 2012 tentang Pemulihan Adiksi Berbasis Masyarakat

Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta, 2014 Peraturan Gubernur nomor 123 tahun 2014 tentang Kepesertaan dan Pelayanan Jaminan Kesehatan.

PEPFAR. 2009. Next Generation Indicators Reference Guide.

Pemerintah Daerah Kabupaten Merauke, 2015 Peraturan Bupati

- Kabupaten Merauke no. 16 tahun 2015 tentang Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS daerah.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Merauke, 2013 Peraturan Daerah Kabupaten Merauke no. 3 Tahun 2013 tentang pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS.
- Pemerintah Daerah Kota Medan, 2012 Peraturan Daerah Kota Medan No. 1 Tahun 2012 tentang pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS.
- Pemerintah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur, 2007 Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur no. 3 tahun 2007 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.
- Pemerintah Daerah Kota Kupang, 2013 Peraturan Walikota Kupang No. 4 Tahun 2013 tentang Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS Kota Kupang.
- 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.
- Rasschaert, F., Pirard, M., Philips, M. P., Atun, R., Wouters, E., Assefa, Y., ... & Van Damme, W. 2011. Positive spill-over effects of ART scale up on wider health systems development: evidence from Ethiopia and Malawi. *Journal of the International AIDS Society*, 14(1), 1
- Remien, R.H., Berkman A., Landon M., Bastos F. I., Kagee A., and El-Sadr, W. M. 2008. Integrating HIV care and HIV prevention: legal, policy and programmatic recommendations *AIDS* 2008, 22 (suppl 2):S57–S65.
- Ripin, D.J., Jamieson, D., Meyers, A., Warty, U., Dain, M., Khamsi, C., 2014. Review *Antiretroviral* Procurement and Supply Chain Management. *Antiretroviral Therapy*. 19 Suppl; 13: 79-89.
- Ritchie J., Spencer L. 2003. *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. London: Sage.
- Ruisendaal, E. 2015. Integrating healthcare services for sex workers A qualitative study in Uganda, Kenya and Vietnam. Amsterdam: MPA2, International Public Health
- 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.
- 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>
- Pemerintah Daerah Kota Medan, 2013 Surat Keputusan Walikota Medan No. 800 tahun 2013 tentang pembentukan forum koordinasi LKB HIV dan AIDS.
- Sweeney, S., Obure C.D., Maier, C.B., Greener, R., Dehne, K., and Vassal. 2012. Cost and efficiency of integrating services with other health services: a systematic review of evidence and experience. *Sex transom infect*. 2012;88:85-99.
- Sweeney, S., Obure, C. D., Maier, C. B., Greener, R., Dehne, K., & Vassall, A. 2012. Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services: a systematic review of evidence and experience. *Sexually Transmitted Infections*, 88(2), 85–99. <http://doi.org/10.1136/sextrans-2011-050199>
- 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.
- UNAIDS. 2000. National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation.
- UNAIDS. 2010. Strategic Guidance for Evaluating HIV Prevention Programmes.
- UNGASS. 2010. Guidelines on Construction of Core Indicators.
- USAID. 2000. Handbook of Indicators for HIV/AIDS/STI Programs. First edition.
- VanDeusen, A., Paintsil, E., Agyarko-Poku, T., & Long, E. F. 2015. Cost effectiveness of option B plus for prevention of mother-to-child transmission of HIV in resource-limited countries: evidence from Kumasi, Ghana. *BMC infectious diseases*, 15(1), 1.
- VanDeusen, A., Paintsil, E., Agyarko-Poku, T., Long, E.F. 2015. Cost effectiveness of option B plus for prevention of mother-to-child transmission of HIV in Resource-Limited Countries: Evidence from Kumasi, Ghana. *BMC Infectious Diseases*, 15:130.
- 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. 2000. The World Health Report 2000. Health Systems. Improving Performance. Geneva: World Health Organization.
- 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. 2007. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. Geneva: World Health Organization.

WHO. 2008. Community involvement in tuberculosis care and prevention: Towards partnerships for health. Geneva: World Health Organization.

WHO. 2008. Integrated Health Services. What dan Why. Technical Brief no. 1, May. 2008. Geneva: World Health Organization.

WHO. 2009. Systems thinking for health systems strengthening. Geneva: World Health Organization.

WHO. 2013. Closing the Health Equity Gap: Policy Options and Opportunities for Action. Geneva: World Health Organization.

Wilson, D. 2015. HIV programs for sex workers : lessons and challenges for delivering programs. *PloS Med* 12(6): e1001808.doi: 10.1371/journal.pmed.1001808

Wilson, D. P., Donald, B., Shattock, A. J., Wilson, D., & Fraser-Hurt, N. 2015. The cost-effectiveness of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 26, S5-S11.

Yin R. 1994. Case study research: design and methods. 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.

Zulu, J. M., Hurtig, A. K., Kinsman, J., & Michelo, C. 2015. Innovation in health service delivery: integrating community health assistants into the health system at district level in Zambia. *BMC health services research*, 15(1), 1.

STUDI KASUS

Integrasi Kebijakan & Program HIV & AIDS
ke Dalam Sistem Kesehatan di Indonesia

Dengan memberikan fokus pada tiga intervensi pencegahan (PMTS-WPS, PMTS-LSL dan LASS) serta dua intervensi perawatan dan pengobatan HIV (link to care dan ART), kajian kasus yang disajikan dalam buku ini bertujuan untuk menggali secara analitis pengaruh tingkat integrasi antara upaya penanggulangan HIV dan AIDS dan sistem kesehatan terhadap efektivitas program. Selain itu, bertujuan pula untuk mengidentifikasi mekanisme di mana integrasi berkontribusi pada efektivitas program. Secara umum kelima kajian kasus tersebut telah menunjukkan bahwa integrasi kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS belum sepenuhnya terwujud dalam fungsi-fungsi utama sistem kesehatan. Interaksi antar aktor dalam penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat nasional maupun daerah belum menunjukkan dukungannya terhadap integrasi, misalnya tampak dalam komitmen politik yang berubah-ubah, hukum dan regulasi yang seringkali berbenturan dengan kepentingan penanggulangan HIV dan AIDS serta karakteristik dari permasalahan HIV dan AIDS sendiri yang multi sektoral. Konsep integrasi yang sudah dicita-citakan dalam berbagai dokumen penanggulangan HIV dan AIDS selama ini ternyata masih bersifat normatif dan jauh dari implementasinya karena adanya faktor-faktor eksternal tersebut. Konsekuensi atas dinamika interaksi antar kepentingan dan kekuasaan yang bervariasi tersebut, efektivitas program menjadi bervariasi pula, baik dari sisi jenis intervensinya maupun lokasi di mana intervensi tersebut dilaksanakan.

ISBN 978-602-73880-6-2



9 786027 388062 >