

# Studi Kasus: Integrasi Respon HIV dan AIDS ke dalam Sistem Kesehatan dan Efektivitas Program Layanan Alat Suntik Steril di DKI Jakarta

---

Laura Nevendorff | Anindita Gabriella | Lydia Verina Wongso  
PPH ATMA JAYA | JAKARTA

## Kata pengantar

---

Upaya untuk menangani permasalahan penularan HIV di kalangan pengguna napza suntik (penasun) bisa dibilang sebagai pionir dalam respon HIV di Indonesia. Hal ini sejalan dengan situasi epidemic HIV sekitar awal 2000an yang banyak disumbangkan akibat penggunaan jarum suntik secara tidak aman. Saat itu, dukungan mitra pembangunan internasional (MPI) dalam membuat intervensi di kalangan penasun sangat berlimbah, baik melalui kerjasama langsung dengan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) ataupun yang dilakukan melalui pemerintah nasional dan daerah. Program utama yang dipromosikan adalah pendekatan pengurangan dampak buruk atau *harm reduction*, melalui pendistribusian jarum suntik steril (LASS). Pendekatan ini merupakan perpotongan antara *supply side* atau alur distribusi napza yang seharusnya terkontrol oleh pemerintah dan *demand side* atau permintaan napza dari konsumen. *Harm reduction* berperan untuk memfasilitasi jumlah pengguna napza yang terlanjur banyak agar berperilaku sehat dan terhindari dari penularan infeksi HIV, dengan mempromosikan alat suntik steril yang diberikan langsung oleh LSM atau diambil di Puskesmas. Alhasil, prevalensi HIV di kalangan penasun berhasil ditekan sampai 20 persen (IBBS, 2007; IBBS 2013). Dapat dibilang, intervensi HIV di kalangan penasun.

Namun, arah penanggulangan HIV di Indonesia mulai berubah. Angka penularan HIV melalui transmisi seksual meningkat tajam, menyebabkan fokus respon beralih ke populasi beresiko lain seperti pekerja seks atau lelaki-seks-dengan-lelaki. Jumlah dukungan terhadap program pengurangan dampak buruk menurun drastis, ditambah dengan banyaknya MPI yang menyelesaikan periode dukungan dana di Indonesia. Hal ini menggugah Pusat Penelitian HIV&AIDS Atma Jaya (PPH) untuk melihat lebih jauh kesiapan sistem dan mekanisme lokal untuk mendukung program LASS bagi penasun. DKI Jakarta diambil sebagai lokasi penelitian mengingat kedekatan lokasi dan keunikan sistem kesehatan sebagai Daerah Khusus Ibukota di Indonesia.

Dalam proses penelitian yang menghabiskan waktu selama enam bulan, telah banyak pihak yang membantu baik berpartisipasi secara langsung, ataupun tidak langsung. Dalam kesempatan ini tim peneliti PPH bermaksud menyampaikan terima kasih yang mendalam kepada semua pihak terutama tim peneliti PKMK yang memberikan dukungan teknis dan semangat, para responden yang dengan terbuka telah memberikan informasi berharga, tim administrasi/keuangan dan manajemen PPH yang mendukung berjalannya proyek penelitian ini, serta Irawati Atmosukarto atas kontribusi dan keceriaan yang diberikan selama proses penulisan hasil penelitian. Tidak lupa terimakasih kepada Pak Harni yang tak pernah lalai mengingatkan kami. Semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi penanggulangan HIV di Indonesia, khususnya bagi penasun.

Salam,

Tim Peneliti PPH Atma Jaya

# Daftar isi

---

KATA PENGANTAR	II
DAFTAR ISI	III
DAFTAR DIAGRAM	IV
DAFTAR TABEL	IV
DAFTAR LAMPIRAN	IV
DAFTAR ISTILAH	V
EXECUTIVE SUMMARY	1
PENDAHULUAN	1
1.1. SITUASI PENANGGULANGAN AIDS DI DKI JAKARTA	1
1.2. PERTANYAAN PENELITIAN	2
1.3. TUJUAN PENELITIAN	3
1.4. KERANGKA KONSEPTUAL	4
METODOLOGI	6
2.1. DESAIN PENELITIAN	6
2.2. INSTRUMEN DAN METODE PENGUMPULAN DATA	6
2.3. PEMILIHAN INFORMAN	7
2.4. ANALISA DATA	8
2.5. KETERBATASAN PENELITIAN	8
HASIL PENELITIAN	9
3.1. ANALISA KONTEKSTUAL	9
3.1.1. KOMITMEN POLITIK	9
3.1.2. <i>Ekonomi</i>	13
3.1.3. <i>Hukum dan Regulasi</i>	14
3.1.4. <i>Permasalahan Kesehatan</i>	16
3.2. ANALISA PEMANGKU KEPENTINGAN	18
3.2.1. <i>Posisi Pemangku Kepentingan</i>	18
3.2.2. <i>Implikasi Posisi terhadap Program LASS</i>	24
3.3. ANALISA TINGKAT INTEGRASI	26
3.3.1. <i>Deskripsi sub sistem</i>	26
3.3.2. <i>Tingkat Integrasi</i>	51
3.3.3. <i>Faktor-faktor yang mempengaruhi integrasi Program LASS ke dalam sistem kesehatan</i>	55
3.4. ANALISA TINGKAT EFEKTIFITAS	56
3.4.1. <i>Profil Program LASS</i>	56
3.4.2. <i>Aksesibilitas dan kualitas layanan</i>	58
3.4.2.1. <i>Aksesibilitas Layanan</i>	58
3.4.3. <i>Faktor yang mempengaruhi tingkat efektifitas</i>	63
3.5. KONTRIBUSI INTEGRASI TERHADAP EFEKTIVITAS PROGRAM	64
3.5.1. <i>Kinerja LASS</i>	64
3.5.2. <i>Hubungan antara kinerja Program LASS dengan tingkat integrasi</i>	65
PEMBAHASAN	67
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	69
DAFTAR PUSTAKA	72

## Daftar Diagram

---

Diagram 1: Kerangka Konseptual.....	4
Diagram 2: Tahapan Penelitian.....	6
Diagram 3: Diagram Kepentingan & Kekuasaan Stakeholder.....	24
Diagram 4: Tingkat Integrasi Sub-dimensi Sisem Kesehatan .....	54

## Daftar Tabel

---

Table 1: Jumlah dan Kelompok Informan berdasarkan Informasi yang dikumpulkan .....	7
Table 3: Perbandingan Kepentingan & Kekuasaan Pemangku Kepentingan berdasarkan Level Sistem & Program .....	23
Table 4: Kinerja LASS.....	65

## Daftar Lampiran

---

Lampiran 1: Daftar Kode Informan
Lampiran 2: Daftar Layanan LASS di Jakarta
Lampiran 3: Ethical Clearance
Lampiran 4: Surat ijin Pemda DKI Jakarta
Lampiran 5: Panduan Pengumpulan Data Primer (Annex 1-9)
Lampiran 6: Panduan Pengumpulan Data Sekunder (Annex 10)

## Daftar Istilah

---

<b>ABPN</b>	Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional
<b>Alkes</b>	Alat Kesehatan
<b>APBD</b>	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
<b>ARV</b>	Anti Retro Viral
<b>Bappeda</b>	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
<b>Biro Kesos</b>	Biro Kesejahteraan Sosial Setda Provinsi DKI Jakarta
<b>BLUD</b>	Badan Layanan Umum Daerah
<b>BNN</b>	Badan Narkotika Nasional
<b>BOK</b>	Bantuan Operasional Kesehatan
<b>BPJS</b>	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
<b>BPKAD</b>	Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah
<b>CSR</b>	Corporate Social Responsibility
<b>CST</b>	Care, Support, & Treatment
<b>DBD</b>	Demam Berdarah Dengue
<b>Dinkes</b>	Dinas Kesehatan Provinsi
<b>FHI</b>	Family Health International
<b>GFATM</b>	Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis, and Malaria
<b>HCPI</b>	HIV Cooperation Programme for Indonesia
<b>HR</b>	Harm Reduction (Pengurangan Dampak Buruk)
<b>IHPCP</b>	Indonesia HIV/AIDS Prevention and Care Project
<b>Inpres</b>	Instruksi Presiden
<b>IPWL</b>	Institusi Penerima Wajib Laport
<b>IRT</b>	Ibu Rumah Tangga
<b>ISO</b>	International Standard Organization
<b>JAIS</b>	Jakarta AIDS Information System
<b>JKN</b>	Jaminan Kesehatan Nasional
<b>Kepmenkes</b>	Keputusan Menteri Kesehatan
<b>Keppres</b>	Keputusan Presiden
<b>KJS</b>	Kartu Jakarta Sehat
<b>Kodam</b>	Komando Daerah Militer
<b>KPAK</b>	Komisi Penanggulangan AIDS tingkat Kota
<b>KPAN</b>	Komisi Penanggulangan Aids Nasional
<b>KPAP</b>	Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi
<b>KTP</b>	Kartu Tanda Penduduk
<b>LASS</b>	Layanan Alat Suntik Steril
<b>LKB</b>	Layanan Komprehensif dan berkesinambungan
<b>LSL</b>	Lelaki Seks Lelaki
<b>LSM</b>	Lembaga Swadaya Masyarakat
<b>MDGs</b>	Millenium Development Goals
<b>Mendagri</b>	Menteri Dalam Negeri
<b>MoU</b>	Memorandum of Understanding

<b>MPI</b>	Mitra Pembangunan Internasional
<b>Musrenbang</b>	Musyawarah Perencanaan Pembangunan
<b>Nakes</b>	Tenaga kesehatan
<b>NIK</b>	Nomor Induk Kependudukan
<b>OBK</b>	Organisasi Berbasis Komunitas
<b>ODHA</b>	Orang dengan HIV/AIDS
<b>PABM</b>	Pemulihan Adiksi Berbasis Masyarakat
<b>PBI</b>	Penerima Bantuan Iuran
<b>Penasun</b>	Pengguna Napza Suntik
<b>Perda</b>	Peraturan Daerah
<b>Pergub</b>	Peraturan Gubernur
<b>Permenkes</b>	Peraturan Menteri Kesehatan
<b>PITC</b>	Provider-Initiated Testing & Counselling
<b>PKBI</b>	Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
<b>PKM</b>	Puskemas (Pusat Kesehatan Masyarakat)
<b>Pokja</b>	Kelompok Kerja
<b>Polda</b>	Kepolisian Daerah
<b>PPK-UI</b>	Pusat Penelitian Kesehatan FKM UI
<b>PR</b>	Principle Recipient
<b>PS</b>	Pekerja Seks
<b>Rakerda</b>	Rapat Kerja Daerah
<b>Renstra</b>	Rencana Strategi
<b>RKPD</b>	Rencana Kerja Pembangunan Daerah
<b>RPJMD</b>	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
<b>RPJP</b>	Rencana Pembangunan Jangka Panjang
<b>RS</b>	Rumah Sakit
<b>SDM</b>	Sumber Daya Manusia
<b>SIHA</b>	Sistem Informasi HIV-AIDS
<b>SKPD</b>	Satuan Kerja Perangkat Daerah
<b>SRAN</b>	Strategi Rencana Aksi Nasional
<b>SRAP</b>	Strategi Rencana Aksi Provinsi
<b>STBP</b>	Survei Terpadu Biologis & Perilaku
<b>Sudinkes</b>	Suku Dinas Kesehatan
<b>SUFA</b>	Strategic Use of Anti Retro Viral
<b>TB/HIV</b>	Tuberculosis/Human Immunodeficiency Virus
<b>Tupoksi</b>	Tugas, Pokok, Fungsi
<b>UMR</b>	Upah Minimum Regional
<b>UPT</b>	Unit Pelayanan Teknis
<b>UU</b>	Undang-Undang
<b>VCT</b>	Voluntary Counseling and Testing

## Executive Summary

---

Penelitian studi kasus ini bertujuan untuk menggali seberapa jauh integrasi respon program LASS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap efektivitas program di DKI Jakarta. Dengan melihat sejauh mana integrasi kebijakan dan program program LASS ke dalam sistem kesehatan telah memberikan kontribusi pada efektivitas program LASS. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang menggunakan disain studi kasus sebagai upaya untuk memahami lebih dalam hubungan antara integrasi dan efektivitas penanggulangan AIDS. Kasus LASS dipilih karena merupakan intervensi spesifik di dalam pencegahan HIV dan AIDS untuk kalangan penasun di DKI Jakarta. Dalam mengumpulkan data primer dan sekunder, secara kumulatif, data terkumpul dari 42 informan (25 laki-laki dan 17 perempuan) yang berkompeten membahas isu sistem kesehatan, program HIV dan AIDS serta kualitas layanan termasuk perkembangan integrasi ke sistem layanan kesehatan terutama di tingkat DKI Jakarta.

Penanggulangan HIV sudah menjadi prioritas kesehatan di DKI Jakarta. Isu HIV sudah masuk sebagai program prioritas dalam RPJPD 2005-2025 dan RPJMD 2013-2017 yang mengacu pada MDGs untuk memastikan prioritas Pemda dalam meningkatkan cakupan akses layanan kesehatan termasuk HIV. Komitmen politik Pemerintah Daerah terlihat dari peran dan kebijakan yang diambil oleh Gubernur DKI Jakarta yang diikuti oleh Pemda dan SKPD lainnya. Selain itu, terdapat beberapa kebijakan kunci di DKI Jakarta termasuk Perda HIV No. 5 tahun 2008 tentang penanggulangan HIV&AIDS sebagai kebijakan daerah terkait HIV; Pergub nomor 26 tahun 2012 tentang pembentukan KPAP/K sebagai salah satu kebijakan daerah terkait HIV dan Surat edaran Kepala Dinkes tahun 2009 tentang kemandirian Pemda untuk menganggarkan pertemuan penasun, pertemuan keluarga, pemberian jarum, pembelian metadon.

Dinkes berperan sebagai leading sector HIV dengan didukung peran KPAP yang mengkoordinir lembaga lainnya dalam program HIV, Puskesmas melakukan layanan HIV dan HR/LASS. Program LASS di DKI Jakarta juga mendapatkan dukungan dana MPI seperti HCPI dan Global Fund. Namun, meski secara implementatif dukungan luar negeri sudah bersinergi dengan instansi pemerintah terkait yaitu KPA, namun justru di tingkat perencanaan tidak ada koordinasi dari lembaga internasional HIV yang memiliki program di Jakarta dengan Bappeda untuk dana hibah yang diberikan.

Dengan adanya otonomi daerah, DKI Jakarta dapat lebih mandiri dalam sektor kesehatan karena pemasukan daerah yang cukup besar. Bahkan desentralisasi di DKI Jakarta memungkinkan kewenangan Kepala Dinkes hampir setara dengan menteri, bisa menentukan kebijakan sendiri untuk diikuti oleh kotamadya dan dapat mengurus masalah

kesehatan menggunakan dana sendiri meski tidak mendapatkan dana dekonsentrasi. Desentralisasi berpengaruh untuk menghindari *overlapping* tupoksi, walau Dinkes dan KPAP sama-sama mendapatkan APBD. Alokasi pemerintah daerah untuk HIV cukup tinggi dan terus meningkat di tahun 2014.

Adapun dasar perencanaan yang digunakan adalah data-data epidemiologis berupa data *surveillance* rutin/STBP oleh Sudin, PKM, LSM dan KPA serta jumlah kasus HIV dan pemodelan matematik. Disamping itu, dilakukan pemetaan pada populasi kunci setiap dua tahun sekali yang dilakukan oleh Dinkes dan KPAP yang kemudian dijadikan acuan besaran masalah dan penetapan program. Mekanisme pengukuran masalah dilakukan melalui *surveillance* dan pemetaan yang dilakukan oleh Dinkes dan KPAN setiap tahun serta menggunakan SIHA.

Pemangku kepentingan terkait program LASS di DKI Jakarta terdiri dari berbagai unsur dengan posisi kepentingan dan kekuasaan yang berbeda-beda. Pemangku kepentingan yang memiliki kepentingan dan kekuasaan tinggi adalah Dinkes, Puskesmas dan MPI. Sedangkan pemangku kepentingan yang memiliki kepentingan tinggi namun memiliki kekuasaan rendah adalah KPAP, Populasi kunci, KPAK, Sudinkes dan LSM. Kebalikannya, pemangku kepentingan dengan kekuasaan tinggi dan kepentingan rendah adalah Bappeda dan Biro Kesos. Secara umum dapat disimpulkan bahwa pemangku kepentingan dalam program LASS di DKI Jakarta sangat beragam, dari aspek sistem dan kebijakan maupun pada aspek pelaksana program. Kerjasama antar pemangku kepentingan sudah mulai terjalin namun kelihatannya masih ada beberapa hambatan dalam saling berkoordinasi. Adanya kerancuan mengenai wewenang dan tanggung jawab terlihat cukup mempengaruhi jalannya program.

Dari hasil analisa pengolahan data dapat disimpulkan bahwa tingkat integrasi sistem kesehatan di setiap sub-dimensi di DKI Jakarta memiliki tingkat yang berbeda. Sub-dimensi yang dinilai sudah terintegrasi secara penuh dengan sistem kesehatan adalah 1] Penggagaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran; 2] Pembiayaan; 3] Ketersediaan layanan; dan 4] Koordinasi dan rujukan. Sedangkan sub-dimensi yang masing masuk dalam kategori terintegrasi sedang adalah 1] regulasi; 2] Formulasi Kebijakan; 3] Pengelolaan sumber pembiayaan; 4] Mekanisme pembiayaan; 5] Komposisi; 6] Regulasi penyediaan penyimpanan, diagnostik; 7] Sumber daya; 8] Sinkronisasi sistem informasi; 9] Diseminasi dan pemanfaatan; dan jaminan kualitas layanan. Selain itu, masih ada sub-dimensi yang dinilai tidak terintegrasi dengan sistem kesehatan yaitu 1] Akuntabilitas; 2] Kebijakan dan sistem manajemen; dan 3] Partisipasi masyarakat.

Program LASS awalnya dilakukan oleh LSM namun sejak 2005 Puskesmas mulai menjalankan program LASS. Pada 2014 terdapat 38 Puskesmas dan enam LSM yang menjalankan program LASS di DKI Jakarta, melalui dukungan APBD dan MPI. LASS bisa diakses melalui Puskesmas dengan pengambilan di loket poli dan LSM melalui distribusi langsung dan



satelit. Beberapa puskesmas bahkan melakukan penjangkauan yang dilakukan oleh kader muda untuk dapat mendistribusikan secara langsung ke penasun. Pilihan penasun untuk mengambil LASS sangat bergantung juga pada kedekatan dengan petugas yang melayani. Ketersediaan petugas di Puskesmas juga masih menjadi tantangan, karena tingginya rotasi dan mutasi di DKI Jakarta. Secara umum, Penasun yang sudah mengakses LASS merasakan manfaatnya terhindar dari penularan penyakit.

Pemetaan KPAP (2014) memperkirakan estimasi penasun yang berada di lima wilayah di DKI Jakarta berjumlah 4.908 orang. Dengan menggunakan data capaian tahun 2014, terlihat bahwa 64% penasun sudah terjangkau oleh program LASS. Bahkan jumlah jangkauan ini lebih besar 9% dari target yang ditetapkan dalam SRAP KPAP untuk tahun 2014. Dengan total distrusi jarum yang dilakukan di Puskesmas dan LSM, maka dapat diperkirakan setiap penasun memperoleh sekitar 16 buah jarum per bulan atau 4 buah jarum per minggu. Terdapat beberapa faktor yang disinyalir berkontribusi terhadap pencapaian program LASS di DKI Jakarta. Pertama, ketersediaan layanan alat suntik steril yang merata di semua wilayah mempermudah penasun untuk mengakses layanan. ketersediaan layanan juga didukung oleh koordinasi dan rujukan antara pelaku program LASS. sumber pembiayaan untuk program LASS sudah masuk dalam alokasi dana pemerintah daerah. regulasi penyediaan dan distribusi jarum suntik dalam program LASS sudah beroperasi di DKI Jakarta

Pada program LASS di Jakarta, dapat dikatakan bahwa integrasi penuh di aspek pembiayaan, koordinasi dan rujukan, serta penganggaran ini berpotensi untuk benar-benar mendukung keberhasilan program LASS secara berlanjut.

# 1. Pendahuluan

---

## 1.1. Situasi Penanggulangan AIDS di DKI Jakarta

Pemerintah DKI Jakarta memahami pentingnya mengatasi permasalahan HIV di Ibu kota. Jumlah kasus HIV di DKI Jakarta adalah yang tertinggi dibandingkan provinsi lain di Indonesia. Data terakhir Kementerian Kesehatan (Kemkes) menunjukkan sebanyak 38.464 orang di DKI Jakarta telah terinfeksi HIV sampai dengan Desember 2015, dengan jumlah kasus AIDS sebanyak 8.077 atau ketiga tertinggi di Indonesia. Situasi ini direspon pemerintah dengan menyediakan layanan terkait HIV secara merata di lima wilayah. Sampai dengan Desember 2015, terdapat 75 layanan HIV yang tersebar di Puskesmas, klinik swasta dan Rumah Sakit. Hal ini sejalan dengan program HIV nasional pemerintah Layanan Komprehensif Berkesinambungan dan *Strategic Use of ARV* (LKB/SUFA), dimana pemerintah dan masyarakat sipil bekerja sama untuk mendekatkan layanan ke masyarakat terutama populasi beresiko tinggi HIV, seperti: Pengguna napza suntik (penasun), Lelaki Seks dengan Lelaki, Pekerja Seks dan Waria. Pendekatan layanan untuk populasi beresiko tinggi sejalan dengan karakteristik penularan HIV di Indonesia yang dikategorikan sebagai epidemi terkonsentrasi.

Penasun merupakan salah satu kelompok beresiko tinggi yang terus menjadi salah fokus program pencegahan. Kementerian Kesehatan (Kemkes) memperhitungkan 39.2% dari penasun terinfeksi HIV dengan nilai penularan HIV baru (*incidence rate*) sebesar 12% (IBBS, 2014). Walaupun trend penularan HIV pada kelompok penasun cenderung menurun bila dibandingkan dengan data survei pada 2011 sejumlah 41% (IBBS, 2012), namun angka ini tetap menduduki peringkat tertinggi bila dibandingkan dengan penularan HIV pada kelompok populasi beresiko tinggi lainnya, misalnya 12.8% pada kelompok MSM dan 7.5% pada kelompok pekerja seks langsung (IBBS, 2014). Situasi HIV pada penasun diperkirakan akan masih tetap tinggi mengingat belum ada perubahan yang signifikan pada perilaku beresiko. Sebanyak 35% penasun masih berbagi jarum bersama rekannya dalam penyuntikan terakhir (IBBS, 2014). Data tahun 2012 menunjukkan jumlah penasun masih tetap tinggi dengan estimasi sebesar 74.326 orang dan 7.245 penasun berada di DKI Jakarta (Kemkes, 2013). Situasi ini menunjukkan bahwa Indonesia dan DKI Jakarta masih perlu melakukan penanggulangan HIV yang konsisten pada kelompok penasun.

Situasi epidemi HIV ini mendorong intensifikasi layanan pencegahan dan pengobatan bagi penasun di Jakarta. Pada awalnya, program pengurangan dampak buruk komprehensif di Indonesia mencakup 12 komponen intervensi yang diperkuat dengan Peraturan Menteri Koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat No.2/2007. Sampai dengan tahun 2009, WHO, UNODC, dan UNAIDS mengeluarkan pedoman baru menjadi 9 komponen yaitu: 1) Layanan Alat Suntik Steril (LASS); 2) terapi substitusi opiat dan layanan pemulihan adiksi lainnya; 3) konseling dan testing HIV; 4) terapi antiretroviral; 5) pencegahan dan pengobatan infeksi menular seksual (IMS); 6) program kondom untuk penasun dan pasangan seksualnya; 7) komunikasi informasi dan edukasi terasas (*targeted*) untuk penasun dan pasangan seksualnya; 8) vaksinasi, diagnosis dan pengobatan hepatitis; 9) pencegahan, diagnosis dan pengobatan tuberkulosis. Secara resmi Kemkes menerbitkan pedoman pelaksanaan pengurangan dampak buruk narkoba, psikotropika dan zat adiktif (napza) pada 2006.

Kebijakan yang dikeluarkan memungkinkan pelaksanaan program pengurangan dampak buruk dilakukan melalui LSM, Puskesmas dan Rumah Sakit. Saat ini, terdapat 38 Puskesmas di DKI Jakarta yang melaksanakan program LASS (KPAP, 2014). Dengan layanan yang tersedia di setiap kecamatan, akses pasien terhadap layanan dampak buruk narkoba semakin dekat. Program penanggulangan HIV di DKI Jakarta juga banyak dilakukan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Berbasis Masyarakat (OBK), terutama dalam melakukan penjangkauan, pendidikan, rujukan dan pengorganisasian pasien.

Tidak dapat dipungkiri bahwa mitra pembangunan internasional (MPI) banyak berperan dalam mengembangkan program penanggulangan HIV di Indonesia. Banyak program yang terbentuk berkat inisiasi dukungan dana internasional, khususnya dana bilateral dari pemerintah Australia, Amerika dan multilateral dari Global Fund. Pemberian dukungan dana dimulai sejak tahun 1990an akhir untuk dana-dana bilateral dan sejak 2002 untuk Global Fund dimana dukungan diberikan kepada pemerintah dan LSM setempat. Hal ini juga berlaku bagi program LASS di DKI Jakarta. Ekspansi program LASS dari LSM ke Puskesmas tidak lepas dari bantuan MPI. Proporsi dukungan pendanaan MPI pada 2012 tercatat mencakup 93.8% dari seluruh biaya program, dengan alokasi terbesar diberikan untuk kategori pencegahan sebesar 71%. Untuk DKI Jakarta sendiri, proporsi pendanaan lokal pada tahun 2011 hanya mencapai 26% dan 17.6% pada 2012 dari keseluruhan total pembiayaan program HIV&AIDS (NASA, 2013). Selain dukungan dana, asistensi teknis termasuk menjadi salah satu bagian dukungan yang diberikan oleh MPI. Peran MPI dalam respon penanggulangan AIDS di Indonesia tergolong besar, dan dapat diartikan ketergantungan pemerintah Indonesia terhadap dukungan MPI sangat tinggi.

Dengan Indonesia meningkat ekonominya menjadi (*lower*) *middle income country* ((L)MIC) sehingga memenuhi kriteria sebagai negara dengan pendapatan menengah dengan kata lain sudah dianggap mampu untuk memenuhi secara mandiri kebutuhan-kebutuhan dasar dari warganya. Pengobatan terutama ARV memang merupakan tanggungan APBN namun program-program masih bergantung pada dana dari luar (RPJMN, 2015). Hal ini menjadi menyulitkan ketika program layanan masih tergantung bantuan luar negeri, karena sewaktu-waktu bantuan dapat dicabut dan rakyat Indonesia yang membutuhkan layanan pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS menjadi terbengkalai. Kondisi inilah yang mengangkat isu keberlanjutan (*sustainability*) sebagai persoalan yang terus diangkat dalam setiap kesempatan. Disinilah pentingnya program-program yang selama ini dilakukan secara paralel dengan bantuan luar negeri masuk dalam sistem layanan kesehatan nasional khususnya di Jakarta, agar dapat sesuaikan pelaksanaan (dari perencanaan, pengelolaan hingga pemantauan) dengan tata kelola Pemerintah DKI Jakarta khususnya oleh KPA DKI Jakarta bersama Dinkes Kesehatan.

## **1.2. Pertanyaan penelitian**

Pertanyaan utama penelitian adalah "Apakah integrasi kebijakan dan program LASS ke dalam sistem kesehatan memberikan kontribusi pada efektivitas pencegahan HIV dan AIDS di DKI Jakarta?"

Pertanyaan spesifik:

1. Apakah integrasi manajemen dan peraturan terkait LASS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap efektifitas pencegahan HIV? Bagaimana kontribusinya?
2. Apakah integrasi pembiayaan kesehatan terkait LASS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap pencegahan HIV? Bagaimana cara kerjanya?
3. Apakah integrasi penyediaan pasokan dan peralatan medis terkait LASS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap pencegahan HIV? Bagaimana cara kerjanya?
4. Apakah integrasi informasi strategis terkait LASS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap pencegahan HIV? Bagaimana cara kerjanya?
5. Apakah integrasi partisipasi masyarakat terkait LASS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap pencegahan AIDS? Bagaimana cara kerjanya?

### **1.3. Tujuan Penelitian**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk melihat secara sistematis kontribusi integrasi respon LASS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas respon AIDS tingkat provinsi DKI Jakarta dan mengidentifikasi tentang mekanisme yang memungkinkan integrasi tersebut bisa berkontribusi terhadap efektivitas respon LASS.

Secara spesifik tujuan penelitian ini adalah:

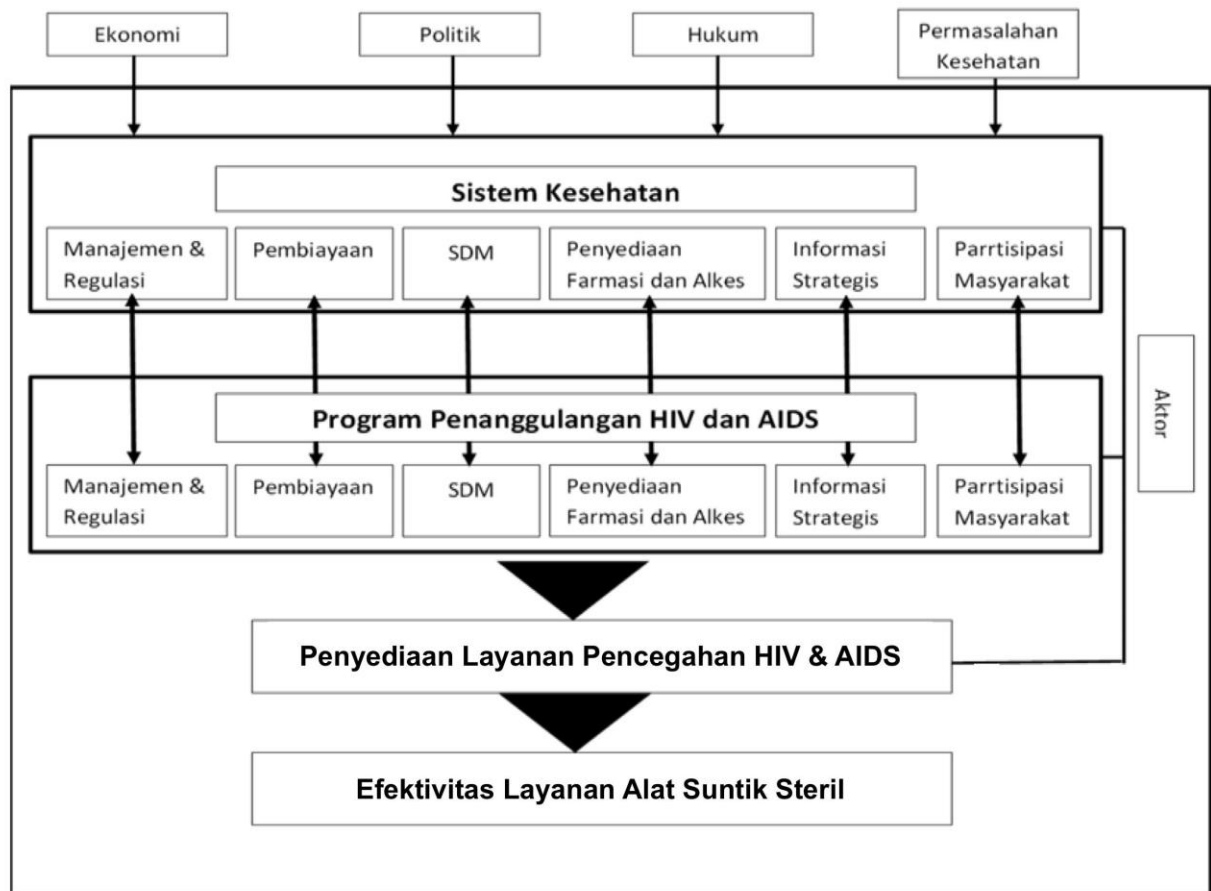
- Untuk menggali kontribusi integrasi sistem manajemen dan regulasi dalam program LASS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas intervensi pencegahan HIV dan AIDS;
- Untuk menggali kontribusi integrasi sistem pembiayaan kesehatan dalam LASS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas intervensi pencegahan HIV dan AIDS;
- Untuk menggali kontribusi integrasi sistem penyediaan kefarmasian dan alat kesehatan dalam program LASS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas intervensi pencegahan HIV dan AIDS;
- Untuk menggali kontribusi sistem pengelolaan sumber daya manusia dalam program LASS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas intervensi pencegahan HIV dan AIDS;
- Untuk menggali kontribusi integrasi sistem informasi strategis terhadap dalam program LASS ke dalam sistem kesehatan efektivitas intervensi pencegahan HIV dan AIDS; dan
- Untuk menggali kontribusi integrasi sistem pengelolaan partisipasi masyarakat dalam program LASS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas intervensi pencegahan HIV dan AIDS.

#### 1.4. Kerangka konseptual

Penelitian ini bertujuan untuk menggali seberapa jauh integrasi respon program LASS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap efektivitas program di DKI Jakarta. Kerangka konseptual yang dikembangkan dalam penelitian ini pada dasarnya mencoba untuk menjawab tiga pertanyaan penting dalam melihat hubungan antara integrasi dengan efektivitas yaitu: 'apa', 'mengapa' dan 'bagaimana' integrasi program LASS ke dalam sistem kesehatan. Tiga pertanyaan ini akan dijawab dengan menilai empat komponen yang menentukan tingkat integrasi dan efektivitas sebuah program, yaitu: [1] Karakteristik dari permasalahan HIV dan AIDS, kebijakan dan program pencegahan HIV & AIDS di DKI Jakarta; [2] Interaksi berbagai pemangku kepentingan yang ada di tingkat sistem kesehatan dan di tingkat program; [3] Pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan dan interaksinya satu dengan yang lain; dan [4] Konteks dimana sistem kesehatan dan program LASS ini berlangsung seperti konteks politik, ekonomi, hukum dan regulasinya (Atun et al., 2010, Coker et al., 2010). Berdasarkan berbagai komponen yang diidentifikasi di atas, model kerangka konseptual dari penelitian ini dikembangkan dengan mengasumsikan bahwa keempat komponen ini akan secara bersama-sama mempengaruhi tingkat integrasi dan sekaligus akan menentukan tingkat efektivitas dari program LASS di DKI Jakarta.

Jawaban atas tiga pertanyaan dasar tersebut dilakukan dengan menilai empat komponen yang menentukan tingkat integrasi dan efektivitas sebuah program seperti disebutkan di atas. Pertanyaan 'apa' diarahkan untuk mengidentifikasi pelaksanaan berbagai fungsi sistem kesehatan (manajemen dan regulasi, pembiayaan, sumber daya manusia, penyediaan layanan, ketersediaan obat dan alat kesehatan, dan partisipasi masyarakat) dimana integrasi diharapkan terjadi. Pertanyaan 'mengapa' diarahkan untuk memetakan hasil atau dampak integrasi yang tampak dalam kinerja program dan status kesehatan pemanfaat program. Sementara itu, pertanyaan 'bagaimana' digunakan untuk menggali interaksi antar pemangku kepentingan dalam sistem kesehatan dan program LASS. Interaksi dari berbagai komponen yang menentukan integrasi dan efektivitas program LASS dapat dilihat pada Diagram 1.

**Diagram 1: Kerangka Konseptual**



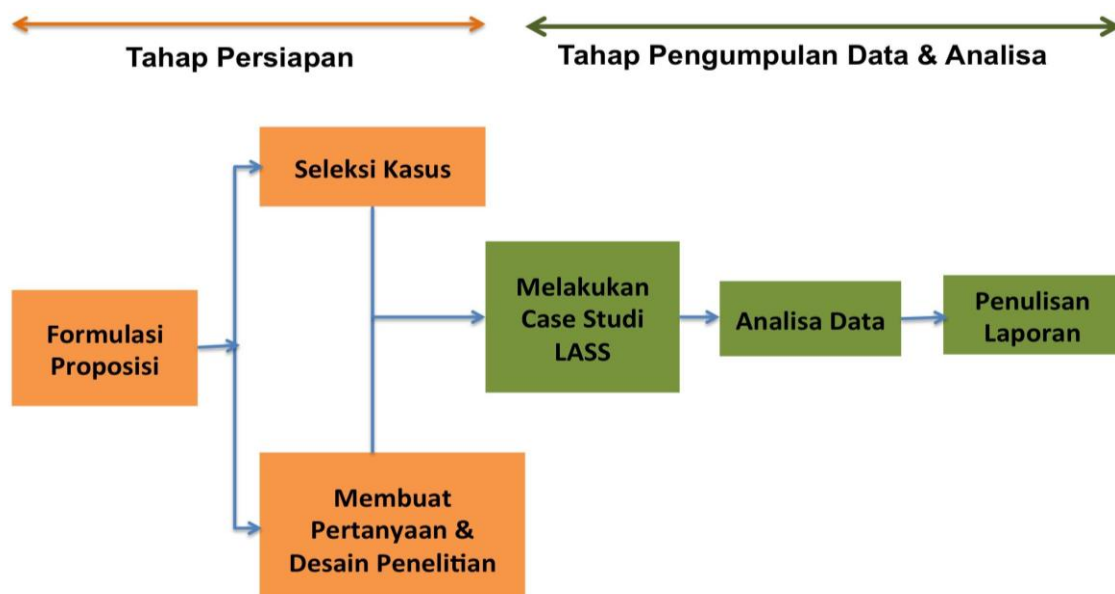
## 2. Metodologi

### 2.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang menggunakan disain studi kasus sebagai upaya untuk memahami lebih dalam hubungan antara integrasi dan efektivitas penanggulangan AIDS. Dalam penelitian ini, 'kasus' yang dipilih adalah LASS yang merupakan intervensi spesifik di dalam pencegahan HIV dan AIDS untuk kalangan penasun di DKI Jakarta. Mengingat DKI Jakarta memiliki sistem desentralisasi khusus yang berpusat pada tataran pemerintahan provinsi maka pengambilan data primer dan sekunder turut melibatkan pemerintahan level provinsi dan kotamadya.

Kegiatan-kegiatan dalam penelitian ini akan dikelompokkan ke dalam beberapa tahap, mulai dari tahap awal yang berupa pengembangan konsep penelitian dan penentuan kasus, pengumpulan, analisis data dan penulisan kasus hingga tahap kesimpulan seperti terlihat dalam diagram 2.

Diagram 2: Tahapan Penelitian



### 2.2. Instrumen dan Metode Pengumpulan data

Dalam mengumpulkan data primer dan sekunder, studi ini menggunakan pedoman pengumpulan data yang telah dikembangkan oleh Pusat Kajian Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada yang telah disesuaikan oleh PPH Atma Jaya untuk menggali kebutuhan tujuan penelitian yang berkaitan dengan program

LASS. Pertanyaan data primer mencakup: [a] Konteks kebijakan respon HIV dan AIDS di suatu wilayah yang mencakup konteks politik, ekonomi, hukum dan regulasi serta permasalahan kesehatan; dan [b] Pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan (manajemen dan regulasi, SDM, pembiayaan, penyediaan farmasi dan alkes, informasi strategis, partisipasi masyarakat dan penyediaan layanan) di tingkat sistem kesehatan daerah dan tingkat program HIV dan AIDS. Sedangkan data sekunder yang dikumpulkan mencakup: [a] Data Kontekstual (kebijakan pemda, anggaran daerah, dokumen perencanaan/laporan kinerja daerah, situasi kesehatan, data epidemiologi; [b] Data pendukung pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan (Manajemen dan regulasi, SDM, pembiayaan, penyediaan farmasi dan alkes, informasi strategis, partisipasi masyarakat dan penyediaan layanan); dan [c] Indikator yang mencakup indikator keluaran, hasil dan dampak program baik yang terkait dengan jenis intervensi LASS maupun data kinerja penanggulangan AIDS secara keseluruhan. Detil pertanyaan yang digali dalam studi ini dapat dilihat pada lampiran 5.

Pengumpulan data primer baru dilakukan setelah mendapatkan persetujuan komisi etik Universitas Atmajaya No KE/FK/721/EC/2015 dan ijin melakukan penelitian dari Direktorat Jenderal Kesatuan Bangsa dan Politik DKI Jakarta No. 224/16.1/31/1.86/2015. Proses pengambilan data melalui metode wawancara mendalam dilakukan dari 23 Juni – 11 November 2015 oleh tim peneliti PPH Atma Jaya. Keseluruhan proses wawancara direkam menggunakan alat perekam digital yang kemudian dibuat menjadi transkrip verbatim untuk dianalisa lebih lanjut. Konfirmasi terkait data sekunder yang relevan dengan studi kasus LASS juga ditanyakan saat wawancara dengan informan.

### 2.3. Pemilihan Informan

Informan dalam studi kasus ini dipilih berdasarkan beberapa pertimbangan sebagai berikut: memiliki keterkaitan tugas pokok dan fungsi dengan program LASS/HIV dan perencanaan daerah, secara struktur bertanggung jawab terhadap isu kesehatan baik dalam tataran kebijakan dan implementasi lapangan, dan mendapatkan manfaat dan terdampak langsung dengan program LASS. Secara kumulatif, data terkumpul dari 42 informan (25 laki-laki dan 17 perempuan), dengan perincian kategori seperti yang tertera dalam tabel 1.

**Table 1: Jumlah dan Kelompok Informan berdasarkan Informasi yang dikumpulkan**

Kategori Informan	(N)			Keterangan
	L	P	Total	
Sistem Kesehatan	-	4	4	Bappeda, Dinas Kesehatan Prov., KPAP, Biro Kesos
Program HIV & AIDS	13	8	21	Puskesmas, Sudinkes, KPAK, LSM
Sistem Kesehatan dan Program	3	4	7	Dinkes, KPAP, Kepala Puskesmas



HIV&AIDS				
Kualitas Layanan	9	1	10	Penasun
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>42</b>	

#### 2.4. Analisa Data

Penelitian studi kasus ini menggunakan metode analisa *Framework Approach* yang merupakan metode analisis data yang biasa digunakan dalam penelitian kebijakan kesehatan dan sosial dimana tujuan dari penelitian telah ditentukan sebelumnya. (Pope et al., 2000). Kerangka kerja ini juga secara khusus sesuai dengan menangani data yang besar dengan waktu yang terbatas (Crowe et al., 2011; Sheikh et al., 2009). Data yang terkumpul melalui pengambilan data dengan menggunakan metode wawancara mendalam dibuat menjadi transkrip verbatim. Langkah yang dilakukan selanjutnya adalah: (a) Memetakan kerangka kerja tematik – mengidentifikasi isu-isu kunci, konsep dan tema dari data yang ada; (b) Membuat indeks – mengembangkan serangkaian kode untuk digunakan ke dalam teks/data yang tersedia agar mudah diinterpretasikan; (c) Membuat diagram (*charting*) – mengatur data menurut kerangka kerja tematik yang memungkinkan untuk mengembangkan hubungan antar tema dan bisa digunakan untuk membangun sebuah diagram; (d) Memetakan dan menafsirkan – menggunakan diagram untuk menentukan konsep, memetakan variasi dari tema yang telah ditentukan serta menemukan asosiasi diantara tema-tema yang telah ditentukan sehingga mampu menyediakan penjelasan atas temuan-temuan penelitian.

#### 2.5. Keterbatasan Penelitian

Studi ini mengambil kerangka waktu pelaksanaan program LASS yang terjadi pada 2013-2014. Namun beberapa data kunci seperti kebijakan yang langsung terkait dengan respon HIV dan program pengurangan dampak buruk diluar kerangka waktu tetap disertakan sebagai data sekunder dan turut dianalisa. Temuan dalam studi kasus LASS ini hanya menggambarkan situasi yang terjadi di DKI Jakarta dan tidak dapat digeneralisir ke daerah lain di Indonesia. Hal ini berkaitan dengan metode penelitian yang diambil menggunakan pendekatan kualitatif dan konteks kebijakan, komitmen politik dan sosial-ekonomi yang digunakan dalam studi ini sangat spesifik berkaitan dengan situasi lokal di DKI Jakarta.

## 3. Hasil Penelitian

---

### 3.1. Analisa kontekstual

#### 3.1.1. Komitmen Politik

Komitmen Jakarta Sehat dari pimpinan DKI Jakarta yang sejak kampanye Pemilu diluncurkan, oleh pimpinan daerah direalisasikan dengan tidak meminggirkan persoalan HIV dan AIDS. Penanggulangan HIV menjadi prioritas kesehatan dari RPJPD 2005-2025 dan RPJMD 2013-2017 yang mengacu pada MDGs sebagai landasan prioritas bagi Pemerintah Daerah untuk meningkatkan cakupan akses layanan kesehatan termasuk HIV. Penanganan infeksi HIV mendapat perhatian tersendiri oleh Gubernur dengan memberikan kewenangan kepada KPAP untuk mengevaluasi dana-dana di SKPD agar tidak tumpang tindih dan membentuk tim asistensi untuk melaporkan perkembangan KPAP kepada Gubernur.

*"Nah saya sebetulnya minta izin, kebetulan Pak Ahok mengizinkan banget. Lakukan sampe mendetil, kasih liat mana mana yang ini. Ya udah kita buka, kita jembreng jembreng, banyak banget yang tumpang tindih, banyak sekali yang eh dananya buat mereka tuh cuma dana besar cuma melakukan kegiatan dalam sehari sementara kita itu bisa sampe 7 hari dengan sekian puluh orang." (SK4)*

Hal ini sejalan dengan RPJMD 2013, 2017 untuk meningkatkan cakupan akses layanan kesehatan termasuk HIV. Adapun pokok persoalan yang masih belum maksimal penanganannya adalah isu adiksi secara spesifik karena sosialisasi masih kurang baik sehingga tidak digunakan secara maksimal. Komitmen politik Pemerintah Daerah terlihat dari peran dan kebijakan yang diambil oleh Gubernur DKI Jakarta yang diikuti oleh Pemda dan SKPD lainnya, seperti menjadikan HIV sebagai program prioritas, melakukan tes VCT dan ikon tes HIV, arahan agar seluruh sumber dana HIV dan SKPD terkait HIV harus terkumpul, termasuk dana *Corporate Social Responsibility* (CSR) dan LSM.

*"Cuma ada upaya dari pertama...pertama Ahok berkunjung ke gedung LPMJ itu. Dia menginstruksikan di depan kita, seluruh sumber dana dan SKPD terkait HIV/AIDS itu harus terkumpul. Membuat 1 petak Grand Design DKI yang harus diselesaikan sampai [tahun/tanggal] berapa termasuk CSR dan LSM. Tapi sampai sekarang kita gak pernah...gak pernah mengikuti lagi atau gak pernah lagi ada pemberitahuan tentang kelanjutannya, seperti apa. Seolah - olah semua dilaksanakan oleh KPA, nah yang menjadi pertanyaan KPA itu lembaga koordinatif atau implementatif? Semua dilaksanakan oleh KPA." (SKP10)*

Komitmen politik Pemda juga terlihat dengan menjadikan Dinkes sebagai *leading sector* HIV dengan didukung peran KPAP yang mengkoordinir lembaga lainnya dalam program HIV, Puskesmas melakukan layanan HIV dan HR/LASS.

*"(Dinkes) ... Mulai dari kebijakan sampe ke implementasi. Kebijakan regulasi, terus kompetensi SDMnya, sama pengaturan logistik yang menyertainya" (P2)*

Contoh lainnya adalah dengan mengeluarkan program pelayanan “Ketuk Pintu, Layani Dengan Hati”, sebuah program penjangkauan dan klinik berjalan (*mobile clinic*) dari Puskesmas. yang memungkinkan pemberian layanan kesehatan gratis. Ada pula tindak lanjut bagi MPI baru yang akan bekerja di Jakarta berupa rujukan kepada lembaga serta adanya dukungan Pemda bagi LSM lokal walaupun masih bersifat jangka pendek seperti pemberian pelatihan dan bantuan komputer.

Penanggulangan HIV tidak dapat dipisahkan dengan penanggulangan narkoba. Saat ini pemerintah masih belum sinergis dalam melakukan penanggulangan HIV dan Narkoba padahal kedua masalah tersebut saling berkaitan. Meskipun demikian, salah satu upaya Pemda DKI dalam mencoba menanggapi isu narkoba dan HIV adalah dengan mengeluarkan Perda HIV no 5/2008 yang memasukkan program HR sebagai salah satu komponen pasal 1 (14) Perda ini kemudian menjadi payung hukum lokal terhadap program LASS dari Pemda DKI, yang memungkinkan seseorang untuk membawa jarum steril sebagai bagian dari program pengurangan dampak buruk, dan tidak digunakan sebagai barang bukti pelanggaran hukum.

Upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang sejak semula merupakan respons domestik di Indonesia selanjutnya terus mendapat dukungan teknis dan finansial dari bantuan luar negeri. GFATM dan HCPI (*HIV and AIDS Cooperation Program for Indonesia*) termasuk MPI yang bekerja di Jakarta untuk program HIV sebagai mitra pembangunan internasional yang memberikan dukungan langsung kepada program LASS melalui dukungan teknis dan logistik sejak tahun 2009. Kegiatan yang dilakukan MPI mencakup penguatan PKM, bekerja sama dengan LSM sebagai jembatan bagi penasun untuk datang ke PKM, serta penguatan kelembagaan bagi KPAN dan KPAK secara khusus. Dana dari GF bagi program HIV di KPA berbeda dengan donor lainnya karena KPAN merupakan PR dana GF di Indonesia. Program KPA bisa meliputi juga pemberian informasi dan materi pencegahan. Meskipun demikian, pendanaan yang didukung oleh donor kepada KPAK tidak secara langsung dikelola oleh KPAK melainkan melalui LSM. Dana dari donor tidak diberikan dalam bentuk uang kepada LSM, namun sebagai mitra melalui pelatihan bekerjasama dengan KPA. MPI biasanya berkoordinasi dengan Dinkes sebelum bekerja sama dengan Puskesmas, dan MPI dengan sistem pendanaan seperti HCPI dan GF berurusan langsung dengan KPAP. Sayangnya, meski secara implementatif dukungan luar negeri sudah bersinergi dengan instansi pemerintah terkait yaitu KPA, namun justru di tingkat perencanaan tidak ada koordinasi dari lembaga internasional HIV yang memiliki program di Jakarta dengan Bappeda untuk dana hibah yang diberikan.

*"Ga ada kordinasi, ga ada kordinasi. Jadi semua di poli KPAP dia kan yang emang jadi leading sektornya ya. untuk penanggulangan HIV AIDS. Jadi mereka pun dapat anggaran betuknya hibah. Hibah tapi dia bisa mempunyai sumber dana yang lain dari lembaga-lembaga yang lain tapi ga ada kordinasi sama kita, jadi mereka sendiri" (SK1)*

Perkembangan penanganan epidemi AIDS yang pesat secara global tidak luput dari respons di Indonesia. Informasi dan data empirik terkini bahwa diperlukan pendekatan yang komprehensif dan integratif antara pencegahan dan pengobatan ARV menyumbang pada kebijakan kunci yang dikeluarkan oleh Pemerintah dalam bentuk kebijakan pendekatan SUFA di Indonesia. Bahkan pendekatan tersebut diperkuat dengan adanya Permenkes No.78

tahun 2014 mengenai SUFA sebagai acuan untuk pelayanan CST, termasuk ART. Di samping itu ada pula komitmen finansial dengan diterbitkannya Perda No.4/2005 yang menyatakan bahwa anggaran kesehatan harus mencakup minimal 10% dari APBD. Selain itu, Peraturan Pemerintah Daerah tentang BPJS untuk warga Jakarta, termasuk ODHA menjadi kebijakan kunci. Khusus untuk program *Harm Reduction*, terdapat SK Menkes No.567 tentang *harm reduction* dan Komitmen Borobudur dimana seluruh *stakeholders* seperti perguruan tinggi, POLDA, KODAM, menyatakan agar tidak menjatuhkan hukuman bagi orang yang membawa jarum suntik steril. Kebijakan kunci lainnya adalah Perda no 5 tahun 2008 tentang pencegahan HIV/AIDS.

*"Kalau secara tertulis di Perda 5 nomor 5 tahun 2008... Kemudian mendukung komisi penanggulangan AIDS dalam penganggaran. Jadi misalnya APBDnya, untuk KPA provinsi di apa...ditumpanginlah di Dinas Kesehatan. Itu komitmen - komitmen tertulisnya itu tapi kalau secara real di lapangan ya...mungkin kerja sama - kerja sama dengan proyek - proyek seperti GF, Global fund. Global fund kan mendukung eee...renstra atau renstra dana IKM juga dari mulai Nasional sampai DKI. Kalau komitmen - komitmen tentang penanggulangan AIDS sih yang saya ketahui itu. PERDA terus melalui KPA, melalui dukungan ke Dinas Kesehatan dan puskesmas - puskesmas. (SKP10)*

*"...5 tahun terakhir pastinya ada lompatan-lompatannya. Ada lompatan-lompatan kegiatan, kaya misalnya PPIA, itu program pencegahan infeksi HIV ibu dan anak itu juga makin berkembang ya. Kemudian ARV yang tadinya di puskesmas itu sebagai satelit sekarang dia udah menjadi inisiator. Jadi eh sudah bisa melakukan terapi eh HIV ya, jadi SUFA udah program SUFA sudah masuk gitu. Kemudian program-program yang lain termasuk saat ini Pemprov DKI menggelontorkan eeh apa namanya program ketuk pintu layanan untuk hati, untuk daerah-daerah padat, rumah susun dan eh lingkungan yang padat ya, jadi di situ bisa masuk semua program-program kesehatan yang ada." (SKP1)*

Pada saat ini sedang dilakukan revisi Pergub untuk menambahkan peranan Asisten Kesmas dalam melakukan koordinasi SKPD terkait penanggulangan HIV<sup>1</sup>. Salah satu kebijakan yang paling berdampak terhadap pemerintah-pemerintah daerah paska-reformasi adalah desentralisasi dengan pemerintah pusat memberikan kewenangan daerah mewujudkan otonomi daerah. Dampak desentralisasi juga dirasakan oleh penanggulangan HIV dan AIDS. Karena desentralisasi Puskesmas lebih leluasa mengatur kebutuhan anggaran melalui BLUD dan pelayanan masyarakat.

*"...setelah otonomi daerah, puskesmas juga sebagai BLUD, nah itu membuat kita lebih fleksibel untuk melakukan kegiatan pelayanan masyarakat" (SKP1)*

Dengan adanya otonomi daerah, DKI Jakarta dapat lebih mandiri dalam sektor kesehatan karena pemasukan daerah yang cukup besar. Bahkan desentralisasi di DKI Jakarta memungkinkan kewenangan Kepala Dinkes hampir setara dengan menteri, bisa menentukan kebijakan sendiri untuk diikuti oleh kotamadya dan dapat mengurus masalah kesehatan menggunakan dana sendiri meski tidak mendapatkan dana dekonsentrasi. Terkait dengan penyelenggaraan desentralisasi ini, DKI Jakarta menjadi kasus tersendiri dengan

---

<sup>1</sup> Pergub 231 tahun 2015 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kota/Kabupaten Administrasi

status wilayah "daerah khusus ibukota" dibandingkan wilayah lain. Kotamadya hanya melakukan hanya pengawasan dan pembinaan, sedangkan puskesmas sebagai pelaksana teknis. Desentralisasi berpengaruh pada kendali Pemda DKI dalam memperluas layanan dan mendukung sarana dan prasarana yang dibutuhkan karena diperbolehkan mengatur anggaran sendiri walaupun dengan aturan yang ketat misalkan untuk sertifikasi untuk pelatihan, komponen anggaran, sampai judul kegiatan sedangkan sebelumnya kebijakan program masih dari pusat. Desentralisasi berpengaruh langsung terhadap penggunaan dana BLUD yang fleksibel di Puskesmas walaupun hanya di kecamatan tipe D sehingga bisa memprioritaskan program HIV. Desentralisasi berpengaruh untuk menghindari overlapping tupoksi, walau dinkes dan KPAP sama-sama mendapatkan APBD. Selain itu berpengaruh terhadap distribusi ARV dan pengelolaannya yang diserahkan kepada daerah hingga berdampak pada meningkatnya jumlah RS yang melayani ARV bertambah jadi 30 dan Puskesmas sekarang melayani dan menginisiasi ARV. Penyusunan rencana pembangunan dilakukan bersama KPAK dan walikota setempat, namun KPAK tidak dapat mengajukan anggaran sehingga hanya bisa menitipkan ke KPAP. Sinergi tersebut pun mendorong Pemda agar program HIV diminta untuk lebih memprioritaskan program yang benar-benar *cost-effective*.

Kebijakan Pemerintah Daerah terkait kesehatan termasuk secara khusus kebijakan daerah terkait penanggulangan HIV dan AIDS dalam bentuk Perda No. 5 tahun 2008 tentang penanggulangan HIV&AIDS sebagai kebijakan daerah terkait HIV yang dikeluarkan. Kebijakan ini mengatur dan memberikan amanat dalam pengendalian HIV termasuk *harm reduction* walaupun tidak menjelaskan program LASS secara khusus, dan belum membantu LSM dalam pelaksanaannya.

*“Perda No.5 tahun 2008 itu tentang penanggulangan HIV di DKI. Nah bagusnya Perda itu tuh, dia merinci sampai harus dibentuk adanya KPA, yang kedua Organisasinya itu dari Provinsi sampai dengan Kotamadya itu sudah dinyatakan disitu dan yang paling menguntungkan bahwa anggarannya untuk KPA itu didapat dari APBD provinsi DKI Jakarta” (P10)*

Pergub No 26 tahun 2012 tentang pembentukan KPAP/K sebagai salah satu kebijakan daerah terkait HIV. Kebijakan Pemda DKI terkait pelaksanaan LKB/SUFA di Puskesmas untuk meningkatkan kualitas layanan HIV sebagai kebijakan kunci daerah. Kebijakan lain adalah Surat edaran Kepala Dinkes tahun 2009 tentang kemandirian Pemda untuk menganggarkan pertemuan penasun, pertemuan keluarga, pemberian jarum, pembelian metadon. Dengan surat edaran tersebut Puskesmas memiliki kewenangan untuk menganggarkan biaya terkait program *harm reduction*. Selain itu, Renstra Kesehatan Dinkes yang mengakomodir program LASS sebagai salah satu komponen *harm reduction*. Adapula program dokling kerjasama dengan KPAD dan Puskesmas percontohan untuk pendanaan APBD dan pembentukan Pokja di KPAP.

Penyelenggaraan Pemda untuk penanggulangan HIV dan AIDS dimandatkan kepada KPAP. Hal ini diperkuat bahwa peran KPAP termasuk bertanggung jawab untuk memimpin, mengkoordinasi, dan memfasilitasi donor yang ingin melakukan penanggulangan HIV di DKI tersebut agar tidak tumpang tindih, kerjasama dengan KPAK membantu pelaksanaan program, perantara dalam menghubungkan LSM dengan *stakeholder*, dan *leading sector* dalam penanggulangan HIV.

*"Nah itu fungsi koordinasi kita itu yang harus kita tingkatkan supaya merasa dia, padahal dia adalah anggota KPA dong, kalau dilihat dari struktur KPA, anggotanya hampir semua SKPD. Cuma rasanya dia untuk melapor ke kita untuk kegiatan itu mungkin perlu kita ingatkan lagi atau perlu kita koordinasikan lagi." (P10)*

Walaupun KPAP dinilai belum mengakomodir arah penggulangan HIV mau dibawa kemana. Namun tupoksi Biro Kesos termasuk Perumusan kebijakan, koordinasi & monitoring evaluasi termasuk program HIV/AIDS, berwenang mengumpulkan dan melakukan pertemuan koordinasi lintas sector SKPD, terutama yang berhubungan dengan perumusan kebijakan, dengan menyelaraskan kebijakan antar SKPD. Peran Biro Kesos termasuk juga melakukan mediasi antar lintas sector tentang fungsi jarum sebagai alat kesehatan serta berperan dari kebijakan sampai implementasi dalam bentuk regulasi kebijakan sampai kompetensi SDM; Situasi penanggulangan HIV dan AIDS di Jakarta berada dalam posisi dimana sudah ada kebijakan program namun kebijakan turunan untuk membantu pelaksanaan program, dan belum semua sektor memegang andil dalam kebijakan tersebut.

*"walaupun secara kebijakan ada ya turunannya ya. Tapi implementasinya apakah kebijakan tersebut banyak membantu keliatannya ga juga" (SKP11)*

### **3.1.2. Ekonomi**

Kelompok masyarakat yang terdampak HIV dan AIDS utamanya merupakan kelompok yang terpinggirkan secara sosial dan ekonomi. Sarana dan prasarana kota sangat mempengaruhi seseorang itu bisa jadi makin miskin sehingga bisa jadi makin berpenyakit karena keadaan kumuh menimbulkan penyakit. Masyarakat yang terinfeksi banyak yang tinggal di daerah kumuh dengan pendapatan tidak tetap sehingga untuk mengurangi penyebaran harus berfokus ke area itu. Prioritas secara ekonomi untuk orang sakit masih kuratif terlihat dari rencana perubahan Puskesmas menjadi RS tipe D. Keputusan ini memiliki konsekuensi peningkatan kebutuhan anggaran yang lebih besar. Selain itu, aspek promotif dan preventif belum digarap dengan benar, padahal komponen tersebut menjadi bagian kerja di KPA dan puskesmas.

*"...prioritasnya sekarang masih eh kuratif gitu lho. Jadi penanganan orang sakit kan...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 menurut saya sih"(SK1)*

Investasi pemerintah daerah terhadap penanggulangan HIV dapat dilihat dari proporsi APBD yang dialokasikan untuk program-program terkait. Proporsi APBD untuk kesehatan sekitar 10% termasuk untuk Dinkes, Sudinkes, Puskesmas, dan KPAP/K.

*“jadi komitmen pemerintah DKI Jakarta adalah men-support dalam bentuk anggaran... Nah, dengan adanya anggaran tadi otomatis memudahkan temen-temen kita untuk melaksanakan suatu kegiatan yang mendukung untuk pelaksanaan atau program HIV/AIDS...” (SK1)*

Khusus untuk dana HIV, alokasi APBD DKI untuk penanggulangan AIDS semula sejumlah 30 M meningkat hingga 53 M di 2014. Sesuai status khusus wilayah DKI Jakarta, dana tersentralisasi di provinsi dengan dana dari KPAP disalurkan ke lima KPAK dan 11 Pokja HIV serta dana 53 M itu disalurkan juga melalui SKPD dan UPT dimana proporsi APBD lebih besar terutama ke aspek layanan. Berdasarkan Pergub 55 tahun 2013 yang mengatur tentang hibah, terkait isu HIV dipegang oleh KPAP sebagai pengelola, dana hibah tidak boleh dihibahkan lagi dimana dana harus dibelanjakan masih berdasarkan platform kerjasama dan kontrol KPAP. Meski penyelenggaraan di daerah, alokasi di tingkat pusat cukup signifikan, sebanyak 30% APBN (mitra) dan 70% APBD. Dana pusat diberikan langsung, untuk BOK biasanya alokasinya untuk program nasional yang minta dibantu oleh Puskesmas.

### **3.1.3. Hukum dan Regulasi**

Pemerintah merespons epidemi AIDS yang terjadi di wilayah Jakarta dengan mengintegrasikan kebutuhan masyarakat yang terdampak HIV dan AIDS ke dalam sistem peraturan dari pemerintah. Bersama dengan peningkatan dukungan politis para pimpinan yang diinisiasi dengan Komitmen Sentani tahun 2004, kemudian penetapan Peraturan Daerah mengenai penanggulangan HIV tahun 2008, melalui Perda No.5/2008 maka perkembangan program dan layanan HIV di wilayah tersebut meningkat secara kualitas dan kuantitas. Puskesmas dan rumah sakit ditunjang strategi LKB/SUFA bersama dukungan dan keterlibatan masyarakat sipil. Pada tahun 2009, Perda nomor 4 tentang Sistem Kesehatan Daerah menetapkan upaya kesehatan tingkat dasar yang harus dilaksanakan di tingkat kelurahan termasuk pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, melalui UKM strata kedua.

Peraturan Gubernur DKI Jakarta Nomor 123 tahun 2014 tentang peserta dan pelayanan jaminan kesehatan menyebutkan di pasal 18 bahwa pelayanan tingkat pertama termasuk pelayanan HIV dan AIDS dan pelayanan *harm reduction*. Renstra Dinkes 2013-2017 nomor 1324 tahun 2013 menyatakan bahwa prioritas urusan wajib yang dilaksanakan Dinkes terkait program pencapaian penanggulangan penyakit menular secara gamblang termasuk pengobatan, dukungan dan perawatan bagi orang yang hidup dengan HIV dan AIDS (ODHA) serta monitoring jumlah kasus AIDS. Renstra juga menyebutkan bahwa salah satu sasaran jangka menengah pemda DKI Jakarta adalah menurunnya angka kesakitan akibat penyakit menular dengan terkendalinya prevalensi HIV pada populasi dewasa menjadi di bawah 0.5%. Sebagai indikator dari RPJMD adalah persentase layanan kesehatan pada ODHA baik akses layanan kesehatan ODHA dan proporsi jumlah penduduk usia 15 sampai 24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS, mengikuti Inpres Nomor 3 tahun 2010 mengenai pembangunan yang berkeadilan yang pada saat itu ditetapkan untuk menguatkan pencapaian MDGs. Secara khusus pun berbagai aturan pelaksana seperti Keputusan Gubernur nomor 670 tahun 2014 tentang Tim Pembina Program Pemulihan Adiksi Berbasis Masyarakat di tingkat provinsi yang merupakan upaya pemulihan penasun untuk menangani persoalan adiksinya bersamaan dengan HIV.

Disamping terintegrasinya kebutuhan penanganan HIV dan AIDS ke dalam aturan-aturan perencanaan pembangunan, dengan fasilitasi dari KPAP DKI Jakarta, juga ditetapkan strategi dan rencana aksi penanggulangan HIV dan AIDS yang merupakan respon Provinsi dalam menanggulangi HIV dan AIDS sesuai dengan kondisi dan situasi HIV dan AIDS di Provinsi masing-masing dari SRAN 2010-2014. Peraturan ini mengatur fokus strategi dan rencana aksi berdasarkan visi Jakarta Sehat dari pemerintahan pimpinan semula Joko Widodo kemudian dilanjutkan oleh Gubernur Basuki T Purnama dengan tujuan mencegah dan mengurangi penularan HIV, meningkatkan kualitas hidup ODHA serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat HIV pada individu, keluarga dan masyarakat. Peraturan-peraturan tersebut ditunjang implementasinya oleh KPAP DKI Jakarta melalui rencana anggaran satuan kerja KPAP yang pada tahun 2014 mengalokasikan dana yang mencapai Rp 14 M terutama untuk fungsi-fungsi koordinatif KPAP. Peraturan Gubernur pun mengenai kepesertaan dan pelayanan jaminan kesehatan di Pergub No. 3 tahun 2014 yang menjamin semua warganya mengakses layanan baik PBI maupun bukan PBI (Pasal 3). Bahkan layanan HIV pun termasuk pelayanan kesehatan tingkat pertama (pasal 18) termasuk: HIV dan *harm reduction*, pelayanan akibat narkoba dan obat terlarang. Dampak dari adanya hukum dan peraturan terkait akses adalah Dinkes jadi harus melaksanakan program HIV dengan segala tantangan yang ada.

*"karena pemda punya program HIV itu kan dedicated untuk gubernur. Dulu kan masuk dalam MDGs artinya punya kekuatan dalam perencanaan kan, penyediaan dana... Makanya ga ada kekhawatiran ketika NGO itu eh pergi tidak mendanai" (P2)*

BNN yang cenderung kurang *cost-effective* dan memiliki beberapa program yang mengakibatkan penasun tidak mengakses layanan LASS lagi (razia dsb) sehingga dirasakan masih ada kesenjangan persepsi mengenai penanggulangan HIV dan isu napza di daerah Jakarta antara BNN, Dinkes, Pokja, dan SKPD seperti Satpol PP yang mengakibatkan program HR dan HIV terhambat pelaksanaannya. Secara khusus terkait akses layanan yang dijamin oleh Pemda, bahwa kebijakan LASS DKI mengacu pada Kemkes No 567 tahun 2006 tentang HR, mobile, fix dan satelit. Namun masih terdapat rambu-rambu kebijakan yang ambigu seperti penyediaan logistik jarum apakah didistribusikan melalui Puskesmas atau LSM juga berhak mendistribusikan jarum. Hal ini juga berkaitan dengan mekanisme pelaporan antara institusi yang memberikan jarum.

*"kalo untuk LASS.. karna saya pikir cukup memadai pengadaan yang diberikan oleh HCPI, terus juga dari KPA.. sementara Puskesmas sendiri pun sebetulnya boleh untuk mengadakan jarum.. maka kalo saya mengadakan lagi, nanti malah jadi ini.. apa.. duplikasi..." (SKP3)*

Tidak ada kebijakan langsung membatasi akses terhadap LASS, namun masih ada pemahaman berbeda dari aparat kepolisian dan keamanan karena perbedaan pengetahuan yang menempatkan jarum sebagai barang bukti.

Dampak positif dengan pengarusutamaan HIV dalam sistem kesehatan di DKI Jakarta adalah kelompok berisiko yang umumnya dari ekonomi rendah atau terpinggirkan baik secara hukum maupun secara sosial dapat mengakses layanan HIV dan *harm reduction* sebagaimana layanan kesehatan lainnya. Salah satu strategi yang dilakukan DKI untuk



menjamin pemerataan layanan adalah kebijakan “Ketuk Pintu Dengan Hati”, petugas kesehatan jadi mendatangi masyarakat dan pemeriksaan kesehatan lebih merata dengan adanya Kebijakan Pergub Nomor 123 tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan termasuk jaminan kesehatan untuk masyarakat Jakarta (termasuk BPJS). Bahkan ada tambahan kuota dari APBD DKI untuk mengakomodir masyarakat berpenghasilan rendah, termasuk anak <18 tahun juga bisa mengakses tanpa ada KTP, selama mereka dapat menyebutkan NIK.

*"Klaimnya kaya dulu KJS KJS kan klaimnya ke jamkesda kan. Nah itu jadi sekarang yang ga tercover di BPJS klaimnya akan diteruskan ke jamkesda. Ada beberapa sih kaya HIV AIDS, kemudian korban kekerasan ya, perempuan dan anak, kemudian ambulans, ambulans itu kan dari dari TKP ke faskes ga dicover. Yang dicover cuma faskes ke faskes. Dari TKP ke faskes itu bisa pake ambulans kita" (SK1)*

#### **3.1.4. Permasalahan Kesehatan**

Permasalahan kesehatan berkenaan dengan besaran persoalan kesehatan yang sedang ditangani. Hal ini penting karena menentukan besar dukungan dana, sarana dan SDM untuk menangani permasalahan kesehatan yang dihadapi. Di sini elemen perencanaan menjadi penting. Proses perencanaan yang melibatkan publik adalah Musrenbang. Namun Musrenbang tidak membahas secara detil penyakit utama melainkan hanya membahas besaran masalah misalnya pengendalian penyakit menular dan berapa jumlah kebutuhannya. Usulan masyarakat disalurkan melalui RW setempat.

*"...sebenarnya sih kalo di musrenbang itu ga ga detail seperti itu ya mbak. Jadi banyak nih bina kesehatan urusannya banyak nih, dari penyakit menular, penyakit tidak menular layanan kesehatan, kemudian dan lain lain ..." (SK1)*

Besaran epidemi AIDS di Jakarta mengalami perkembangan yang cukup tinggi. Pada tahun 2007 dan 2011, terjadi peningkatan prosentasi prevalensi dari 8,1 % menjadi 17,2%, satu provinsi di Indonesia dengan angka HIV dan AIDS yang tinggi, lebih tinggi dari rata-rata angka nasional. Epidemi HIV di Indonesia/ DKI Jakarta kategori konsentrasi dengan angka HIV beberapa kelompok risiko tinggi di atas 5%. Di Jakarta pada Tahun 2007 dan 2011, terjadi peningkatan prosentasi prevalensi dari 8,1 % menjadi 17,2%. Jumlah Kumulatif Kasus HIV-AIDS di DKI Jakarta HIV 32782 orang (peringkat 1 dgn jumlah tertinggi) – AIDS 7477 orang (peringkat 3) dan prevalensi Kasus AIDS per 100.000 penduduk berdasarkan provinsi DKI Jakarta menjadi 77.82. Sedangkan jumlah kasus baru yang dilaporkan di tahun 2014 sampai dengan September 2015 untuk kasus HIV sebesar 22869 dan AIDS sebesar 1876 serta jumlah kasus kematian adalah 211 (Kemkes RI, 2015)

Setiap wilayah dapat menentukan penyakit yang menjadi prioritas. Di DKI Jakarta, TB, HIV, DBD dan penyakit tidak menular seperti diabetes dan *stroke*, DBD, dan hipertensi menjadi prioritas, namun ada kemungkinan sebuah kecamatan tidak menjadikan HIV sebagai program prioritas apabila permasalahan terdapat permasalahan kesehatan lain yang lebih mendesak dibanding HIV di wilayah tersebut. Disamping itu, pemerintah DKI Jakarta turut menentukan status kesehatan masyarakat dari Indeks Pembangunan Masyarakat (IPM) dan umur harapan hidup.

*"HIV AIDS juga masuk ke RPJMD itu kan menjadi satu prioritas itu salah satu didasari oleh prevalensi apa penemuan kasus di Jakarta yang cukup tinggi kan. Tapi untuk setau saya sih tentang penyakit-penyakit lainnya belum ada kajian banget tentang analisis seperti itu sih" (SK1)*

Penentuan HIV sebagai program prioritas kesehatan di DKI 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 KJS. Justifikasi lain untuk memprioritaskan HIV di DKI Jakarta adalah karena angka prevalensi tinggi di Jakarta dan dilebarkan prioritasnya untuk menysasar populasi umum dan IRT agar tidak meluas dan terus terkonsentrasi. Salah satu hasil positif adalah program LASS dimana data menunjukkan penurunan kasus karena arah penularan bergeser ke LSL dan PS, dan penasunnya sudah mulai berkurang. Adapun dasar perencanaan yang digunakan adalah data-data epidemiologis berupa data *surveillance* rutin/STBP oleh Sudinkes, Puskesmas, LSM dan KPA serta jumlah kasus HIV dan pemodelan matematik. Disamping itu, dilakukan pemetaan pada populasi kunci setiap dua tahun sekali yang dilakukan oleh Dinkes dan KPAP yang kemudian dijadikan acuan besaran masalah dan penetapan program. Data lain yang digunakan diantaranya SRAP, Perda, data/evaluasi data dan masukan dari lembaga/LSM termasuk menggunakan acuan dari KPA dan Kemenkes dalam menjalankan kegiatan penanggulangan HIV di LSM.

*"...one get data itu dari SIHA ya dari SIHA yang diinisiasi sama kementerian kesehatan dalam sistem informasi HIV AIDS. Tetapi selain itu, di eh KPAPnya sendiri kita juga punya upaya untuk melakukan pemappingan tiap tahunnya. Eh untuk eh populasi kunci. Eh juga kita juga eh beberapa apa terakhir kita melalui asean eh apa epidemic model itu ya eh itu eh melakukan estimasi ya. terakhir kalo ga salah itu di tahun 2014 apa 2015 gitu perhitungan update untuk estimasi populasi kunci kita itu eh selain itu kita juga eh ini juga apa eh terbantu juga dengan adanya IBBS ya yang dilakukan oleh temen-temen eh NGO di SUM ya, SUM 1 kalo ga salah ..." (P9)*

Mekanisme pengukuran masalah dilakukan melalui *surveillance* dan pemetaan yang dilakukan oleh Dinkes dan KPAN setiap tahun serta menggunakan SIHA. Sedangkan beberapa MPI seperti SUM dan HCPI juga melakukan pemetaan. KPA melakukan pemetaan populasi kunci, Dinkes melakukan STBP, namun belum ada upaya sinkronisasi informasi. Hasil pemetaan juga dipakai untuk menghitung jumlah kebutuhan jarum. Mekanisme pengukuran masalah harus disesuaikan dengan target Renstra yang ditentukan oleh Dinkes. Proses pengukuran masalah hanya membandingkan dengan capaian tahun sebelumnya sehingga tidak didasari pengukuran epidemiologis yang baik. Ada upaya monev dari KPAP, bekerja sama dengan universitas, yang menjadi rujukan untuk dimasukkan dalam program prioritas KPAP (contoh: pengetahuan youth disurvey tahun 2014, diketahui bahwa masih rendah, sehingga jadi prioritas program di 2015). Perspektif yang terdapat di kalangan sektor kesehatan Jakarta bahwa seharusnya Sudin melakukan *surveillance* untuk semua penyakit tapi SDM masih kurang jadi tidak terpegang, jadi kalau untuk HIV dipegang oleh seksi masing-masing. Namun peran MPI dalam melihat besaran masalah HIV di Jakarta dengan turut mengandalkan program GF. Sebagai contoh adalah pertemuan monitoring dan evaluasi *Harm Reduction* di Jakarta Barat yang membahas indikator-indikator dari GF, IBBS oleh Kemenkes, Survei cepat perilaku oleh KPAP/K, dan Mini BSS oleh HCPI.

*".. bagian surveillance di sini belum bisa memegang semua. Untuk bagian penyakit-penyakit menular sendiri pun dia nggak.. nggak kepegang, gitu. Jadi yang dipegang masih.. cuma khusus.. dulu.. bagian apa.. ARV.. terus lumpuh layu..terus kasus-kasus campak, kasus... Nah yang seperti itu aja akhirnya yang masih kepegang. Jadi, rumah-rumah sakit.. itu biasanya masih mereka pegang. Tapi kalo untuk masing-masing program.. kayak penyakit menular.. penyakit menular ada... terus hepatitis.. di sini.. itu semuanya masing-masing." (SKP3)*

### **3.1.5. Implikasi terhadap program LASS di DKI Jakarta**

Dalam analisa konteks di atas, dapat dikatakan bahwa program LASS di DKI Jakarta sudah cukup mendapat dukungan dari aspek komitmen politik. Dengan masuknya isu HIV ke dalam Renstra Kesehatan di RPJMD DKI Jakarta 2013-2017, maka program-program penanggulangan dampak buruk mendapatkan payung hukum yang cukup kuat untuk dilaksanakan dan diimplementasikan. Program disediakan di layanan primer dan terbuka untuk diakses. Meskipun demikian, perbedaan komitmen dan sikap terhadap program pengurangan dampak buruk dari berbagai pemangku kepentingan yang berbeda mengakibatkan terlaksananya program LASS dapat cenderung terhambat. Salah satu contoh adalah posisi dan program BNN terhadap pengguna napza yang cenderung membuat penasun enggan atau takut mengakses LASS karena khawatir akan ancaman hukum dan razia. Dapat dilihat bahwa ketidak-seragaman sikap pemangku kepentingan dan kebijakan yang diterapkan oleh pemangku kepentingan yang berbeda dapat mempengaruhi cara implementasi maupun efektivitas program LASS.

Salah satu isu kontekstual lain yang juga mempengaruhi kelangsungan program LASS di DKI Jakarta adalah isu pengukuran permasalahan kesehatan. Selama ini telah digunakan berbagai data dari berbagai jenis survey dari donor maupun Kementerian Kesehatan untuk memetakan permasalahan HIV di Jakarta. Meskipun demikian, belum ada upaya untuk sinkronisasi informasi tersebut untuk mendapatkan satu gambaran akurat yang mencerminkan kebutuhan program penanggulangan HIV, termasuk program LASS. Akibatnya, cenderung lebih sulit untuk mengajukan program pengurangan dampak buruk dalam penganggaran tanpa gambaran situasi yang akurat. Selama ini, program LASS hanya bergantung pada pendanaan donor, dan situasi kebutuhan jarum menggunakan pemetaan yang dilakukan oleh donor. Hal ini akan mempengaruhi keberlangsungan program LASS setelah donor tidak lagi mendukung pendanaan program LASS pasca tahun 2015. Dibutuhkan upaya untuk dapat memetakan kebutuhan dengan seakurat mungkin, untuk mendapatkan pembiayaan program LASS dari Pemerintah yang efektif dan efisien.

## **3.2. Analisa pemangku kepentingan**

### **3.2.1. Posisi Pemangku Kepentingan**

#### **Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (Bappeda)**

Kepentingan: Bappeda tidak memiliki kepentingan spesifik terhadap program LASS. Namun, karena HIV masuk dalam RPJMD dan menjadi prioritas kesehatan daerah, maka secara tidak langsung program LASS termasuk didalam perencanaan dan penganggaran.

Sumber daya: Bappeda memiliki kuasa untuk menerima perencanaan dari SKPD, membuat rencana anggaran, monitoring penyerapan dana, namun tidak terlibat dalam menjaga kualitas layanan. Merancang APBD, dengan anggaran untuk program HIV ditanggung kurang lebih 10% dari APBD.

Posisi politik: Selama ini pelaporan dari SKPD diserahkan ke BAPPEDA; sehingga Bappeda memang memiliki posisi kekuasaan yang bertanggung jawab atas kinerja SKPD.

Tingkat kepentingan dan kekuasaan: Berdasarkan informasi yang didapatkan mengenai tanggung jawab dan kewenangan Bappeda, dapat dikatakan bahwa dalam kaitan dengan program LASS di Jakarta, Bappeda memiliki tingkat kepentingan rendah namun kekuasaan yang tinggi. Sebagai badan perencana pembangunan daerah, keberlangsungan program LASS sangat bergantung pada anggaran dari program kesehatan yang diatur oleh Bappeda, namun Bappeda sendiri tidak memiliki kepentingan langsung mengenai pelaksanaan maupun keberhasilan program LASS, selain sebagai salah satu program kecil di antara sekian banyak program kesehatan di DKI Jakarta.

### **Dinas Kesehatan (Dinkes)**

Kepentingan: Dinkes merancang program kesehatan sesuai dengan RPJMD, dan memiliki wewenang untuk melatih tenaga medis yang ada di bawah pemerintah dan menjadi tanggung jawab Dinkes, meski harus tetap berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan. Untuk program LASS, Dinkes menjadikan isu HIV sebagai salah satu isu prioritas, sehingga program LASS menjadi penting bagi pencapaian kinerja Dinkes.

Sumber daya: Dengan adanya kewenangan dari Pemerintah Daerah DKI Jakarta (Pergub Nomor 233 tahun 2014 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan), Dinkes memiliki kewenangan untuk mengeluarkan kebijakan kesehatan, berhak mengajukan dana anggaran APBD, menentukan program prioritas dan menggerakkan SDM kesehatan, termasuk untuk program LASS.

Posisi politik: Dengan kewenangan untuk memonitoring penyerapan anggaran, memastikan kualitas layanan, melakukan *surveillance*, membuat perencanaan kesehatan, membuat kebijakan, menentukan SDM kesehatan, Dinkes memegang posisi kendali yang cukup besar dalam program LASS, mulai dari perencanaan sampai implementasi program LASS di lapangan.

Tingkat kepentingan dan kekuasaan: Berdasarkan informasi yang didapatkan mengenai tanggung jawab dan kewenangan Dinkes, dapat dikatakan bahwa dalam kaitan dengan program LASS di Jakarta, Dinkes memiliki tingkat kepentingan tinggi serta kekuasaan yang tinggi pula. Sebagai penanggung jawab program kesehatan di DKI Jakarta, program LASS berada di bawah tanggung jawab Dinkes. Dengan adanya isu HIV sebagai salah satu isu prioritas, maka program LASS menjadi penting bagi pencapaian kinerja Dinkes.

### **Mitra Pembangunan Internasional (MPI)**

Kepentingan: Mitra pembangunan internasional yang memberikan dukungan langsung kepada program LASS melalui dukungan teknis dan logistik yang dimulai pada tahun 2009.

Sumber daya: MPI mendukung program LASS dengan menyediakan jarum; jarum dikirimkan ke Puskesmas berdasarkan asesmen kebutuhan yang dilakukan oleh LSM Mitra MPI. MPI juga memberikan dukungan dana ke LSM mitra untuk kegiatan operasional.

Posisi politik: Sebagai satu-satunya lembaga luar negeri yang mendanai program LASS, MPI memiliki "kewenangan" sampai taraf tertentu dalam program LASS, misalnya memiliki kuasa

untuk melakukan audit dan menilai skema pembayaran bagi pekerja program HIV di Puskesmas terlalu rendah sehingga memberikan insentif tambahan dan membayar pekerja proyek di LSM dan Puskesmas.

Tingkat kepentingan dan kekuasaan: Berdasarkan informasi yang didapatkan mengenai tanggung jawab dan kewenangan MPI, dapat dikatakan bahwa dalam kaitan dengan program LASS di Jakarta, MPI memiliki tingkat kepentingan tinggi serta kekuasaan yang tinggi pula. Sebagai lembaga yang mendanai program LASS di Jakarta selama dua tahun terakhir, keberhasilan program LASS menjadi sangat relevan bagi MPI seperti HCPI, dan peranan donor membantu HCPI memiliki peran yang cukup besar pula dalam pengelolaan program LASS.

### **Komisi Penanggulangan AIDS Propinsi (KPAP)**

Kepentingan: Sesuai Pergub Nomor 26 tahun 2012 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Propinsi dan Kota/Kabupaten, KPAP memiliki tugas untuk menyusun rencana strategis daerah untuk penanggulangan HIV dan AIDS. Sebagai *leading sector* dalam penanggulangan HIV, KPAP memiliki kewenangan untuk mengatur donor sehingga penanggulangan HIV tidak berjalan sendiri-sendiri. Program LASS sebagai salah satu program pengurangan dampak buruk seharusnya menjadi salah satu program strategis di bawah supervisi KPAP, namun KPAP kurang memperhatikan secara langsung karena merasa tidak bertanggung jawab atas aspek teknis.

Sumber daya: KPAP mendapatkan alokasi dana APBD dari Pemerintah Daerah DKI Jakarta dan dan APBN dari KPA Nasional. Untuk KPAP DKI Jakarta, alokasi dana APBD lebih besar daripada dana dari APBN. Dana hibah untuk KPAP DKI Jakarta bisa diberikan terus-menerus memiliki dasar hukum Keppres, Surat Mendagri dan Perda. KPAP yang mengkoordinir dana tersebut dengan sektor lainnya. KPAP kini berfokus menguatkan kapasitas di lembaga non-pemerintah dengan tetap bekerjasama dengan Dinkes atau Kemenkes sebagai narasumber.

Posisi politik: KPAP bertanggung jawab untuk memimpin, mengkoordinasi, dan memfasilitasi donor yang ingin melakukan penanggulangan HIV di daerah tersebut agar tidak tumpang tindih, meski kini belum semua sumber daya donor berhasil dikoordinasikan. Dalam kerjanya, KPAP tidak bergerak secara teknis karena aspek teknis program penanggulangan berada di wewenang SKPD, terutama Dinkes.

Tingkat kepentingan dan kekuasaan: Berdasarkan informasi yang didapatkan mengenai tanggung jawab dan kewenangan KPAP, dapat dikatakan bahwa dalam kaitan dengan program LASS di Jakarta, KPAP memiliki tingkat kepentingan tinggi serta kekuasaan yang tinggi pula.

### **Biro Kesejahteraan Sosial (Biro Kesos)**

Kepentingan: Tupoksi Biro Kesos termasuk perumusan kebijakan, koordinasi serta monitoring-evaluasi berbagai program kesejahteraan sosial, termasuk program HIV/AIDS, di dalamnya termasuk program LASS. Peran utama Biro Kesos adalah untuk menyelaraskan kebijakan antar SKPD, dan dalam hal program LASS, peran Biro Kesos termasuk melakukan mediasi antar lintas sektor tentang fungsi jarum sebagai alat kesehatan.

Sumber daya: Kewenangan Biro Kesos memungkinkan Biro Kesos untuk melakukan koordinasi dengan berbagai SKPD yang berperan dalam melakukan perumusan kebijakan

dan monitoring evaluasi terkait kebijakan yang dilakukan dalam program kesehatan, termasuk program LASS.

Posisi politik: 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.

Tingkat kepentingan dan kekuasaan: Berdasarkan informasi yang didapatkan mengenai tanggung jawab dan kewenangan Dinkes, dapat dikatakan bahwa dalam kaitan dengan program LASS di Jakarta, Dinkes memiliki tingkat kepentingan tinggi namun kekuasaan yang relatif rendah. Sebagai KPA tingkat provinsi, KPAP memiliki kewenangan untuk mengkoordinir penanggulangan HIV di tingkat provinsi, namun kurang memiliki wewenang dalam mengatur bagaimana program dijalankan, termasuk program LASS.

### **Suku Dinas Kesehatan (Sudinkes)**

Kepentingan: 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.

Sumber daya: Sesuai kewenangan yang diberikan dari Pemda, Sudinkes memiliki kapasitas untuk memberikan bimbingan teknis bagi Puskesmas. Dalam hal informasi strategis, Puskesmas akan mengumpulkan data program ke Sudinkes untuk nantinya dilaporkan ke Dinkes.

Posisi politik: Kewenangan Sudinkes terbatas oleh kewenangan Dinkes, berfungsi sebagai penyedia bimbingan teknis Puskesmas.

Tingkat kepentingan dan kekuasaan: Berdasarkan informasi yang didapatkan mengenai tanggung jawab dan kewenangan Sudinkes, dapat dikatakan bahwa dalam kaitan dengan program LASS di Jakarta, Sudinkes memiliki tingkat kepentingan tinggi serta kekuasaan yang relatif rendah.

### **KPA kabupaten/Kota**

Kepentingan: Sesuai Pergub Nomor 26 tahun 2012, wewenang KPAK adalah memimpin, mengelola, mengendalikan dan memantau dan mengevaluasi pelaksanaan penanggulangan HIV/AIDS di Kotanya. Oleh sebab itu, program LASS sebagai salah satu program pengurangan dampak buruk HIV menjadi relevan bagi kinerja KPAP.

Sumber daya: Pendanaan KPAK bergantung pada pendanaan dari KPAP. Dalam melakukan kerjanya, KPAK bertanggungjawab untuk masalah HIV di wilayahnya melalui supervisi langsung ke tempat pelaksana dan melakukan koordinasi lintas sektor tingkat kota.

Posisi politik: Otonomi KPAK ada di tingkat propinsi, namun dalam perencanaan kerja, KPAP mengajak KPAK dan walikota setempat.

Tingkat kepentingan dan kekuasaan: Berdasarkan informasi yang didapatkan mengenai tanggung jawab dan kewenangan KPA Kota, dapat dikatakan bahwa dalam kaitan dengan program LASS di Jakarta, KPA Kota memiliki tingkat kepentingan tinggi namun kekuasaan yang rendah. Wewenang KPA Kota terbatas bahkan oleh KPA Propinsi.

### **Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) HIV dan Pengurangan Dampak Buruk**

Kepentingan: LSM memiliki kepentingan untuk melakukan kegiatan pencegahan terhadap penerima manfaat yang diwakili. Dalam program LASS, LSM melakukan penjangkauan kepada penerima manfaat (penasun) untuk menawarkan jarum suntik steril dan pada prakteknya mewakili penasun dalam menyampaikan kebutuhan jarum suntiknya.

Sumber daya: LSM bertindak sebagai satelit atau perpanjangan datangan distribusi jarum suntik steril, dengan dukungan dana dari berbagai donor, baik MPI maupun dari dana APBN melalui KPAN, meski bukan dalam bentuk dana hibah melainkan dalam bentuk kerjasama pendanaan staf.

Posisi politik: Dalam upaya pengurangan dampak buruk, strategi pencegahan menggunakan strategi yang dirancang oleh LSM sebagai lembaga *peer*, agar lebih mudah menjangkau dan mendistribusikan jarum suntik steril secara langsung. Meskipun demikian, sistem yang sekarang berlaku mewajibkan LSM untuk merujuk penasun yang didampingi ke Puskesmas untuk mendapatkan layanan kesehatan.

Tingkat kepentingan dan kekuasaan: Berdasarkan informasi yang didapatkan mengenai tanggung jawab dan kewenangan LSM, dapat dikatakan bahwa dalam kaitan dengan program LASS di Jakarta, LSM memiliki tingkat kepentingan tinggi namun kekuasaan yang rendah. Dalam pelaksanaan program, LSM hanya bertindak sebagai pelaksana, dan tergantung penuh pada donor.

### **Populasi Kunci (Penasun)**

Kepentingan: Sebagai populasi kunci yang terdampak langsung dengan risiko infeksi HIV dari penggunaan jarum suntik, maka kualitas hidup mereka bergantung pada pelayanan HIV yang tersedia.

Sumber daya: Penasun sebagai populasi kunci praktis tidak memiliki sumber daya selain mengakses jarum steril dari Puskesmas. Secara umum, penasun masih memiliki rasa ketakutan yang tinggi dan kecurigaan pada orang asing, karena takut akan dijebak dan ditangkap.

Posisi politik: Sejauh ini, perencanaan program kesehatan di fasyankes belum melibatkan penasun karena pihak fasyankes belum memahami seberapa besar kontribusi yang dapat diberikan populasi kunci dalam perencanaan. Selain itu, ada persepsi bahwa perlindungan kesehatan bagi penasun akan sangat rumit.

Tingkat kepentingan dan kekuasaan: Berdasarkan informasi yang didapatkan mengenai tanggung jawab dan kewenangan Populasi Kunci, dapat dikatakan bahwa dalam kaitan dengan program LASS di Jakarta, Populasi Kunci memiliki tingkat kepentingan tinggi namun kekuasaan yang rendah. Sebagai penerima manfaat langsung, populasi kunci seringkali hanya menjadi objek program dan tidak memiliki kewenangan apapun dalam menentukan bagaimana program dijalankan, termasuk program LASS.

### **Puskesmas**

Kepentingan: Dalam program LASS, Puskesmas sebagai *leading sector*, dan sebagai koordinator program LASS di wilayah masing-masing.

Sumber daya: Puskesmas memiliki sumber daya cukup besar untuk memberikan layanan kesehatan bagi penasun. Sebagai contoh, layanan komprehensif kesehatan ada di Puskesmas, dan Puskesmas menyediakan layanan untuk pemeriksaan berbagai penyakit.

Dalam hal pengadaan jarum, Puskesmas dapat menganggarkan jarum, termasuk untuk program LASS. Secara teknis, bagian logistik program *harm reduction* di Puskesmas akan mengajukan kebutuhan, bagian perencanaan Puskesmas dan kepala Puskesmas yang menentukan jumlah barang/jarum yang akan diterima bagian HR sesuai dengan prioritas dari Kepala Puskesmas. Hal ini didukung oleh Surat Edaran Kepala Dinkes DKI Jakarta nomor 3884/1.778/2009 mengenai pendanaan lokal Puskesmas untuk program *Harm Reduction*.

Posisi politik: Puskesmas memiliki kewenangan untuk mengatur anggaran sendiri, dan Puskesmas di DKI Jakarta memiliki keuntungan di mana kegiatan yang tidak bisa dianggarkan di APBD akan dapat dimasukkan melalui BLUD. Hal ini dapat membantu pelaksanaan program, mengingat bahwa dana APBD baru masuk ke Puskesmas pada pertengahan tahun sedangkan dana BLUD dari awal tahun. Dana BLUD dapat mencakup kebutuhan logistik, honor gaji, dukungan pre-ART, dan menjadi hak prerogatif Puskesmas untuk menganggarkan.

Tingkat kepentingan dan kekuasaan: Berdasarkan informasi yang didapatkan mengenai tanggung jawab dan kewenangan Puskesmas, dapat dikatakan bahwa dalam kaitan dengan program LASS di Jakarta, Puskesmas memiliki tingkat kepentingan tinggi serta kekuasaan yang tinggi pula. Kewenangan Puskesmas untuk mengatur anggarannya sendiri memberi kuasa yang besar bagi Puskesmas untuk memberdayakan program LASS, dan pencapaian program LASS juga berkaitan langsung dengan kinerja Puskesmas.

Secara keseluruhan, posisi pemangku kepentingan yang relevan dengan program LASS di Jakarta dapat dipetakan dalam tabel di bawah ini:

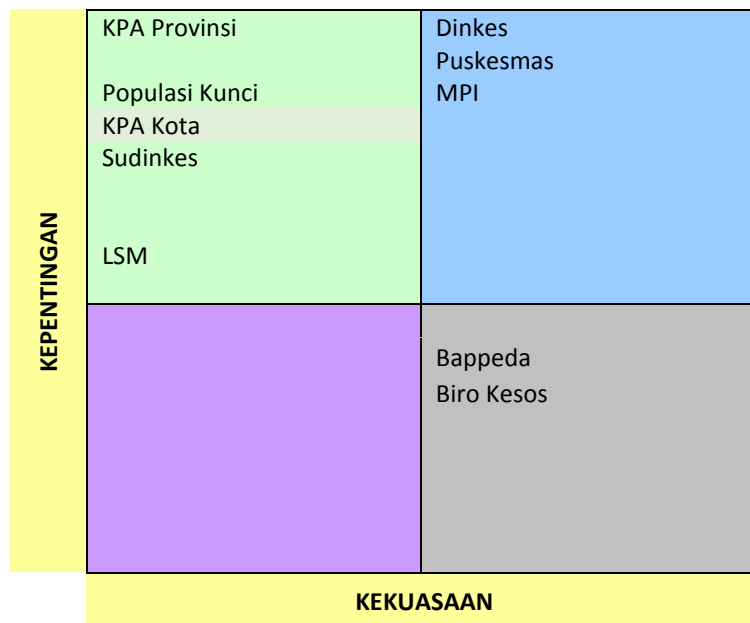
**Table 2: Perbandingan Kepentingan & Kekuasaan Pemangku Kepentingan berdasarkan Level Sistem & Program**

Tingkat	Stakeholder	Skoring	
		Kepentingan	Kekuasaan
Sistem	BAPPEDA	R	T
	DINKES	T	T
	MPI	T	T
	KPA Propinsi	T	R
	Biro Kesos	R	T
Program	Sudinkes	T	R
	KPA kabupaten/Kota	T	T
	LSM	T	R
	Populasi Kunci	T	R
	Puskesmas	T	T

Tabel di atas dapat dilihat pula dalam kuadran kepentingan dan kekuasaan di bawah ini  
**Penilaian atau skoring berdasarkan tinggi (T) dan rendah (R)**



**Diagram 3: Diagram Kepentingan & Kekuasaan Stakeholder**



Dengan adanya perbedaan kepentingan dan kekuasaan antar masing-masing pemangku kepentingan, dapat dikatakan bahwa masing-masing pemangku kepentingan memiliki posisi yang unik terhadap keberadaan dan keberlanjutan program LASS di Jakarta. Pemaparan di bagian selanjutnya akan mencoba mengelaborasi lebih lanjut bagaimana masing-masing posisi pemangku kepentingan ini memiliki dampak atau implikasi terhadap program LASS.

### **3.2.2. Implikasi Posisi terhadap Program LASS**

Dapat dilihat bahwa pemegang posisi dengan kepentingan dan kekuasaan terbesar dalam program HIV secara umum serta Layanan Alat Suntik Steril LASS secara khusus di Jakarta adalah Dinkes dan Puskesmas. Hal ini disebabkan karena hukum dan regulasi di DKI Jakarta memberikan kewenangan kepada Dinkes untuk mengatur program-program kesehatan, sesuai dengan arahan dari RPJMD. Selain itu, kewenangan Puskesmas untuk merancang anggaran sendiri melalui mekanisme BLUD juga memberi keleluasaan bagi Puskesmas untuk merancang program yang sesuai dengan kebutuhan di masyarakat setempat. Hal ini semakin didukung dengan adanya Surat Edaran Kepala Dinkes DKI Jakarta no. 3884/1.778/2009 mengenai pendanaan lokal Puskesmas untuk program Harm Reduction yang memberikan kewenangan bagi Puskesmas untuk mengalokasikan lebih banyak dana untuk program *Harm Reduction*, termasuk program layanan alat suntik steril. Dengan adanya isu HIV sebagai prioritas kesehatan DKI Jakarta dalam RPJMD 2013-2017, maka Dinkes dan Puskesmas dapat merancang program pengurangan dampak buruk HIV dengan cenderung mandiri.

Pendanaan program LASS tidak dapat lepas dari peran Mitra Pembangunan Internasional seperti *HIV Cooperation Program for Indonesia* (HCPI) yang didanai oleh Departemen Luar Negeri dan Perdagangan Australia. HCPI menjadi satu-satunya lembaga donor yang mendanai program LASS di Indonesia saat ini. Oleh sebab itu, MPI memainkan peran yang cukup besar dalam menentukan bagaimana program LASS dilaksanakan, mulai dari pelibatan LSM sampai mekanisme pengadaan jarum steril. Meskipun demikian, dengan peran Dinkes dan Puskesmas yang semakin meningkat serta berhentinya program HCPI di Indonesia pada akhir tahun 2015, peran HCPI di program LASS semakin menurun dan pada akhirnya akan berhenti. Selama beberapa tahun terakhir, hampir seluruh jarum yang digunakan oleh program LASS di DKI Jakarta diadakan oleh HCPI, sehingga baik Dinas Kesehatan maupun Puskesmas tidak atau sedikit menganggarkan jarum untuk program LASS. Oleh sebab itu, dengan berakhirnya dukungan HCPI dalam program LASS, mekanisme perencanaan dan penganggaran di Dinas Kesehatan dan Puskesmas dapat membantu mempertahankan program LASS jika tetap dianggap dibutuhkan.

*Iya semua semua menganggarkan. Cuma besaran anggarannya itu variatif karena kan tergantung dari ketika penasun itu akses. Yang saya tau sih mungkin eh awal-awalnya dulu 2 tahun terakhir. (P2)*

Salah satu hal yang cenderung disayangkan adalah kurangnya kerjasama formal antara Mitra Pembangunan Internasional dengan Bappeda DKI Jakarta. MPI seperti HCPI cenderung hanya bekerjasama dengan Dinkes, padahal kekuasaan untuk menyetujui penganggaran program kesehatan DKI Jakarta merupakan wewenang Bappeda DKI Jakarta. Kerjasama formal dan advokasi di tingkat perencanaan daerah seharusnya dapat membantu dukungan bagi program HIV dan program-program terkait lainnya, baik dalam bentuk pendanaan maupun penguatan kapasitas.

Salah satu pemangku kepentingan yang memiliki kepentingan tinggi namun kekuasaan yang relatif rendah dalam program LASS di DKI Jakarta adalah KPAP DKI Jakarta dan KPAK di masing-masing daerah. Hal ini sebagian disebabkan karena mekanisme pendanaan bagi KPAP/K diberikan dari dana hibah APBD yang memakan waktu cenderung lama sebelum dikeluarkan pada pertengahan tahun. Akibatnya, program KPA baru dapat dilaksanakan setelah tahun berjalan dan kurang dapat dilaksanakan secara maksimal. Selain itu, ada kecenderungan bahwa pemangku kepentingan lainnya yang cenderung kurang memiliki kuasa atau wewenang dalam pelaksanaan program meskipun sangat berkepentingan adalah populasi kunci yang mengakses layanan. Selama ini, perancangan program pengurangan dampak buruk dilakukan di tingkat layanan, dengan pelibatan beberapa LSM serta donor. Dari hasil wawancara, diketahui bahwa populasi kunci yang mengakses layanan justru tidak merasa pernah dilibatkan dalam perancangan program LASS, melainkan lebih banyak diundang untuk mengikuti program dukungan.

*[P1]Selama ini pernah diminta atau diajak dari sini untuk diminta pendapatnya nggak tentang program-program yang sudah ada?*

*[N1]Oh ada. Kita palingan kadang-kadang dari kepala puskes suka dibikin support group gitu.*

*[P1]Oh support group. Support groupnya isinya tentang apa kalau boleh tahu?*

*[N1]Ya keluhan-keluhan.*

*[P1]Keluhan-keluhan? Yang diundang siapa aja itu?*

[N1]Semua anak metadon.

[P1]Semua anak metadon ya. Kalau terkait LASS-nya apakah ada pertemuan juga?

[N1]Ada juga. Itu sekalian.

[P1]Oh di situ sekalian semuanya ditanyain gitu ya?

[N1]Pokoknya keluhan semua. (R9)

Secara umum dapat disimpulkan bahwa pemangku kepentingan dalam program LASS di DKI Jakarta sangat beragam, dari aspek sistem dan kebijakan maupun pada aspek pelaksana program. Kerjasama antar pemangku kepentingan sudah mulai terjalin namun kelihatannya masih ada beberapa hambatan dalam saling berkoordinasi. Adanya kerancuan mengenai wewenang dan tanggung jawab terlihat cukup mempengaruhi jalannya program. Oleh sebab itu, muncul kecenderungan bahwa pemangku kepentingan yang seharusnya memiliki kepentingan tinggi terhadap program menjadi kurang peduli pada kelangsungan program.

### **3.3. Analisa Tingkat Integrasi**

#### **3.3.1. Deskripsi sub sistem**

##### **3.3.1.1. Manajemen dan Regulasi**

##### **3.3.1.1.1. Regulasi**

Pada level sistem prioritas kesehatan DKI Jakarta tidak dapat dipisahkan dari prioritas kerja Kemkes yang berfokus pada upaya promotif, preventif dan kuratif. Walaupun pada implementasinya upaya preventif masih terbatas dan upaya promotif baru menyasar pada lingkungan sekolah. Hal ini mendasari fokus kerja DKI Jakarta untuk meningkatkan cakupan layanan, penambahan tempat tidur pasien dan layanan kesehatan di rumah susun.

Pelaksanaan upaya kesehatan masyarakat di DKI Jakarta mengacu pada dua kebijakan utama terkait kesehatan. Regulasi di tingkat daerah yang dijadikan acuan utama adalah Perda No.4 tahun 2009 tentang sistem kesehatan masyarakat dan Renstra Kesehatan DKI Jakarta 2013-2017 Nomor 1234 tahun 2013. Pengertian upaya kesehatan masyarakat sesuai Perda No. 4 Pasal 8 (1) adalah kegiatan yang dilakukan pemerintah Provinsi DKI Jakarta dan/atau masyarakat serta swasta untuk memelihara serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. Kegiatan ini termasuk pecegahan dan pemberantasan penyakit menular. Perda ini menjadi dasar hukum terhadap pelaksanaan program terkait HIV & AIDS di Jakarta. Arah kebijakan ini tertuang secara lebih teknis di Renstra Dinkes tahun 2013-2017 yang memuat target dan indikator kinerja program seperti persentase akses layanan kesehatan pada ODHA dan proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif HIV/AIDS.

*“Hmm kalo untuk dari pemda ya khususnya di pemda DKI yang saya tahu dan saya rasakan dukungan pemerintah daerah ini sangat besar ya. Contohnya untuk tingkat eh provinsi atau pimpinan provinsi dalam hal ini kepala daerah atau gubernur itu sangat mendukung program ini, dan HIV itu menjadi program prioritas di DKI.” (P1)*

Perda DKI Jakarta Nomor 5 tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV&AIDS mensyaratkan prinsip penanggulangan AIDS adalah kemitraan dan menjadi tanggung jawab bersama antara pemerintah, masyarakat dan sektor swasta. Pada level program, repson HIV&AIDS dipimpin oleh KPAP DKI yang diperkuat dengan Pergub No 26 tahun 2012 tentang pembentukan KPA Provinsi dan Kotamadya dimana keanggotaannya terdiri dari pemerintah daerah DKI Jakarta dan unsur masyarakat baik secara perorangan atau kelembagaan. Dalam periode ini melaksanakan tugasnya, KPAP DKI mengacu pada Renstra HIV & AIDS 2013-2017 di mana salah satu penangulangan dampak buruk napza suntik termasuk sebagai salah satu program yang dijalankan dalam periode Renstra. Tupoksi KPAP DKI termasuk memimpin, mengelola, mengkordinasi dan mengevaluasi seluruh kegiatan penanggulangan HIV&AIDS di daerah (Perda AIDS, 2008). Keanggotaan KPAP dipimpin oleh Gubernur dan Dinkes sebagai wakilnya. Kebijakan ini juga menjamin pendanaan HIV di DKI Jakarta dapat diperoleh dari APBD.<sup>2</sup>

Namun, secara struktural KPAP memiliki keterbatasan dalam melakukan kordinasi mengingat tidak termasuk dalam SKPD. Sehingga fungsi koordinasi dengan SKPD belum berjalan maksimal karena belum menjadi leading sector dalam penanggulangan HIV di SKPD dan UPT. Hal ini terlihat dari laporan kegiatan terkait HIV SKPD yang belum masuk ke KPAP. Seharusnya SKPD berkordinasi dengan KPAP dan secara transparan melaporkan anggaran yang digunakan untuk penanggulangan HIV. Situasi ini direspon dengan rencana untuk merevisi Pergub dan menambahkan peran Asisten Kesmas dalam melakukan koordinasi SKPD terkait penanggulangan HIV. Saat ini KPAP melakukan koordinsi kerja dengan pokja-pokja dan tenaga kesehatan terkait, serta dengan LSM. Pokja untuk mengelola program HIV yang beranggotakan SKPD, yaitu Pokja kesehatan, hukum dan HAM, perempuan dan anak, komunitas masyarakat, monitoring evaluasi, dan sarana prasarana kota.

*"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." (SKP 12)*

*"Asisten Kesmas tuh gak masuk, karena dia punya peranan penting nah kita merevisi untuk memasukkan itu Asisten Kesmas." (P10)*

Secara mandat struktural, Dinkes memiliki posisi yang lebih kuat dibanding KPAP mengingat tupoksi utama adalah bertanggungjawab terhadap bidang kesehatan di DKI Jakarta. Sebagai unit pelaksana teknis, Puskesmas berperan sebagai kordinator di wilayah kerjanya dan

---

<sup>2</sup> Lihat pasal Bab VI pasal 26 tentang pembiayaan dalam Perda HIV & AIDS No. 5 tahun 2008

bekerja sama dengan LSM dalam menjalankan program LASS. Kerjasama antara pemerintah daerah dengan LSM dalam upaya melaksanakan program LASS dinilai sudah cukup baik. Namun peran petugas lapangan yang bertugas melakukan penjangkauan dan rujukan ke UPT masih bergantung sepenuhnya dari dana dukungan MPI dan belum mendapatkan dukungan dana pemerintah. Dinkes juga yang berperan untuk mengkordinir MPI yang bekerja di isu HIV dan pengurangan dampak buruk napza yang bekerja di taratan layanan. Bahkan bentuk kerjasama MPI dapat dilakukan langsung ke SKPD tanpa melalui Bappeda DKI Jakarta. Salah satu temuan dalam studi kasus ini adalah karena pelaksanaan dukungan program dari MPI langsung ke layanan sehingga memotong alur kordinasi dengan KPAP DKI. Padahal Perda HIV mensyaratkan seluruh program AIDS yang dilakukan di DKI Jakarta, yang dilakukan baik oleh lembaga pemerintah ataupun masyarakat dan swasta harus berkordinasi dengan KPAP DKI.<sup>3</sup>

#### **3.3.1.1.2. Formulasi Kebijakan**

Secara sistem, DKI Jakarta memiliki keleluasaan dalam mengatur anggaran kerja. Situasi ini didukung oleh kebijakan Gubernur DKI Jakarta yang membuka kesempatan penganggaran seluas-luasnya dengan batas wajar. Berdasarkan mekanisme perencanaan dan penggaran, usulan dilakukan dari bawah dan masyarakat. Selain itu mempertimbangkan juga pencapaian program tahun sebelumnya. Hal ini memungkinkan Puskesmas Kecamatan sebagai UPT yang berstatus BLUD untuk memasukan anggaran program terkait HIV dan LASS. Begitupun dengan pengajuan anggaran untuk KPAP DKI dan SKPD terkait. Sayangnya tidak ada temuan yang mendiskusikan tentang kebutuhan kesehatan masyarakat dan pemanfaatan data dalam mendukung perencanaan dan anggaran untuk memperkaya analisa hasil.

*“Nah kebetulan kalau untuk di Jakarta sendiri khususnya puskesmas kecamatan itu punya DPAnya tadi. DPAnya sendiri, Dokumen Pelaksanaan Anggaran sendiri. Nah, berbeda dengan yang di daerah. 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 ungitnya atau daya dongkraknya adalah layanan atau program HIV/AIDSnya berjalan dengan baik.” (SKP4)*

Mekanisme Musrenbang yang umum dipakai dalam membuat perencanaan dan penganggaran di daerah sayangnya belum digunakan dalam respon HIV. Pengajuan anggaran biasanya diajukan oleh kordinator program di UPT terkait untuk diserahkan ke bagian perencanaan untuk diajukan dan mendapatkan persetujuan dari Dinkes. Mekanisme perencanaan

---

<sup>3</sup> Lihat Bab IV pasal 23 tentang Komisi Penanggulangan AIDS dalam Perda HIV & AIDS No. 5 tahun 2008

anggaran di DKI Jakarta yang bersumber dari APBD menggunakan sistem *e-catalogue*. 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. Perencanaan dan anggaran belum melibatkan orang luar, termasuk kader muda. Mekanisme Musrenbang membantu agar SKPD memasukkan program HIV dalam anggaran PBD, namun belum ada kerjasama dan jejaring monitoring evaluasi yang baik dengan KPA sebagai koordinator pelibatan LSM dalam perencanaan kerja, namun belum spesifik bentuknya seperti apa. KPA sebagai *leading sector* bisa memberi pengarahan dan pemberdayaan LSM ke depannya ketika sudah tidak ada donor.

*“Kalo secara keseluruhan bicara HIV nih ya, tadi KPA sebagai leading sector itu bisa apa ya memberikan jangkauan ke depan buat temen-temen LSM kalo bantuan ga ada lagi, itu yang pertama.” (SKP12)*

Berbeda dengan KPAP yang memanfaatkan pertemuan rapat kerja daerah sebagai wadah bagi setiap SKPD anggotanya untuk mengajukan kegiatan terkait HIV. Hasil rapat yang kemudian diajukan sebagai rencana kerja tahunan untuk didanai oleh APBD hibah. Pihak luar seperti KPAN dan GF memberikan pengaruh terhadap penentuan target di wilayah dari SRAN atau target sebelumnya. Program HIV dan HR didukung oleh kebijakan Pemda, namun masyarakat setempat masih ada yang kurang mendukung program HR karena dianggap mendukung penggunaan napza suntik.

#### **3.3.1.1.3. Akuntabilitas**

Musrenbang adalah salah satu mekanisme yang dilakukan di DKI Jakarta untuk melibatkan masyarakat dalam perencanaan yang akan dilakukan di daerah. Mekanisme ini juga dapat dimanfaatkan oleh SKPD untuk memasukan program HIV sebagai usulan untuk dianggarkan melalui APBD. Namun tampaknya mekanisme ini belum dimanfaatkan oleh KPAP secara maksimal baik dari segi kerjasama ataupun memonitoring jenis dan jumlah anggaran yang diajukan melalui Musrenbang. Dalam tataran program, perencanaan dilakukan secara mandiri oleh Puskesmas dengan mengacu pada Renstra Dinkes. Saat ini pelibatan masyarakat baru sebatas mengikutsertakan LSM dalam perencanaan kerja serta diskusi anggaran dan program di KPAP. Populasi kunci sebagai penerima manfaat langsung dari program LASS belum terlibat dalam perencanaan program, kecuali diminta masukan mengenai pemberian layanan.

*“Yang terlibat ketika diskusi seperti itu ya intra sektor, intra sektor, LSM, kemudian orang KPAK pastilah eh KPA, KPAP pastilah itu ya...Iya heeh seperti itu. Itu adanya diini lho apa sih namanya di forum diskusi. Jadi eh apa terbagi-bagi lagi kan ada nanti ada diskusi tentang mitigasi, ODHA nih harus diapain, ada diskusi nanti tentang promosi pencegahan, ada diskusi tentang segala macemlah. Nih kita liat sebentar di ibu Rohana, evaluasi. Nih di sini bisa kelihatan yang timur, yang utara,*

*nah ini dia kemarin ini belum lama, baru Juli yang lalu rapat kerja kita di sini bisa dilihat kita masih tinggi ya DKI.” (P16)*

*“Mungkin dari support group aja... Support group kan kaya besok kita mau kumpul kumpul ngobrol, sharing sama mereka. Apa keluhannya, apa yang diini besok, pelayanan sama mereka mereka orang KDS.” (P8)*

*“...ya paling disaat support grup itu anak-anak pada keluarin semua omongan... disampein semua, disitu disaat support grup itu disampein semua unek-unek anak-anak disampein.” (R10)*

Berdasarkan paparan di atas mengenai dimensi Regulasi, Formulasi Kebijakan, serta Akuntabilitas sebagai bagian dari subsistem Manajemen dan Regulasi, dapat dikatakan bahwa integrasi dalam subsistem ini tergolong sedang. Sudah ada regulasi di tingkatan Pemerintah Daerah yang menjadi payung hukum program LASS, dan sudah ada mekanisme untuk penganggaran program LASS setelah pendanaan donor berhenti. Meskipun demikian, keterlibatan masyarakat sebagai bentuk akuntabilitas masih cenderung terbatas.

### **3.3.1.2. Pembiayaan**

#### **3.3.1.2.1. Pengelolaan Sumber Pembiayaan**

Alokasi dana kesehatan di DKI Jakarta cukup besar. Perda No 4/2009 tentang sistem kesehatan daerah menginstruksikan dana kesehatan berjumlah 15 persen dari total APBD. Seluruh perencanaan dan kebutuhan anggaran akan disampaikan oleh Bappeda kepada Gubernur, termasuk analisa ketercapaian indikator dan kesesuaian/kecukupan anggaran dari target yang telah ditetapkan SKPD. Pembiayaan untuk program LASS sendiri diperoleh dari berbagai macam sumber, seperti BLUD, APBD hibah dan MPI. KPAP yang bertugas untuk mengkoordinir keseluruhan kegiatan sesuai dengan mandat yang tertuang dalam Perda Nomor 5 tahun 2008 tentang HIV&AIDS pasal 23 yang menyatakan seluruh kegiatan terkait penanggulangan HIV harus dikordinasikan dengan KPAP. Namun khusus untuk anggaran, belum ada mekanisme atau forum yang dipakai oleh KPAP untuk memonitoring dan mengevaluasi seluruh dana HIV yang dianggarkan oleh SKPD, UPT, LSM maupun MPI. Dampaknya dari tidak adanya monitoring sumber pembiayaan adalah Pemda DKI Jakarta tidak dapat mengetahui secara pasti jumlah total kebutuhan dana untuk respon HIV yang dibutuhkan dan dimana masih ada celah kebutuhan yang masih perlu dukungan pendanaan.

*“Oh gini sinkronisasi ya sinkronisasi anggaran dan kegiatan dari masing-masing sumber ya gitu ya. hmm mungkin forum itu belum ya.” (P9)*

*“Eh kalo sejujurnya saya belum bisa mengatakan itu cukup atau ga, karena memang untuk mengevaluasi itu dari program sendiri belum pernah. Tapi gatau kalo dari perencana sendiri... Kan ini programmer, ada perencana. Perencanaan, bagian perencanaan. Nah dia biasanya, bukan biasanya, tupoksinya mengkaitkan besaran anggaran dengan pencapaian indikator itu pastinya ada. itu disampaikan ke*

*gubernur. Melalui bapedanya. Dan biasanya mereka eh minta data pencapaian dari programmer, tapi kaitannya dengan anggaran nah mereka.” (P2)*

Mekanisme kordinasi anggaran baru terjadi untuk level Dinkes beserta jajaran dibawahnya. Pada pertemuan monitoring dan evaluasi tiga-bulanan, salah satu topik diskusi adalah anggaran program yang masuk di Puskesmas, termasuk LASS. Selain itu, Dinkes melakukan sinkronisasi anggaran yang berasal dari APBD dan APBD untuk menghindari tumpang-tindih kegiatan.

*“Oh gini sinkronisasi ya sinkronisasi anggaran dan kegiatan dari masing-masing sumber ya gitu ya.” (P9)*

*“Sebenarnya sih kalo saya jadwalnya taun ini empat kali setahun, jadi setiap triwulan.” (SKP3)*

#### **3.3.1.2.2. Penganggaran, Proporsi, Distribusi, dan Pengeluaran**

Proporsi alokasi anggaran HIV di DKI Jakarta pada periode 2014 cukup besar. Total jumlah anggaran yang dikelola oleh jajaran SKPD untuk HIV berjumlah 30 milyar dan yang khusus dikelola oleh KPAP sebesar 14 milyar, dan konsisten selama tiga tahun terakhir. Dana yang dikelola oleh Dinkes sendiri untuk HIV sebesar 300 juta. Nilai ini lebih kecil dari tahun sebelumnya sebesar lima milyar mengingat alokasi anggaran lebih banyak diserahkan pada UPT layanan untuk pembelian logistik kesehatan seperti jarum, obat dan reagen. Sebagai contoh, satu UPT dapat mengalokasikan dana APBD sebesar 200 Juta untuk periode 2014. Namun tidak ada informasi yang tersedia untuk proporsi anggaran khusus untuk program LASS. Proporsi pendanaan daerah di DKI Jakarta jauh lebih besar dari dana HIV yang bersumber dari APBN. Situasi ini terjadi karena kebijakan desentralisasi yang mendorong pendanaan daerah. Meskipun alokasi anggaran untuk respon HIV tinggi, namun ada beberapa ketentuan yang mengingat penggunaan alokasi anggaran. Salah satu kebijakan yang berpengaruh dalam menjalankan program LASS adalah dana APBD hibah tidak boleh dihibahkan kembali ke organisasi atau SKPD pemerintahan lainnya. Ketentuan ini mengacu pada Permendagri nomor 55 tahun 2013. Proposal KPAP akan ditinjau oleh Dinkes sebagai *leading sector* kesehatan di daerah sebelum diajukan ke BPKAD untuk diberikan hibah. Bila ada sisa dana, harus dikembalikan sebelum permintaan anggaran kembali untuk tahun berikutnya.

*“Dana yang dikelola dinkes... 2014 300-an adalah, 300 juta..” (P2)*

*“Ga boleh sebenarnya. Ga boleh sih di peraturannya jadi apa penerima hibah tidak boleh menghibahkan kembali.” (SK1)*



*“Tapi kami beruntung kaya tahun ini sekarang nih, saya ada program program yang harus jalan. Kami tinggal membuat regulasinya dengan kekuatan kepala dinas keluarkan edaran bahwa puskesmas eksekusi pake anggaran BLUDnya. Jadi ga menunggu anggaran dari turun dari subsidi. Itu yang mempermudah kami untuk bekerja lebih cepat karena dengan BLUDnya tinggal memakai kebijakan edaran dari kepala dinas karena itu dimungkinkan dan mereka bisa menggunakan anggaran itu untuk operasional langsung eksekusi di tingkat meskipun katakanlah contoh nih DBDnya tinggi katakanlah di suatu puskesmas. Kalo nunggu anggaran dari kita kita belum turun, belum punya. Tapi puskesmas bisa make anggaran BLUDnya untuk eksternal. Katakanlah PSN, fogging, dan sebagainya. Begitu juga untuk penyakit yang lain gitu” (SK3)*

#### **3.3.1.2.3. Mekanisme Pembayaran Layanan**

Seperti wilayah lainnya di Indonesia, DKI Jakarta juga termasuk daerah yang didukung oleh sistem JKN. Namun sesuai ketentuan yang berlaku dana JKN tidak dapat digunakan untuk membiayai biaya kesehatan yang bersifat pencegahan seperti kondom dan jarum. Bagi pasien yang tidak mampu, iuran JKN akan disiapkan oleh pemerintah DKI Jakarta sesuai dengan Pergub 123/2014 tentang penerima bantuan iuran dan non-iuran atau disebut dengan kategori PBI yang menambahkan kuota pasien JKN dari alokasi APBD DKI Jakarta bagi penduduk miskin. Selain itu Pergub ini juga menyatakan bahwa HIV dan program pengurangan dampak buruk sebagai isu kesehatan yang ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).<sup>4</sup> Bila pasien dalam kondisi sakit, harus mendaftar sebagai peserta BPJS Mandiri dan melakukan pembayaran sendiri satu atau dua kali sebelum diaktifkan keterangan tidak mampu dari Dinas Sosial. Sesuai ketentuan BPJS yang berlaku<sup>5</sup>, penyakit terkait HIV tidak masuk sebagai biaya yang dijamin pemerintah. Namun bila pasien masuk dalam kategori PBI maka dapat ditanggung oleh Jamkesda sesuai dengan Pergub Nomor 171 tahun 2012 tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi warga Miskin, Penduduk Rentan, Korban Bencana, dan Penerima Penghargaan dan Pergub nomor 97 tahun 2013 Perubahan dari ketiga dari Pergub nomor 187 tahun 2012 tentang Pembebasan Biaya Pelayanan Kesehatan pasal 6 mengenai jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin. BPJS memberikan dana kapitasi untuk unit pemberi layanan kesehatan.

Pada pelaksanaannya, JKN dapat digunakan untuk pengobatan terkait HIV di Jakarta. Penyakit penyerta HIV yang muncul akibat infeksi oportunistik ditanggung oleh JKN walaupun tidak untuk tes penunjang seperti tes darah dan laboratorium. Hal ini dimungkinkan dengan memanfaatkan Pergub 123/2014 sebagai dasar hukum untuk memberikan akses kesehatan bagi seluruh warga DKI Jakarta. Sayangnya belum semua Rumah Sakit menerima pembayaran melalui BPJS. Biaya yang ditanggung adalah biaya bila rujukan dari dan antar fasilitas layanan kesehatan sekunder dan primer. Rehabilitasi bagi

---

<sup>4</sup> Lihat pasal 18 ayat (f) dan (g) di Pergub 123/2014

<sup>5</sup> Lihat Pergub 123/2014 pasal 18

penasun tidak ditanggung oleh BPJS. 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 adalah kendala akibat tidak memiliki kartu identitas ataupun karena bukan penduduk DKI Jakarta.

*“oke, kalau dari HIV/AIDS itu sendiri, nah itu kembali lagi ke kebijakannya BPJS ya. Kalau misalkan kita melakukan suatu pemeriksaan dengan diagnostik utama kita HIV, itu memang tidak akan dicover. Setau saya. Tapi biasanya temen-temen sudah paham sehingga memang yang dibunyikan adalah kaitan dengan infeksi oportunistiknya. Sehingga itu insya Allah bisa dijamin dicover oleh BPJS. Karena salah satu kriteria yang tidak dijamin, dicover oleh BPJS adalah misalkan itu tadi, misalkan HIV...”*

*Tahun 2019 itu kan harus didaftarkan. Jadi seluruh warga negara Indonesia paling tidak didaftarkan ke BPJS atau masuk ke sistem JKN, Jaminan Kesehatan Nasional. Nah tinggal masuk ke kriteria manakah si peserta tadi. Apakah dia masuk di level yang misalkan kurang mampu atau miskin, otomatis didaftarkan ke PBI, JKN PBI, Penerima Bantuan Iuran, otomatis jadinya gratis, tidak bayar iuran. Tapi kalau dia di level yang mampu, bisa masuk ke mandiri sesuai kelas, kelas 1, kelas 2, kelas 3. Seperti itu. Nah sehingga kalau menurut saya sih, harusnya ya semuanya sudah ada, sudah didaftarkan. Nah cuma saya ambil contoh mungkin kayak peserta metadon nih. Peserta metadon yang punya kepesertaan sih insya Allah ngga bayar, istilahnya gratis. Tapi kalau dia pasien umum, harus bayar. Atau dia belum punya kepesertaan BPJS ataupun JKN, bayar.” (SKP4)*

Berdasarkan paparan di atas mengenai dimensi Pengelolaan Sumber Pembiayaan, Penganggaran, proporsi dan Distribusi, serta Mekanisme Pembayaran Layanan sebagai bagian dari subsistem Pembiayaan, dapat dikatakan bahwa integrasi dalam subsistem ini tergolong sedang cenderung penuh. Pendanaan untuk program LASS sudah terpenuhi oleh pendanaan APBD dan dukungan donor. Populasi kunci yang terdampingi/terlayani juga dapat mengakses jaminan BPJS untuk layanan kesehatan. Meskipun demikian, masih dibutuhkan adanya mekanisme monitoring dan evaluasi anggaran, khususnya pada dana yang dikelola oleh KPA, dalam hal ini KPAP DKI Jakarta.

### **3.3.1.3. Sumber Daya Manusia**

#### **3.3.1.3.1. Kebijakan dan Sistem Manajemen**

Status kepegawaian petugas kesehatan di Pemda DKI Jakarta dapat dibedakan menjadi dua bagian besar, PNS dan Non-PNS. Ada tambahan kategori lain seperti petugas kebersihan dan satpam yang mekanisme pembayarannya dihitung secara harian. Pegawai berstatus PNS direkrut oleh Pemda sedangkan non-PNS adalah pegawai yang direkrut langsung oleh RS atau Puskesmas sesuai dengan tenaga kerja yang dibutuhkan dengan menggunakan dana BLUD. Untuk pegawai Non-PNS rekrutmen akan dibuka secara umum dan ada masa percobaan selama tiga bulan. Sistem rekrutmen mengikuti analisa jabatan tenaga kesehatan yang berlaku. Jumlah tenaga kesehatan disesuaikan dengan besaran wilayah yang

dijangkau dengan jumlah total jumlah tenaga kesehatan di DKI Jakarta berjumlah 29.703 orang (Dinkes, 2013). Sistem Kedepannya dinkes akan memberlakukan sistem rekrutmen satu pintu sesuai dengan UU aparat sipil Negara.

*“Dulu memang belum ada secara spesifik bagaimana eh puskesmas itu harus mengangkat seorang tenaga donor atau kontrak. Tahun ini dinas kesehatan sudah membuat standarisasi bahwa semua tenaga kontrak harus dilakukan tes melalui tingkat provinsi. Kalo dulu kan diserahkan ke puskesmas masing-masing sehingga beda beda nih standarnya di tiap puskesmas. Meskipun kalo untuk kader muda mungkin dari dulu juga sudah sedikit lebih sedikit spesifik karena biasanya yang sudah tau kinerjanya, sudah pernah berkecimpung di situ, turun turun turun temurun dari mulut ke mulut ke temen-temen LSM. Nah untuk untuk sekarang semua tenaga yang diangkat melalui BLUDnya puskesmas memang eh diatur eh melalui satu pintu di tingkat dinas... melalui kepegawaian” (SK3)*

Begitupula dalam program HIV, status kepegawaian petugas kesehatan terdiri dari PNS dan Non-PNS. Pegawai PNS didapat dari proses rekrutmen melalui Dinkes sedangkan yang berstatus Non-PNS dicari oleh institusi terkait secara langsung. Secara umum tenaga kesehatan untuk program HIV terdiri dari dokter, perawat, tenaga farmasi, administrasi dan kader muda dengan jumlah yang bervariasi di setiap Puskesmas antara 6-8 orang. Tenaga ini termasuk untuk melayani semua program terkait HIV seperti Perawatan dan Dukungan HIV dan ARV, Metadon dan LASS. Selain membantu layanan di Puskesmas, kader muda juga bertugas untuk menjangkau dan mempromosikan layanan ke peserta LASS dan Metadon. Terlepas dari ketersediaan SDM untuk memberikan pelayanan HIV, jumlah tenaga kesehatan dinilai masih kurang mengingat pegawai Puskesmas merangkap dengan beberapa tugas lain diluar HIV. Jumlah tenaga yang menangani program LASS di Dinkes juga hanya tersedia satu orang staf. Jika diambil rerata, jumlah petugas kesehatan yang melayani program HIV di DKI Jakarta berjumlah 335 orang, walaupun tidak ada rekrutmen khusus untuk program HIV.

Kordinator HR Puskesmas bertanggung jawab langsung terhadap Kader Muda, mulai dari proses rekrutmen sampai melakukan supervisi terhadap pekerjaannya. Salah satu temuan studi ini adalah belum ada analisa jabatan khusus untuk tenaga kader muda yang digunakan sebagai panduan untuk melakukan proses rekrutmen dan seleksi untuk posisi tersebut. Selain tenaga internal Puskesmas, program LASS juga didukung oleh LSM yang bertugas melakukan rujukan dan distribusi jarum di wilayah puskesmas. Sumber dana tenaga kerja LSM masih murni berasal dari MPI. Untuk DKI Jakarta, MPI mendukung tenaga kerja LSM di lima kotamadya.

*“Eeh apa ya kita aja tenaganya masih terbatas karena masih kerja rangkap ya kan. Kalo bisa sih coba ada poli poli khusus ya kaya misalnya metadon gitu kan di rumah sakit SKO khusus untuk melayani itu. Jadi hasil kita sebenenrya kurang maksimal*

*karena metadon harus ada psikiater, kita ga ada, terus untuk konseling dengan pasien kurang, karena kan eeh kita kan merangkap kerja lainnya. Itu intinya.” (P13)*

*“aku (red: kader muda) selama ini, kita disini jaga poli mandiri, jaga pendaftaran poli mandiri sama metadon.” (P4)*

*“Kalo rincinya sih kurang jelas cuman kalo lagi pas lagi butuh banyak aja yang ngelamar gitu, tau darimana taunya. Mungkin dari temen ke temen, ga tau gitu. Karena saya dulunya bukan di sini bukan ngelamar. Saya dulunya security di sini ...Karena di sini ga ada kadernya, gitu. Yang lama ngudurin diri, gak mau, nah saya ditarik, suruh jadi kader. Saya bilang saya ga tau kader tuh kaya apa kerjanya ga ngerti*

*...Terus kata dokter ---- waduh bukan di bidang saya saya bilang dok. Bapak harus mau. Wah saya ga ngerti, apa itu HIV gini gini. Gampang itu masalah itu mah ilmu nanti ada pelatihan. Udah kamu yang penting mau. Tapi dok kalo emang saya kesononya ga nyambung saya ngudurin diri aja dah. Ya udah gitu.” (P8)*

*“Kalo dulu kan langsung. Eh apa namanya mereka bikin lamaran ke sini, nanti kalo kita emang perlu kita langsung angkat itu kan. Tapi kalo sekarang harus dari dinas kesehatan kalo mau perecrutan.” (P11)*

*“Misalkan kegiatan, setahu saya mobile VCT, IMS. Nah itu kan kalau dianggarnya misalkan 5 orang. Nah dari 5 orang itu kita memang tidak full 5-5nya dari puskesmas. Kami biasanya naro 1 setahu saya biasanya dimungkinkan mungkin temen-temen LSM. Karena kan dengan adanya temen-temen LSM sebenarnya sudah sangat membantu, menjangkau, kemudian mendampingi si klien. Baik misalkan tadi WAPSK atau pengasunkah, seperti itu. Jadi dimungkinkan sih, jadi tidak misalkan kami anggar 5 orang, 5-5nya dari puskesmas, belum tentu juga. Bisa dimungkinkan memang dari temen-temen LSM untuk bisa partisipasi. Seperti itu.” (SKP4)*

### **3.3.1.3.2. Pembiayaan**

Terdapat dua kategori sumber pembiayaan SDM tenaga kesehatan di DKI Jakarta. Staf dengan status PNS dibayar oleh dana APBD sedangkan staf non-PNS dibayar melalui dana BLUD atau dari APBD Puskesmas. Khusus untuk staf KPAP, sumber dana gaji berasal dari APBD hibah. Namun kewenangan untuk memberikan alokasi dana mana untuk membayar pegawai terletak pada kewenangan kepala institusi. Sebagai contoh, kader muda di beberapa Puskesmas dibayar melalui dana BLUD, namun di beberapa puskesmas honor kader muda diambil dari dana program atau dana subsidi Puskesmas. Sumber pembiayaan kader muda oleh Puskesmas diperkuat dengan adanya Surat edaran Kepala Dinkes Nomor 3884/1.778/2009 tentang pendanaan lokal untuk program *Harm Reduction* yang memasukkan komponen biaya gaji kader muda agar ditanggung oleh Puskesmas. Sedangkan sumber dana tenaga kerja LSM masih murni berasal dari MPI. Untuk DKI Jakarta, MPI mendukung tenaga kerja LSM di lima kotamadya. Temuan menarik adalah adanya alokasi

dana operasional bagi LSM dan hal ini sudah dilakukan secara rutin sejak tiga tahun lalu. Mekanisme penghitungan biaya operasional ini didasarkan dari biaya rujukan tes HIV sebesar Rp 50,000,- per orang. Diduga biaya ini bersumber dari dana MPI dan bukan dari APBD. Dukungan dana pemerintah untuk LSM lainnya yang berhasil diidentifikasi adalah dana konselor yang bersumber dari BNN dan Dinsos.

*"Puskes kan yang kalo pegawai negeri digaji APBD, pegawai kontrak ya ada BLUDnya." (P1)*

*"Semuanya pegawai negeri kalo di sudin." (SKP2)*

*"[P]: tenaga SDM (red: KPA) itu dibayarnya berarti dari?  
[N]: dari APBD hibah" (P9)*

*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 (SKP1)*

*P1 : pendanaan dari mereka, apa gajinya gitu dari mana?*

*N1 : dari dua nih, dari subsidi dan dari BLUD. Gajinya dari subsidi, tunjangannya dari BLUD. (SKP4)*

Staf PNS tidak diperkenankan menerima insentif selain dari tunjangan daerah. Insentif hanya dapat diberikan pada pegawai non-PNS yang bersumber dari BLUD. Khusus untuk program HIV, Global Fund menyediakan insentif untuk melakukan dokter keliling, paramedic dan lab dengan satuan biaya dihitung berdasarkan jumlah pasien yang ditangani. Biaya lain yang dapat di klaim adalah biaya untuk memasukan data LASS, tes HIV dan/atau kunjungan dokling ke laporan yang diberikan oleh KPAP setiap tiga bulan sekali. Dana ini tidak terkait dengan jumlah kunjungan dan hanya berdasarkan kali data pelaporan diterima.

*"Wah ga ada, saya ga pernah dapet" (P8)*

*"Kalo dari anggaran APBD yang itu, kita nggak ada apa-apa. Karna kan memang itu real kita menjalankan itu semua, gitu ya. Kalo GF kayak gitu kan, itu.. anggaplah uang tambahan buat kita . Ya, kan?" (P3)*

Masih ada tantangan yang dihadapi terkait SDM HIV. Tenaga penjangkau program LASS masih bergantung pada LSM yang dibiayai sepenuhnya oleh MPI. Peran tenaga penjangkau menjadi tantangan tersendiri bila sudah tidak ada dukungan dana MPI lagi. Selain itu, status kepegawaian Kader Muda Puskesmas untuk program LASS masih belum ada kebijakan yang jelas terkait struktur kepegawaian dan analisa jabatan. Beberapa Kader Muda berstatus Non-PNS dan berada dibawah naungan tanggungjawab Puskesmas, namun ada beberapa

Kader Muda yang masih berstatus pegawai harian lepas. Hal ini juga berkaitan dengan surat penugasan Kader Muda yang berubah dari Dinkes ke Puskesmas.

*“Ya nggak ngerti. Aku nggak ngerti statusnya ke PHL atau kontrak atau apa gitu. Aku masih inilah. Masih buram. Nggak tahu mau ke mana gitu. Jadi akupun, ya udahlah...”*

*memang 2007 waktu itu aku masih dapet surat tugasnya itu dari dinas kesehatan. Nah untuk berapa tahun, dari tahun 2000 berapa dilepas ke puskesmas. 2000 berapa tuh 2013 apa 2012an tuh. Dengan anggaran waktu itu BLUD, udah di puskesmas. Jadi, dulu kan waktu 2007 tuh yang gaji dinas kesehatan. Gitu. Tapi ditempatin di sini. Sejak tahun berapa itu, udah puskesmas sendiri, ya ga, gini gini aja.” (P6)*

*“PHL...masih program, dari program. Jadi gajinya harian ...besaran gajinya UMR, dibayarnya per hari jadi sabtu minggu ya pokoknya aku gak masuk ya gak dibayar gitu...” (P4)*

*“Petugas outreach itu. 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.” (SKP8)*

#### **3.3.1.3.3. Kompetensi**

Pengembangan kompetensi SDM kesehatan sangat penting untuk menjaga kualitas layanan. Kewenangan untuk melakukan pengembangan kompetensi dimiliki oleh Dinkes. Tingkat Sudinkes dan Puskesmas hanya dapat melakukan *refresher* dari pelatihan yang sudah dilakukan sebelumnya atau terlibat sebagai peserta pelatihan, melalui pengajuan kebutuhan ke bagian Sumber Daya Kesehatan di Sudinkes. Dana BLUD dapat digunakan untuk melaksanakan refresher atau membayar biaya kepesertaan pelatihan. Salah satu factor yang menghambat kompetensi staf adalah mekanisme dan rotasi pegawai yang sering terjadi dan berproses dengan cepat. Konsekuensi yang timbul adalah staf baru harus mempelajari pengetahuan dan keterampilan yang mendukung pekerjaan di posisi barunya secara mandiri. Untuk mengatasi situasi rotasi di Pemda, Dinkes DKI Jakarta mengeluarkan kebijakan untuk staf yang sudah mendapatkan pelatihan tertentu maka diharuskan melaksanakan tugasnya setidaknya dua sampai tiga tahun di tempat tersebut. Mekanisme kunjungan pembinaan, pengawasan dan pengendalian ke lapangan biasanya sekaligus dilakukan pemetaan perencanaan kebutuhan berikutnya. Selain itu, mekanisme formal yang dimiliki Pemda adalah analisa kesenjangan kompetensi untuk melihat kebutuhan pelatihan staf.

*“Boleh. Kan kita cuma di situ anggarannya itu cuma untuk narasumber ya kan, sama paling snack. Kita ga perlu biaya sewa ruangan, gitu kan, akomodasi, justru kalo menurut saya sih lebih efektif. Tapi selain itu, kita juga ada kepesertaan, yaitu biaya*

*kepesertaan ya. Jadi kita latih apa namanya pegawai kita latih di luar untuk pelatihan-pelatihan yang kita gak bisa melakukan sendiri. Contoh kayak ACLS, ATLS, itu kan ga bisa gitu... Cuma kan tergantung berapa besar BLUDnya” (SKP1)*

*“ada apa ada apa gitu kan. VCT, PITC, waktu itu kebetulan yang latihan saya. Saya waktu jadi staff. Eh jadi udah abis itu ga ada lagi pelatihan, batch baru lagi gitu kan, sehingga memang eh tim di situ memang semuanya sih belum full, kompetensinya belum full. Sementara kalo untuk pelatihan-pelatihan itu kan kita ga bisa mengikut pesertaaan di tempat lain seperti di ATLS, ACLS, kita masih menunggu dari kemenkes atau dari dinas mengadakan. Ya kalo yang pelatihan-pelatihan program itu kita ga bisa kepesertaan, karena ga ada yang mengadakan kan.” (SKP1)*

*“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 2 apa 3 tahun itu ada satu konsul 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 menganitisipasi mutasi tadi.” (P2)*

Pelatihan untuk meningkatkan kapasitas staf pelaksana program HIV umumnya dilakukan oleh Dinkes, KPAP dan MPI. Khusus untuk program nasional, pelatihan dapat diselenggarakan langsung oleh Kemkes dan KPAN. Terdapat pembagian peran untuk peningkatan kapasitas, KPAN untuk pelatihan terkait manajemen program umumnya, internal pemprov yang melakukan penguatan kelembagaan, pelatihan tentang LASS didukung oleh HCPI atau IHPCP (donor), Pelatihan menyangkut layanan ada pada kewenangan dinkes, Hal yang menyangkut tentang kelembagaan, NGO, komunitas, populasi kunci, diback up dari APBD hibahnya KPAP. Sejak 2012, KPA sudah tidak lagi bisa melatih tenaga medis yang ada di bawah pemerintah dan menjadi tanggung jawab Dinkes. KPA berfokus melatih di non-pemerintah dengan tetap bekerja sama dengan Dinkes atau kemenkes sebagai narasumber. Daftar pelatihan terkait LASS yang pernah dilaksanakan di DKI Jakarta termasuk konselor adiksi dan HIV, drugs, *leadership, communication skills*, skill mendegarkan, *basic communication* (HCPI) dan *cohort ARV* (Kemkes), pelatihan metadon, konselor adiksi, IMS, TB/HIV (Kemkes & Dinkes), IPWL, VCT, konselor, PITC, dan hukum.

*“untuk KPA, itu di tingkat provinsi maupun kotamadya. setiap tahun kita ada cuman untuk LSM saya baru coba tahun ini. Tahun ini saya bikin pelatihan untuk tenaga lapangan, istilahnya petugas lapangan. Tahun ini 2 angkatan saya bikin, angkatan pertama sudah selesai, angkatan kedua mulai hari minggu besok, seminggu. Hari minggu sampai hari sabtu minggu berikutnya baru tutup untuk petugas lapangan. Itu anggaran APBD semua... Nah sekarang gak bisa lagi kita melatih untuk tenaga*

*medis yang ada di Puskesmas... kecuali tenaga medis non-pemerintah, swasta boleh.” (P10)*

Masih terdapat beberapa kendala dalam upaya peningkatan kapasitas staf pelaksana program HIV dan LASS di DKI Jakarta. Pelatihan yang diselenggarakan umumnya memiliki kuota terbatas, mengingat jumlah pelaksana program HR di DKI Jakarta berjumlah 38 Puskesmas, sehingga mempengaruhi kesempatan mengikuti pelatihan. Selain itu, dalam 3-5 tahun terakhir tidak ada pelatihan HR hanya dilakukan di awal program. Pengetahuan terkait HR hanya dijadikan pengantar dalam pelatihan ARV dan tes HIV saja. Proporsi pelatihan lebih banyak diberikan kepada staf tetap puskesmas dengan pertimbangan keberlanjutan program. Sehingga kesempatan peningkatan kapasitas bagi kader muda sangat terbatas padahal tanggung jawab pekerjaan untuk merujuk dan berinteraksi dengan masyarakat langsung sangat penting dalam mendukung berjalannya program HR dan LASS. Rotasi staf juga menjadi tantangan penting dalam masalah kompetensi. Sistem rotasi di Jakarta tinggi sehingga kehilangan tenaga terlatih sehingga harus melatih lagi atau meluangkan waktu untuk mengajari. Dampak lain yang timbul akibat rotasi adalah tidak ada yang membina wilayah sehingga kegiatan rutin, pelaporan dan pencatatan tidak berkesinambungan, berpengaruh pada keyakinan dalam membuat perencanaan program, adaptasi untuk bertukar informasi, berpengaruh pada kinerja awal dan rangkap tugas sementara menunggu staf pengganti datang. Selama ini belum ada mekanisme transfer pengetahuan secara formal untuk mengatasi isu rotasi staf yang terjadi.

*“Sulitnya adalah rotasi-rotasi dan cabut-cabutan ya. Ganti-ganti orang. Turn over tinggi. Gitu. Kemudian dalam pelatihan-pelatihan ini selalu digabungin. Jadi nggak cuma LSM aja, nggak cuma puskesmas aja atau kader muda, tapi barengan. Salah satu tujuannya adalah untuk nyamain visi juga. Nyamain semangat juga, nyamain ini gitu kan. Sedikit team buildinglah. Tapi di jaman gue gitu ya, yang gue lihat, kebutuhannya itu untuk harm reduction mungkin iya, untuk orang-orang yang turn over-nya tinggi.” (SK5)*

*“Petugasnya ganti. Nah itu akan menjadi sulit lagi buat kita (LSM) karena mereka ga ada transfer. Knowledgenya...Dan kadang-kadang kan mutasinya kaya pendulum gitu.” (SKP8)*

Berdasarkan paparan di atas mengenai dimensi Kebijakan dan Sistem Manajemen, Pembiayaan, dan Kompetensi sebagai bagian dari subsistem Sumber Daya Manusia, dapat dikatakan bahwa integrasi dalam subsistem ini tergolong sedang. Sudah ada pendanaan dari APBD untuk mendukung sumber daya manusia di Puskesmas untuk program LASS, namun belum ada aturan khusus yang mengatur mengenai sumber daya manusia bagi program LASS ini. Sudah ada pula upaya pengembangan kapasitas dan kompetensi SDM, namun belum terorganisir dan terstruktur dengan baik atau disesuaikan dengan kebutuhan kompetensi yang dikaji secara sistematis terlebih dahulu.



#### **3.3.1.4. Penyediaan Farmasi dan Alkes**

##### **3.3.1.4.1. Regulasi Penyediaan, Penyimpanan, Diagnostik dan Terapi**

Mekanisme pengadaan reagen dan logistik menjadi wewenang Dinkes diluar dana pembinaan APBD. Sudinkes dan Puskesmas mengajukan kebutuhan anggaran alat kesehatan atas persetujuan Dinkes dan masuk kedalam usulan di bidang farmasi. Alat kesehatan biasanya disimpan dalam gudang Dinkes atau Puskesmas sebelum dikeluarkan sesuai kebutuhan. Sesuai dengan UU Kesehatan nomor 36 tahun 2009 pasal 108 distribusi alat suntik hanya boleh dilakukan petugas kesehatan atau mereka yang memperoleh SK dari Menkes. Sumber pendanaan untuk pembelian alat kesehatan dapat bersumber dari APBD dan BLUD, terutama karena sifat BLUD yang fleksibel, logistik alat kesehatan dapat dianggarkan langsung oleh Puskesmas atau rumah sakit. Programmer monev yang melihat serapan dana dari perencanaan. Pernah ada kasus sudah dianggarkan tapi tidak terserap jadi perencanaan tahun berikutnya harus ditafsir ulang. Hal itu menjadi catatan khusus untuk *programmer*.

*“Jadi nanti kalo kita ngajuin itu berdasarkan misalnya puskesmas dapet anggarannya berapa global nih satu puskesmas, nah nanti itu bagian perencanaan yang menen eh kita sifatnya mengajukan. Setelah mengajukan, misalnya dananya berapa nah nanti dibagi. Kalo ga cukup ya dikurangin gitu. Misalnya kita ngajuin 4.000, setelah dibagi, misalnya P2M sekian jarumnya, ini sekian, kan anggaran ga selalu kita ngajuin berapa M keluar berapa M, kan enggak. Nah kadang suka dikurangin, tapi biasanya kepala puskesmas punya prioritas gitu lho, yang mana yang diprioritaskan gitu.” (P15)*

*“HCPI atau yang disupport sama KPA biasanya kalau untuk misalkan alatnya ya. Biasanya alkohol swap, kemudian paketannyalah. Paketannya sama jarumnya biasanya masih support dari mereka. Gitu. Ya tapi tetep sih, kalau ternyata kurang atau apapun ya kami support juga ya dari BLUD.” (SKP4)*

Pada implementasi program LASS, perencanaan kebutuhan jumlah jarum dibuat berdasarkan hasil pemetaan penasun yang dilakukan oleh KPAP, Dinkes dan LSM. Kebiasaan menyuntik penasun sehari berapa kali lalu dihitung jumlah penasun dikalikan dengan kebutuhan jarum. Hasil tersebut dikonfirmasi oleh KPA dan mengecek keadaan tongkrongan penasun sekarang. Akses penasun ke PKM dan hasil kunjungan penasun tahun sebelumnya juga turut diperhitungkan. Dalam membuat perencanaan jarum disediakan alokasi *buffer stock* sekitar 30 persen dari jumlah awal kebutuhan untuk mengantisipasi *stock out*. Ketika *stock* PKM habis untuk LASS dan *stock* LSM masih banyak biasanya meminta dengan surat menyurat sehingga nantinya dapat melaporkan kembali ke donor. Mengingat program LASS masih mendapatkan dukungan MPI untuk pembelian jarum maka Sudinkes akan meminta data kebutuhan jarum di PKM dan data *stock* jarum terkahir lalu kirimkan ke HCPI untuk perencanaan pengadaan sebelumnya. Jarum disediakan oleh HCPI tiga bulanan langsung ke Puskesmas, LSM yang membutuhkan bisa mengambil di Puskesmas dan hasilnya dilaporkan lagi ke PKM.

*“Saya pikir sih bisa. Masih bisa dicover BLUD ya. Eh sejauh memang gini lho covernya (kecamatan A) adalah untuk warga (kecamatan A) gitu kan. Karena apa, kita mendapatkan pendapatan itu adalah dari kapitasi warga (kecamatan A) gitu, artinya (kecamatan A) tidak menanggung bebannya kecamatan lain, gitu...” (SKP1)*

Pengadaan direncanakan oleh Kord. HR dan Kapuskes, kader muda dan populasi kunci tidak terlibat dalam pencatatan dan pengadaan jarum. KPAP sudah tidak mengurus pengadaan logistik sejak adanya peraturan hibah dan koordinasi dengan Dinkes tahun 2012. Kebutuhan alkes dan obat bagi program HIV di Puskesmas dihitung per item dan digabungkan dalam anggaran keseluruhan, tidak dipisahkan. Ada mekanisme pertemuan berkala dengan GF untuk memastikan penyediaan dana dan alkes sesuai dengan kebutuhan dan anggaran ke LSM memang sesuai kegiatan yang direncanakan. Puskesmas dan Sudinkes bisa mengadakan jarum ada dasar hukum Surat Edaran Kadinkes DKI nomor 3884/1.778/2009 tentang pendanaan lokal PKM untuk program HR yang dapat digunakan untuk membiayai logistik LASS, Operasional PRTM, Kader Muda dan Pertemuan Penasun.

*“Dengan istilahnya puskesmas sudah BLUD otomatis yang dulu misalnya disupport oleh misalnya lembaga donor atau apapun ya kita nggak kepengen itu keputus. Mau nggak mau ya tetep kita yang menggantikanlah, mensupport. Ya karena memang kan sebetulnya kan salah satu tujuan lembaga donor atau hibahkan istilahnya mancing ya, kan? Toh nggak selamanya akan terus disupport. Ya istilahnya kan ke depannya diharapkan kemandirian masing-masing ya puskesmas misalkan seperti itu. Ya kami nanti mungkin mencoba mengevaluasi, menganalisis apa yang menjadi kebutuhan. Misalkan untuk layanan di LASS tadi misalkan. Alat suntik sterilnya tadi misalkan... tapi tetep mengacu dengan kembali lagi dengan kebijakannya dinas kesehatan maunya seperti apa ya kita ngikut kan. Karena biar gimana pun kan kita tetep masih tanggung jawab kita kan ke suku dinas maupun ke dinas kesehatan provinsi.” (SKP4)*

#### **3.3.1.4.2. Sumber Daya**

Puskesmas memiliki kewenangan untuk dapat menganggarkan pertemuan dengan penasun, pertemuan keluarga, pemberian jarum, pembelian metadon. Untuk pembelian jarum dapat dianggarkan baik melalui APBD ataupun donor. Hal ini diperkuat dengan Surat Edaran Kepala Dinkes Provinsi DKI Jakarta Nomor 63/SE/2012 tentang Layanan Jarum dan Alat Suntik Steril di DKI Jakarta bahwa logistik LASS dapat dianggarkan oleh PKM. Selama ini kebutuhan LASS masih cukup terpenuhi dari dukungan donor, tidak pernah mengalami *stock out* sehingga Puskesmas belum menganggarkan.

*Kemandirian pemda itu haha itu komponen mulai dari pertemuan penasun, 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. Jadi apa ya sebagai pembelajaran lah itu. (P2)*

*Keabisan.. kalo untuk LASS enggak... Enggak. Kalo untuk reagen.. reagen kita pernah keabisan stok nggak, sih? Pernah, ya? Sama obat juga, iya.. kalo obat iya banget.. kemaren yang IMS. Kita minjem ke tempat lain. (P14)*

Proses yang selama ini terjadi permintaan jarum tidak selalu melalui sudin, pada beberapa puskesmas koordinasi langsung dilakukan oleh HCPI dengan puskesmas dalam pengadaan logistik LASS. Dalam pengadaan dalam puskesmas, tidak semua yang dianggarkan akan dapat diperoleh karena harus dikaji lebih dalam terkait prioritas pembelian untuk puskesmas tersebut dan mendapat persetujuan dari bagian penganggaran dan kepala puskesmas. Meskipun pada saat ini gubernur memberikan ruang yang besar bagi setiap puskesmas untuk menganggarkan jika memang kebutuhannya besar, sehingga tidak dibatasi seperti sebelumnya.

*“sedikit keistimewaan yang di tahun ini nih, ini salah satu kebijakan yang cukup baik dari pemprov, dari pak gubernur, dari Pak Ahok. Setahu saya pak gubernur memberikan kesempatan seluas-luasnya temen-temen untuk menganggarkan. Kalau dulu, tahun-tahun sebelumnya itu kan biasanya dikasih pagu. Misalkan kita menganggarkan, misalnya saya ambil contoh. Misalkan menganggarkannya 10, 10M. Tahunnya pagunya yang disahkan hanya 8. Otomatis kita mau ngga mau memangkas kegiatan. Tapi dengan kebijakan pak gubernur, Pak Ahok memberikan kesempatan seluas-luasnya temen-temen untuk menganggarkan. Tapi dalam artian yang wajar.” (SKP4)*

*“nah nanti itu bagian perencanaan yang menen eh kita sifatnya mengajukan. Setelah mengajukan, misalnya dananya berapa nah nanti dibagi. Kalo ga cukup ya dikurangi gitu. Misalnya kita ngajuin 4.000, setelah dibagi, misalnya P2M sekian jarumnya, ini sekian, kan anggaran ga selalu kita ngajuin berapa M keluar berapa M, kan enggak. Nah kadang suka dikurangi, tapi biasanya kepala puskesmas punya prioritas gitu lho, yang mana yang diprioritaskan gitu.” (P15)*

Saat ini masih terjadi kesimpangsiuran dalam pelaksanaan BPJS di layanan kesehatan, seperti dalam pengambilan metadon dan pemeriksaan di poli lain. Untuk pembelian jarum program LASS tidak masuk ke dalam item logistik yang ditanggung oleh BPJS.

*“Cuman kadang ada berita simpang siur. Katanya kan kalau pemegang BPJS baik itu yang mandiri atau yang dari pemerintah, itu seharusnya metadonnya gratis gitu kan. Gitu aja sih yang masih simpang siur beritanya. Karena ada aja temen, kita kan kemarin nggak sini doang kan. Ada juga yang akses di Puskesmas B punya, di Puskesmas C. Nah mereka pada bilang, kalau lo punya BPJS nggak usah bayar. Tapi mereka di sini bilang, tetep aja, BPJS mandiri harus bayar. Kalau BPJS yang itu nggak usah bayar.” (R7)*

*“Kalau yang BPJS mandiri, memang benar metadon nggak, tetep bayar mereka. Karena nggak bisa dicover. Tapi kalau pake yang KJN, terus BPJS yang dicover pemerintah yang dibayarkan oleh anggaran APBD di pmda, itu dicover. Jadi kalau yang mandiri memang bayar. Karena di BPJS sendiri kan yang terkait narkoba sama gaya hidup itu nggak ditanggung kan. Jadi kalau yang mandiri memang dia bayar. Tapi kalau dia pake KJS atau BPJS yang gratis, itu gratis. Layanan apa aja maksudnya selain metadon ya? Ya cek darah, lab, itu kalau dia memang yang pake KJS itu free. Kecuali yang bayar, tetep bayar.” (P6)*

Penasun dapat mengakses LASS melalui LSM ataupun Puskesmas. Lokasi sangat menentukan bagi penasun dalam mengakses LASS. Jarak yang dekat dapat mendorong

mereka untuk mengakses LASS di lokasi yang paling terjangkau. Namun situasi lokasi puskesmas yang berada dekat dengan kantor polisi ternyata menimbulkan keengganan penasun untuk datang. Waktu pengambilan LASS dapat berbeda dari satu puskesmas dengan Puskesmas lain. Hal ini sangat bergantung pada kebijakan dari klinik HR tiap Puskesmas. Ada yang waktu layanan disamakan dengan jam layanan Puskesmas, tetapi ada juga LASS di Puskesmas yang hanya dapat diambil pada jam-jam tertentu, dengan durasi sekitar satu hingga dua jam, di luar itu tidak dilayani untuk pengambilan LASS. Hal inilah yang terkadang membuat penasun merasa lebih nyaman mengakses LASS di LSM yang memiliki waktu lebih fleksibel.

*“akses layanannya juga baik, IDUnya yang akses juga banyak senang mau, dipermudah, ramah, akan lebih mudah” (SKP13)*

*“Kita dari jam 12 lah. Dari jam 12 kita sampe jam tiga-an lah.. atau jam dua, ya.” (P3)*

*“Eee..misalnya untuk kebijakan penegak hukum ini kepolisian misalnya untuk layanan di puskesmas ---. Itu kan harus mengakses jarum suntik disebelahnya POLRES itu. Jadi kebijakannya...tapi ini terkait ke puskesmas lagi nih ya, antara puskesmas dengan POLRES. Kalau POLRES itu kan memang jarum suntik bukan sebagai barang bukti, bukan sebagai alat bukti tapi dia bisa dikembangkan. Jadi barang siapa yang sudah jadi daftar pencarian orang, dan dia mengakses disitu, tetap dia bisa ditangkap. Nah kebijakan Jatinegara, LJSS itu one stop service disitu. Dia gak mau dikembalikan ke puskesmas Kelurahan. Jadi gak ada yang mengakses kesitu, daripada kesitu dibawa kesebelah.” (SKP10)*

Dalam melakukan perencanaan kebutuhan anggaran dikoordinasikan oleh KPA melalui Rakerda. Belum semua Puskesmas saat ini sudah menganggarkan pembelian jarum untuk LASS di tahun 2016 karena merasa masih memiliki stok yang cukup dari donor. Selama ini donor yang melakukan pendataan kebutuhan dari LSM dan Puskesmas. Kemudian donor mendistribusikan logistik melalui Puskesmas dan pelaporan dari LSM juga berada di bawah koordinasi dengan Puskesmas. Proses perencanaan penganggaran jarum dilakukan Puskesmas dengan menghitung dari jumlah kebutuhan dari loket Puskesmas dan juga jumlah LSM yang melakukan penjangkauan.

*“Nah soal pembagiannya itu, gue bikin jadi 2 gitu ya. Kebutuhan untuk di loket, sama kebutuhan outreach oleh LSM. Bukan cuma di loket sih. Kadang-kadang ada yang punya juga, beberapa puskesmas, mereka melakukan outreach juga. Jadi itulah yang dihitung. 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 berapa segini. 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.” (SK5)*

*“Kami memang selalu koordinasi dengan mereka. Kan di situ kita juga melewati rakerda dan sebagainya itu kan semua masukan semua ini yang jadi kebutuhan untuk penanggulangan itu kita bisa tuangkan.” (P1)*

*“Kita menyampaikan nih ke pusat kalo di DKI berbeda dengan provinsi lain. Mungkin provinsi lain masih bisa distribusi langsung di DKI kesepakatannya kemaren seperti itu. Maksudnya jarum itu harus berasal dari puskesmas dan dilaporkan ke puskesmas.” (SKP12)*

*“Tapi dia juga masih mempertimbangkan kalo ada masih ada NGO. Ketika NGO masih membantu, berapa persen yang dia harus eh rencanakan di tingkat puskesmas sendiri, dan sama melihat jumlah penasun. Kalo jumlah penasunnya kecil, dari NGO udah cukup, dia ga menganggarkan. Karena takut nanti artinya kita jadi merah. Lo udah nganggarkan ga lo akses... Jadi sebenarnya misalnya nih suatu saat di jakarta udah ga ada NGO yang ngasih jarum pun sebenarnya jarum masih bisa tersedia di puskesmas.” (P2)*

LSM dalam prakteknya dapat mengakses jarum yang ada di Puskesmas untuk membantu menyalurkan ke populasi kunci. Prosedur teknisnya bergantung dengan kesepakatan dari tiap puskesmas. Umumnya membuat MoU bersama antara LSM dengan Puskesmas yang berisikan kerjasama penjangkauan untuk mendorong penasun mengakses layanan kesehatan melalui program LASS.

*“Irisannya adalah dari program HR ini tidak terputus sebetulnya. Masih nyambung sampe detik ini, cuma mungkin bedanya adalah kalo proyek awal, itu kita mendistribusikan PO itu langsung. Jarum didrop di kita, kita mendistribusikan langsung, eh mulai melibatkan puskesmas. Nah untuk sekarang kita tidak mendistribusikan eh apa namanya jarum suntik itu tidak diberikan ke kita langsung. Tapi kita berkolaborasi dengan puskesmas. PO kita eh mengambil jarum dari puskesmas. Untuk sekarang. Untuk lebih apa sih namanya menguatkan...eee apa ya kalo misalnya pancingan aja sih kalo misalnya ini jarum puskesmas harus ambil layanan di puskesmas. Harapannya penasun itu sadar bahwa kalo ingin sesuatu ya sekarang ada di puskesmas kalo pengen jarum ambil sendiri di puskesmas dan sebagainya.” (SKP13)*

Berdasarkan paparan di atas mengenai dimensi Regulasi penyediaan dan penyimpanan serta Sumber Daya sebagai bagian dari subsistem Penyediaan Farmasi dan Alkes, dapat dikatakan bahwa integrasi dalam subsistem ini tergolong sedang. Sudah ada upaya pemetaan dan koordinasi pengadaan barang dengan Dinkes DKI Jakarta, namun tidak semua kebutuhan program pengurangan dampak buruk, termasuk program LASS dapat teranggarkan oleh Puskesmas.

### **3.3.1.5. Informasi Strategis**

#### **3.3.1.5.1. Sinkronisasi Sistem Informasi**

Proses pelaporan Puskesmas dilakukan dengan menginput data ke dalam SIHA. Puskesmas melaporkan jumlah jarum yang terdistribusi ke dalam SIHA setiap minggu atau setiap bulannya. Laporan ini ada yang digabungkan dengan data laporan distribusi jarum dari LSM, namun data dari LSM ini bukan menjadi data wajib yang harus selalu disertakan karena tidak diminta oleh sudinkes. Selain dimasukkan ke dalam SIHA, laporan ini juga dikirimkan oleh setiap Puskesmas ke masing-masing Sudinkes & donor.

*“laporan LASS juga, nanti eh LASS yang ada di klinik kita, di poli kita, kita gabungin sama yang dari LSM A... baru masuk ke SIHA.” (P11)*

*“Kan kalo kita di sini ada ARV, ada methadone, LISS, IMS, VCT, PATC. Pengumpulan... Kalo saya, sih, inputnya per minggu. Diserahkannya per bulan. Ke SuDin. Sama Kemenkes. (P12)”*

*“Semua kan apa laporan itu kan setiap bulan harus ada yang melaporkan... LASS, metadon, VCT, PITC, IMS, KPIA, TB HIV. Kalo TB HIV tuh triwulan” (P5)*

Proses penginputan ke dalam SIHA masih memiliki kendala karena sistem yang masih sering *error* ataupun fasilitas yang kurang menunjang, seperti kecepatan internet dan kekuatan computer untuk menjalankan program SIHA. Jika dalam kondisi *error* atau sulit diakses, terkadang laporan diminta dalam bentuk *hardcopy* atau dikirim via email. Kesulitan lain yang dihadapi dalam proses pelaporan melalui SIHA ketika terjadi perubahan pada sistem. Dalam SIHA yang diinput tidak hanya data layanan LASS, tetapi juga data VCT, PTRM, TB/HIV, IMS, dan PITC.

*“SIHA itu... pelaporan LASS itu sebenarnya masuk situ juga. Cuma untuk mengaksesnya itu waktu awal-awal kemaren saya megang juga saya agak sulit. Ntar kadang-kadang saya buka, mereka belum input atau masih banyak yang di.. katanya udah ngisi, jadi.. udah, saya udah isi.. tapi nyatanya memang sistimnya agak eror waktu itu. Makanya saya selalu minta yang *hardcopy* atau melalui email aja.. kalo untuk yang LASS. Karna saya agak repot.” (SKP3)*

*“ya kita sih pengennya sih semua yang memudahkan, memudahkan klien, memudahkan petugas. Yang jadi repot kan biasanya nanti petugas. Giliran nanti pencatatan, pelaporan, rada bermasalahan di situ. Kegiatan ini belum selesai, nanti ada perubahan lagi, misalkan. Atau sistemnya berubah lagi. Itu yang menyulitkan temen-temen. Ini belum selesai, udah ditambah suruh ngerjain ini. Suruh nambah ini. Itu aja sih sebetulnya.” (SKP4)*

Data kesehatan yang dijadikan acuan, baik oleh donor, LSM, Dinkes, Sudinkes, Puskesmas antara lain adalah hasil *surveillance*, data lapangan/kunjungan, data pencapaian program data sekunder dari BPS, data implementasi program, potensi KLB, estimasi penasun, mapping LSM & KPAP. Sudah ada upaya untuk melakukan sinkronisasi data, pertemuan ini biasanya diselenggarakan oleh KPAP/K, Dinkes, atau LSM dengan dana sendiri.

*“Pertemuan khusus biasanya hanya berbagi data haha, yang ngadain hmm KPA, atau dinas, atau kita juga ada anggarannya untuk melakukan pertemuan sinkronisasi data.” (SKP11)*

### **3.3.1.5.2. Diseminasi dan Pemanfaatan**

Seperti dipaparkan sebelumnya, pelaporan rutin dilakukan oleh Puskesmas ke Sudinkes dan Dinkes secara berkala, namun tiap program memiliki periode pelaporan yang berbeda-beda. Ada pula pelaporan yang dilakukan ke pihak donor, yang juga dilakukan secara berkala. Pelaporan tidak dilakukan sekali saja namun pada waktu dan kepada pihak yang berbeda-beda, sehingga berpotensi mengakibatkan kebingungan dalam melaporkan.

Hal lain yang dirasa menghambat dalam pelaporan, khususnya pada program LASS adalah karena program LASS dapat dilaporkan ke dua subdirektorat yang berbeda di Dinkes, yaitu subdirektorat napza serta subdirektorat HIV. Hal ini menimbulkan kegamangan baik dalam proses pelaporan program LASS maupun dalam pemanfaatan data program LASS di tingkatan sistem. Keakuratan data menjadi kurang dapat dipastikan, karena dengan adanya sistem yang berganda, telah dilaporkan terjadinya pelaporan data berulang atau justru tidak terlapor.

*“HIV, satu lagi...Napza. Jiwa napza. HIV aja karena eh kan ada hubungan juga kan orang yang IDU kan adalah eh pecahan eh laporan hepatitis banyakan orang AIDS juga kan dulu ya. tahun 2009 sekarang udah ga, karena IDU udah abis eh PTRM itu kan eh metadon itu kan salah satunya adalah untuk apa mencegah apa terjadinya orang adiksi terus HIV suntik juga kan. Pencegahan HIV juga kan. Yauda masuk aja situ, jadi satu ajalah...*

*lya ya jadi selama ini pelaporan kami memang belum bagus ya untuk itu. Jadi dinas juga mereka ga minta, jadi kami juga ga ga ga ngelapor sih memang” (SKP2)*

Selain itu, pelaporan data yang melibatkan adanya dua sumber pendanaan yaitu APBD dan donor MPI mengakibatkan jumlah laporan yang sangat banyak serta dapat cenderung bertumpang tindih. Pelaporan dilakukan ke Sudinkes, Dinkes dan KPA, namun juga ke MPI. Hal ini dirasa membingungkan bagi pelaksana program LASS, yaitu LSM dan Puskesmas, maupun bagi pihak yang menerima laporan, yaitu Dinkes dan MPI. Sudah diusahakan adanya pertemuan untuk sinkronisasi data di Puskesmas dan Sudinkes, namun masih tetap dirasa membingungkan. Sistem Informasi HIV-AIDS (SIHA) yang digunakan juga masih memiliki beberapa masalah yang membuat data yang dilaporkan kurang akurat.

*“Kadang kalo misalnya kita ada yang salah input gitu, biasanya.. kan kadang SIHA itu.. ini, ya.. kita nginputnya apa, keluarnya.. kadang suka masih.. nggak.. masih.. sistemnya belum sempurna, gitulah... Pernah saya itu ngeklik pasien ini udah tes syphilis, gitu kan. Cuma nanti di reportnya itu nggak keluar, Mbak. Jadi pasien yang dites syphilisnya itu.. jadi pas report-nya nggak ada. Jadi dikiranya kita kan nggak pernah ngetesin dia syphilis, gitu.” (P14)*

*“terus terang kalau SIHA kita ini agak ini ya, karena kita kan kemarin pergantian orang jadi karena ininya dipindahin jadi tidak ada serah terima bagus jadi agak terkendala juga. Kedua juga dari komputernya sendiri kita yang lemot ya, jadi kalau kita masukin data itu lama sekali, jadinya suka kosong. Terus yang kedua kendalanya belum semua bagian, karena SIHA yang sekarang kan mencakup semua tuh IMS, nah ini udah masuk semua, nah itu yang kadang tidak memberikan hasilnya ke si A ini, jadi si A tidak bisa masukin data semua. Jadi istilahnya, alur untuk pelayanan SIHanya kita masih belum, terus terang masih agak belum.*

*sama ya itu sekarang kita sedang usahakan komputernya itu. penyediaan komputer dan laptopnya, karena yang sekarang ini tidak bisa, kalau update-update SIHA 1.7 itu agak lemot banget gak bisa gitu. Satu bisa 10-15 menit. Jadi kendalanya itu, ya bayangin aja, methadone harus masuk, PMTCT semua masuk, jadi bener-bener kalau misalnya kita laporan itu gambir kosong.” (P7)*

Data yang tersedia sejauh ini hanya bisa digunakan untuk monitoring program secara umum. Perencanaan program belum didasari pada data yang ada dari SIHA.

*“yang paling mendasar sih jadi, jadi monitoring dulu buat temen-temen pekerja lapangan, bulanannya temen-temen, gitu. Untuk monitoring hasil-hasilnya mereka. [65:04] lalu kalau kegunaannya untuk pengembangan program data tersebut masih belum maksimal sih” (SKP11)*

Akibatnya, target program hanya didasarkan pada perkiraan tahunan, sehingga cenderung meleset dari kebutuhan. Pelaporan data masih sangat belum dilakukan dengan optimal, dan sebagai akibat, data juga belum dimanfaatkan secara optimal pula.

Berdasarkan paparan di atas mengenai dimensi Sinkronisasi Sistem Informasi dan Diseminasi dan Pemanfaatan sebagai bagian dari subsistem Informasi Strategis, dapat dikatakan bahwa integrasi dalam subsistem ini tergolong sedang. Sudah ada upaya untuk mengumpulkan data program melalui berbagai cara sebagai dasar perencanaan program, namun data yang tersedia belum tersistemisasi dengan baik maupun tersinergi dengan baik antar sumber data untuk memberikan gambaran yang akurat akan situasi. Masih ada pula masalah teknis dalam sistem informasi HIV-AIDS yang digunakan sebagai rujukan data utama.

#### **3.3.1.6. Partisipasi Masyarakat**

Pada prinsipnya, pelibatan masyarakat menjadi suatu hal yang diperhatikan oleh sistem kesehatan, mengingat bahwa sistem kesehatan nasional Indonesia memperhitungkan kontribusi dan partisipasi masyarakat secara aktif sebagai hal yang mendukung kelancaran sistem kesehatan. Meskipun demikian, secara umum pelibatan masyarakat masih terbatas pada upaya untuk mengajak masyarakat mengakses layanan. Bentuk “pelibatan masyarakat” dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan pada umumnya serta program HIV pada khususnya lebih banyak dilakukan melalui undangan kepada LSM, baik dalam forum masyarakat maupun dalam undangan rapat perencanaan, atau sebagai informan. Salah satu informan penelitian mengatakan ada pula upaya pelibatan masyarakat dalam pokja KPAP, serta ada pula pendanaan untuk kegiatan PABM dari BNN.

Telah ada beberapa upaya dari kelompok masyarakat sendiri untuk melibatkan diri dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan program HIV. Prakarsa ini lebih banyak dimulai oleh LSM. Beberapa program yang dimaksud antara lain Gema Pulih dan Warga Peduli AIDS, yang melibatkan tokoh agama dan tokoh masyarakat untuk membangun kepedulian dan kesadaran masyarakat umum mengenai AIDS.

Salah satu informan mengatakan bahwa meskipun pelibatan LSM dan masyarakat membaik, namun masih dirasa sebatas formalitas, karena hanya dilibatkan untuk dimintai pendapat tanpa adanya tindak lanjut maupun pemaparan mengenai tindak lanjut konkret dari hasil konsultasi tersebut.



*“Kalau menurutku sudah. Layanan dari dulunya Cuma ada di beberapa puskesmas, sekarang puskesmas sudah ada. Kemudian semua LSM bergerak menuju kepentingan yang sama. Kemudian LSM sudah mulai dilibatkan dalam perencanaan, meskipun masih minim. Evaluasi gitu, walaupun formalitas ngajaknya tapi udah mulai ada, yang penting masuk dulu gitu kan. Tapi sudah mulai mencerminkan sih. Udah ada perkembangan lebih baik lah. Cuma yang penyakitnya adalah formalitas.” (SKP10)*

Dari sudut pandang program, salah satu wadah yang sebetulnya bisa digunakan untuk melibatkan kelompok penasun dalam menyuarkan aspirasi dan kebutuhannya adalah Pokja harm reduction yang sebenarnya telah digagas oleh KPA. Sayangnya, pokja HR sampai sekarang ini belum berjalan dengan baik, padahal beberapa informan mengatakan bahwa sampai sekarang belum ada forum resmi yang mewadahi penasun dalam berkelompok dan terlibat secara setara dalam perencanaan program.

*“forumnya ngga ada. Gak ada forum resmi yang mewadahi populasi kunci ya ada sih masing-masing jaringan ya ada mereka tapi kan tidak semua terlibat dalam jaringan-jaringan tersebut.” (SKP11)*

*“Butuh, sebenarnya sih. Ya kaya kelompok. Selama ini penasun jarang dapet kelompok dukungan sebaya. Kalau metadon, biasanya memang ada. Tapi kalau untuk penasun ini, aku nggak tahu jarang ada. Mereka biasanya berkumpul ketika pakaw. Udah itu aja yang mereka butuh. Paling bergerombol ketika numbuk barang. Jadi cuma sekedar itu.” (P6)*

*“Nah harusnya kalo pokja IDU jalan, itu kan ada anggotanya LSM. Nah dari situ bisa... wadahnya dari situ. LSM sumbang saran, mungkin juga penasunnya bisa terlibat di situ. Sayangnya ga jalan. Ga jalannya ya dari dari sini dari dinas kesehatan.” (P2)*

Berdasarkan paparan di atas mengenai subsistem Partisipasi Masyarakat, dapat dikatakan bahwa integrasi dalam subsistem ini tergolong masih rendah. Mekanisme Musrenbang untuk menyuarkan kebutuhan masyarakat atas program LASS masih belum tergunakan dengan baik. Sudah ada upaya mandiri dari kelompok masyarakat untuk melibatkan diri dalam proses perencanaan dan evaluasi program, namun belum ada pelibatan secara setara dan bermakna dari pihak penyedia layanan kesehatan. Pelibatan yang selama ini terjadi dirasakan cenderung hanya sebagai formalitas.

### **3.3.1.7. Penyediaan Layanan**

#### **3.3.1.7.1. Ketersediaan Layanan**

Dari sudut pandang kebijakan, fasilitas layanan kesehatan di DKI Jakarta sedang menggalakkan LKB/SUFA, sehingga layanan ARV tersedia di 28 puskesmas di seluruh Jakarta, dengan layanan HIV berupa layanan “one stop service”, yang menyediakan layanan mulai dari pencegahan sampai perawatan dan pengobatan di satu tempat. Hal ini memudahkan pengguna layanan untuk mengakses layanan HIV.

*“Pertama mereka punya layanan yang one stop service. Jadi selain LASS, ada metadon barengan, terus ada, ada layanan VCT, ada layanan ARV, 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.” (SK5)*

Selain itu, terdapat beberapa upaya untuk memudahkan akses kelompok marjinal dan tidak mampu - termasuk kelompok penasun - dalam mengakses layanan kesehatan, salah satunya adalah adanya sistem-sistem bantuan melalui program PBI (Penerima Bantuan Iuran) bahkan bagi warga yang tidak memiliki KTP. Program LKB juga dikatakan oleh salah satu informan membantu mengurangi stigma pada pengakses layanan. Selain itu, jejaring program dengan Mitra Pembangunan Internasional juga membantu pelaksanaan LKB dengan adanya dukungan untuk mempekerjakan kader muda.

Meskipun demikian, beberapa informan Puskesmas menyatakan bahwa strategi LKB/SUFA masih belum berjalan dengan optimal, dengan alasan bahwa partisipasi masyarakat masih sangat kurang dalam mendukung LKB/SUFA. Mereka mengatakan dibutuhkan kesadaran masyarakat untuk ikut serta dan mengakses layanan, bukan hanya bergantung pada sektor kesehatan.

Dalam kerjanya, Puskesmas bekerjasama dan melakukan advokasi bersama dengan LSM untuk mempermudah akses ke populasi kunci, dengan adanya *Memorandum of Understanding* (MoU) antara Puskesmas dan LSM. Jejaring kerjasama dengan LSM ini termasuk melakukan layanan dokter keliling, penjangkauan, rujukan, membuka akses ke komunitas penasun, mobile VCT, dan tentunya distribusi jarum steril untuk program LASS. Selain itu, ada pula pelibatan LSM dalam proses perencanaan dan pertemuan monitoring-evaluasi program HIV.

Dari sudut pandang program, salah satu hal yang mendukung keberlanjutan program LASS adalah pernyataan bahwa Dinkes DKI akan mampu mempertahankan program LASS bahkan setelah donor asing berhenti mendukung program ini, dengan mekanisme penganggaran Puskesmas.

*“Tetapi mereka sudah melihat urgency-nya, si LASS ini ke komunitas penasun ya. Mereka pada saat itu sendiri, menyatakan bahwa kalau misalkan HCPI sudah tidak ada, mereka tuh siap untuk langsung menggantikan kebutuhan jarum DKI. Ya. Dengan, tapi dengan catatan. Pertama adalah mereka butuh payung hukum tentang harm reduction. Sehingga mereka tidak menyalahi peraturan.” (SK5)*

Meskipun demikian, masih ada kekhawatiran dari pihak LSM mengenai keberlanjutan LSM dalam berbagai programnya setelah pihak donor (MPI) berhenti memberikan bantuan atau dukungan.

### **3.3.1.7.2. Kordinasi dan Rujukan**

Secara umum, sudah ada beberapa layanan kesehatan lintas sektor seperti layanan kesehatan ibu dan anak, dan beberapa Puskesmas di Jakarta juga sudah menyediakan layanan *“one stop service”* untuk layanan HIV. Rujukan antar poli maupun layanan juga sudah lazim terjadi.

Meskipun demikian, hambatan masih terjadi bagi penasun yang mengakses layanan kesehatan, termasuk layanan LASS. Salah satu hal yang dirasakan menghambat adalah terbatasnya jam layanan LASS, yang sebenarnya dilakukan untuk mendukung kebijakan Puskesmas untuk tidak memperbolehkan peserta program metadon untuk mengakses LASS. Selain itu, ada beberapa Puskesmas di mana layanan LASS masih dirasa “terpisah” dari layanan HIV, baik karena kurangnya infrastruktur maupun sumber daya.

*“Harusnya iya harusnya, harusnya. Harusnya dipisahin ya, cuma karena kita di sini tapi nanti kalo di sana udah liat pemetaannya kita dipisahin... Kalau sekarang masih disatukan, tapi di PKM yang sedang dibangun dari blueprint sudah kelihatan akan terpisah untuk ruangan HIV ” (P11)*

Sudah mulai terjalin pula koordinasi antara LSM dengan kader muda dalam melaporkan kasus HIV di masyarakat, serta rujukan untuk layanan HIV, termasuk program LASS. Ada pula sistem pelaporan program yang dilakukan secara berjenjang dari Puskesmas, Sudinkes dan Dinkes. Meskipun demikian, koordinasi dan sistem pelaporan mengenai jarum masih terbatas, dan fasilitas layanan kesehatan masih memiliki kebingungan mengenai sistem pelaporan jarum, terkait dengan pelaporan ke donor maupun ke Dinkes.

#### **3.3.1.7.3. Jaminan Kualitas Layanan**

Secara umum, pihak Sudinkes dan Puskesmas menyatakan bahwa Sudinkes melakukan kunjungan untuk bimbingan dan pendidikan ke Puskesmas per triwulan, meski pada kenyataannya tidak semua Puskesmas dapat dikunjungi Sudinkes setiap triwulan. Hal ini dilakukan untuk mencoba monitoring dan evaluasi, serta memastikan bahwa program yang dilaksanakan sesuai dengan standar dan arahan yang diharapkan dari Dinkes. Sebagai mekanisme tambahan untuk menjamin kualitas layanan, di beberapa Puskesmas telah dilakukan upaya sertifikasi ISO. Meskipun demikian, sertifikasi ISO dari Kementerian Kesehatan hanya dilakukan untuk beberapa program layanan umum seperti Kesehatan Masyarakat dan Layanan Kesehatan saja, sedangkan layanan pengurangan dampak buruk atau *harm reduction* tidak termasuk dalam layanan yang mendapatkan sertifikasi ISO. Hal ini disebabkan karena program pengurangan dampak buruk dirasa terlalu rumit untuk diberikan sertifikasi ISO.

*“Kalo program HIVnya ga ikut di ISO.” (P13)*

*“HIV ga ada yang ISO... Saya dukung haha... Ribet ya apalagi kita di sini udah banyak yang dikerjain, banyak kan. Kan di ISO kan tulis apa yang kalian perbuat, perbuat apa yang kalian tulis... Kita banyak yang repot ini kalo di ISO.” (P11)*

Akibatnya, layanan pengurangan dampak buruk belum terlalu mendapat perhatian dalam hal penjaminan kualitas layanan. Selain itu, memang terdapat mekanisme survei kepuasan pelanggan yang dilakukan tiap dua tahun sekali sebagai upaya mendapatkan masukan dan umpan balik dari masyarakat mengenai program dan perencanaan program Puskesmas selanjutnya. Meskipun demikian, survei kepuasan pelanggan ini hanya dilakukan kepada pelanggan Puskesmas secara umum, dan tidak spesifik kepada pengguna layanan LASS

maupun layanan pengurangan dampak buruk lainnya, sehingga tidak didapatkan masukan spesifik secara berkala dari pengguna layanan LASS dan pengurangan dampak buruk mengenai layanan-layanan tersebut.

Salah satu pihak yang berperan dalam penjaminan kualitas layanan LASS secara spesifik adalah pihak donor. Selama ini dikatakan bahwa bimbingan teknis yang diberikan bagi program LASS lebih banyak diberikan oleh pihak donor.

*Kalo dari LSMnya sendiri dari...Dari donor...Kalau kita dari project sum 2 waktu itu, dia punya lembaga sendiri yang ngasih, asistensi... Bikin SOP, alur. (SKP10)*

Selain itu, salah satu informan juga mengatakan bahwa ada bimbingan teknis dari KPAN dan RSKO untuk program pengurangan dampak buruk, meski tidak dilakukan terus-menerus.

*"paling dari RSKO, terus kemudian juga dari bimbingan teknis juga kadang dari KPA. Seperti itu." (SKP4)*

Salah satu hal yang juga dirasa mempengaruhi kualitas layanan adalah tingginya tingkat mutasi petugas yang berwenang di layanan pengurangan dampak buruk Puskesmas, sedangkan seringkali yang mempengaruhi keberhasilan atau komitmen dan kualitas layanan pengurangan dampak buruk (atau LASS secara khusus) adalah komitmen dari petugas yang menjabat.

*"Karena kan biasanya nih ya udah udah canggih nih udah pelatihan segala macam, takutnya di di dimutasi. Nah untuk mencari pengganti kan ga mudah. Harusnya kita punya emang harusnya punya dua ya. maksudnya ada backupnya tapi kan orangnya dikit ya kan. Harusnya memang setiap itu ada backupnya... Di layanan juga, di sudin juga, jadi sebetulnya eh SDMnya itu kalo mau dipindahin diliatlah. Jadi SDMnya kalo memang mau dipindahin diliat dulu kalo mau dipindahin digantinya sama yang udah terpaparlah, jangan yang bener-bener masih masih... blank banget kan sayang apalagi layanan, nanti layanan kabur bubar." (SKP2)*

Berdasarkan paparan di atas mengenai dimensi Ketersediaan Layanan, Koordinasi dan Rujukan serta Jaminan Kualitas Layanan sebagai bagian dari subsistem Penyediaan Layanan, dapat dikatakan bahwa integrasi dalam subsistem ini tergolong sedang cenderung penuh. Semua layanan kesehatan yang dibutuhkan di DKI Jakarta sudah tersedia, dan bahkan sudah tersedia layanan one-stop-service untuk program HIV di tingkat Puskesmas Kecamatan. Meskipun demikian, penjaminan kualitas layanan masih tergolong belum sepenuhnya baik karena belum ada mekanisme monitoring dan evaluasi berkala yang tersertifikasi untuk program HIV, termasuk untuk program LASS.

### **3.3.2. Tingkat Integrasi**

Dari hasil analisa pengolahan data dapat disimpulkan bahwa tingkat integrasi sistem kesehatan di setiap sub-dimensi di DKI Jakarta memiliki tingkat yang berbeda. Sub-dimensi manajemen dan regulasi dipilah dalam tiga aspek utama yaitu, regulasi, formulasi kebijakan dan akuntabilitas. Untuk aspek regulasi dapat dikategorikan memiliki nilai integrasi sedang. Secara regulasi LASS masuk dalam Renstra KPAP 2013-2017 sebagai salah satu program dan

memiliki target tersendiri. KPAP mendapatkan alokasi dana hibah dari KPAP. Renstra Dinkes 2013-2017 menyatakan salah satu fungsi Dinkes adalah pencegahan, pemberantasan dan pengendalian penyakit menular (termasuk HIV). Perda nomor 4/2009 tentang Sistem kesehatan daerah menyatakan salah satu prioritas daerah adalah pengendalian penyakit menular. Walaupun KPAP belum berfungsi secara maksimal sebagai *leading sector* untuk program terkait HIV&AIDS di Jakarta, namun pelaksanaan LASS di lapangan melalui PKM/UPT sudah berjalan dan didukung oleh payung hukum Surat edaran Kadinkes tentang dana mandiri program HR nomor 3884/1.779/2009 sehingga dana dukungan bagi program HR sudah dapat dianggarkan melalui BLUD. Namun secara tata laksana, komponen penjangkauan belum terakomodir dan masih bergantung pada donor.

Begitupun dengan aspek formulasi kebijakan yang dinilai sudah masuk dalam kategori terintegrasi sedang. Mengingat dari sisi anggaran, alokasi dana program LASS dapat dimasukkan melalui APBD/BLUD dengan mengikuti sistem yang berlaku di Pemda DKI Jakarta. Bappeda juga turut terlibat dalam perencanaan. Namun dari sisi perencanaan, program LASS belum melibatkan masyarakat, baik dari sisi Musrenbang ataupun meminta masukan dari Kader Muda atau LSM sebelum proses perencanaan dimasukkan dalam APBD/BLUD. Proses perencanaan masih terkonsentrasi di kordinator program HR di Puskesmas. Dalam proses perencanaan KPAP sudah melalui Rakerda, namun tidak selalu melibatkan Bappeda dalam perencanaan. Program LASS masih banyak didukung oleh Donor yang memiliki alur perencanaan sendiri dan tidak masuk dalam sistem kesehatan daerah. Namun, berbeda dengan aspek akuntabilitas yang dinilai masih tidak terintegrasi. DKI Jakarta memiliki mekanisme Musrenbang sebagai bentuk pelibatan masyarakat dalam perencanaan. Namun mekanisme tersebut belum digunakan untuk program HIV atau LASS. Walaupun LSM sudah mulai dilibatkan dalam perencanaan dan evaluasi, namun belum ada aturan yang jelas mengenai prosesnya. Populasi kunci belum dilibatkan dalam proses evaluasi dan perencanaan.

Begitupun dengan sub-dimensi pembiayaan yang memiliki tingkat integrasi sistem kesehatan berbeda. Untuk aspek pengelolaan sumber pembiayaan, dana HIV dan LASS di DKI Jakarta pada dasarnya bersumber dari APBD, APBD hibah, BLUD dan Donor. Dana ini dikelola oleh berbagai institusi seperti KPAP/K, Dinkes, Puskesmas dan LSM. Sampai saat ini belum ada pengelolaan dana CSR atau swasta di DKI Jakarta untuk HIV&AIDS. Untuk dana APBD dan BLUD yang berada dibawah alur koordinasi Dinkes, sudah ada mekanisme monitoring anggaran dan sinkronisasi anggaran untuk mencegah tumpang-tindih alokasi dana untuk program. Namun untuk dana yang dikelola oleh KPAP belum ada mekanisme monitoring anggaran. Dengan situasi ini dapat dikatakan sub-dimensi sumber pembiayaan masuk dalam kategori penilaian terintegrasi sedang dengan sistem kesehatan, mengingat tidak semua sumber pembiayaan diperlakukan sama, walaupun sudah ada mekanisme yang dimiliki dan berpotensi untuk diterapkan pada sumber pembiayaan lain bila mau dilakukan.

Aspek penganggaran, proporsi distribusi dan pengeluaran dapat dikategorikan terintegrasi penuh mengingat dana APBD sudah digunakan untuk membiayai program HIV di DKI Jakarta. Sumber dana ini diakses oleh SKPD, UPT dan KPAP. Walaupun besaran untuk setiap institusi bervariasi, namun dana ini sudah diakses secara rutin selama beberapa tahun kebelakang. Berbeda dengan aspek mekanisme pembayaran layanan yang dinilai masuk dalam kategori terintegrasi sedang. Hal ini dikarenakan walau BPJS tidak menanggung

logistik yang bersifat preventif seperti Jarum untuk program LASS, tapi penasun yang sakit dapat tetap mengakses BPJS. Pemda sudah menambah alokasi anggaran BPJS untuk menanggung masyarakat terlantar sesuai dengan Pergub 123/2014. Dana kapitasi BPJS yang diberikan untuk Puskesmas sudah digunakan untuk merawat pasien terkait HIV, termasuk penasun.

Dalam sub-dimensi sumber daya manusia, aspek dinilai tidak memiliki tingkat integrase dengan sistem kesehatan. Tidak ada aturan khusus yang mengatur tentang program LASS hanya peraturan umum tentang PNS dan Non-PNS. Selain itu, tidak ada daftar kompetensi formal yang dibuat sebagai prasyarat rekrutmen. Staf melakukan pendaftaran sebagai staf umum dan ditempatkan untuk LASS dan merangkap dengan tugas lain. Situasi ini berbeda jauh dengan aspek pembiayaan dalam sub-dimensi sumber daya manusia yang dinilai memiliki tingkat integrase penuh dengan sistem kesehatan. Di DKI Jakarta sudah ada dukungan dana yang digunakan untuk membayar staf non-PNS seperti kader muda dan petugas penjangkau LSM yang bersumber dari BLUD dan APBD hibah, untuk mendukung pelaksanaan kegiatan program LASS. Situasi ini juga didukung oleh dasar hukum yang kuat dalam Surat Edaran Kepala Dinkes nomor 3884/1.779/2009 yang mengenai pendanaan mandiri yang menyatakan dukungan dana dari BLUD untuk kader muda untuk mendukung program pengurangan dampak buruk napza di Puskesmas. Sedangkan aspek komponesasi dalam sub-dimensi sumber daya manusia dinilai baru terintegrasi sedang karena tidak ada regulasi khusus yang mengatur, namun staf dalam LASS mengikuti pelatihan terkait HR yang dilakukan Dinkes dan Donor. Dana BLUD dapat digunakan untuk melakukan *refresher* bila diinginkan, namun keputusan ini bergantung pada keputusan individual setiap kepala puskesmas.

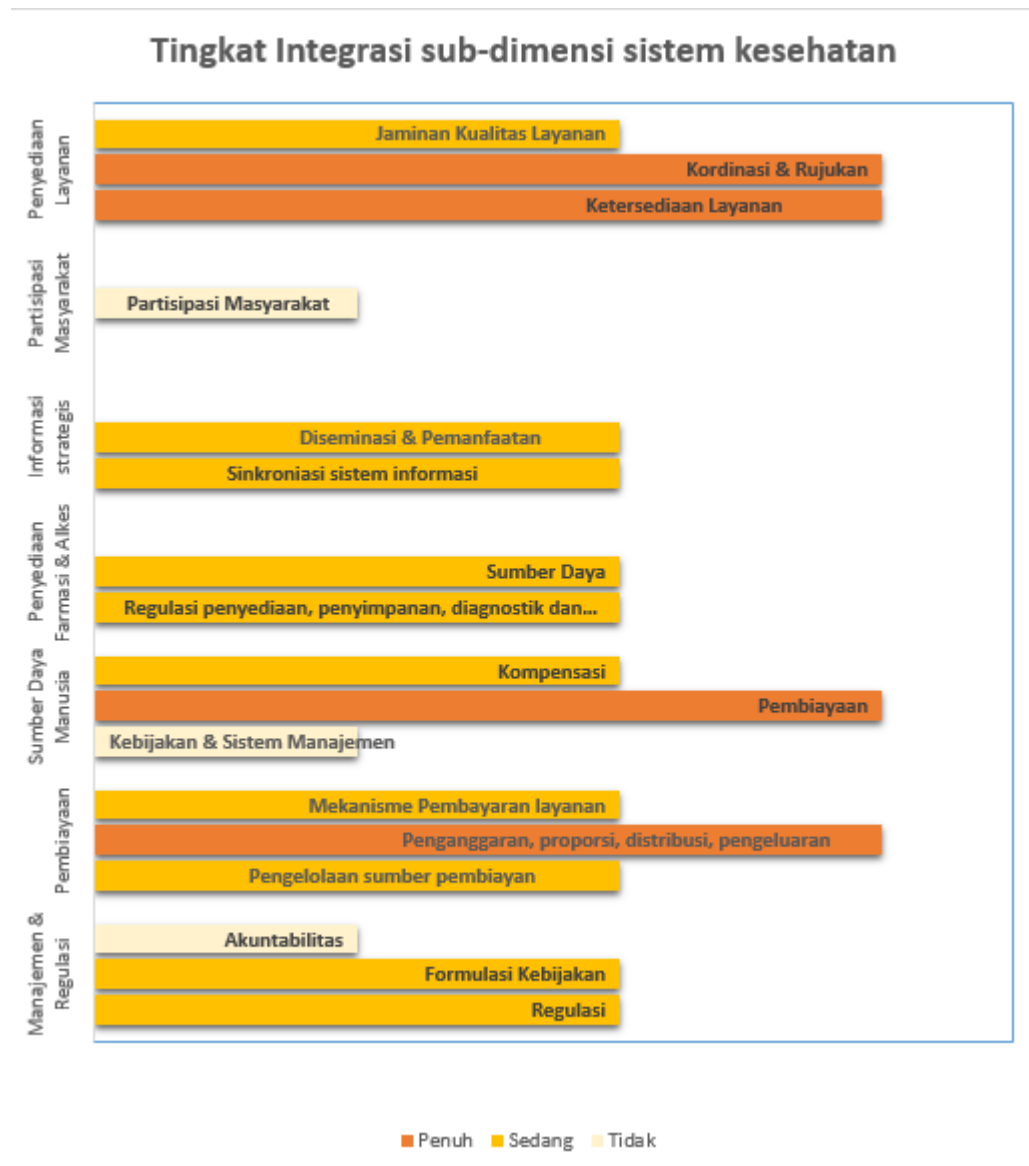
Kedua aspek dalam sub-dimensi penyediaan farmasi dan alat kesehatan dinilai memiliki tingkat integrasi sedang. Untuk aspek regulasi penyediaan, penyimpanan dan diagnostic, logistik LASS sudah terintegrasi dalam alur penyediaan farmasi dan alkes di PKM, melalui bagian logistik. Dana BLUD sudah dapat digunakan untuk membeli logistik LASS. Situasi ini juga didukung dengan adanya payung hukum mengenai kemandirian program pengurangan dampak buruk di Puskesmas. Namun proses ini belum berjalan secara otomatis. Dukungan jarum suntik dan kondom yang masih disediakan oleh MPI mengakibatkan tidak semua puskesmas menyediakan alokasi alat kesehatan jarum suntik untuk penasun. Proses pengiriman, penyimpanan dan pencatatan juga masih bergantung dan dilakukan oleh MPI. Puskesmas dalam hal ini bertindak lebih sebagai *user* yang menerima logistik, bukan sebagai pelaku langsung. Walaupun begitu, secara mekanisme sudah dapat dilakukan. Untuk aspek sumber daya, di DKI Jakarta sudah ada contoh mengenai sumber pembiayaan untuk penyediaan LASS dari BLUD Puskesmas. Salah satu jtifikasi yang digunakan untuk mengeluarkan pembiayaan ini adalah surat edaran Kadis tentang kemandirian Puskesmas. Walaupun begitu, kegiatan ini baru dilakukan oleh beberapa puskesmas saja. Keputusan untuk mengalokasikan pembiayaan lebih bergantung pada komitmen individual. Hal ini sangat mungkin dipengaruhi oleh dukungan donor yang masih tersedia untuk membiayai jarum suntik. Sayangnya, alat kesehatan lain seperti kondom dan *alcohol swab* yang juga menjadi bagian dalam program LASS belum pernah dicoba untuk dianggarkan melalui puskesmas sehingga belum ada proses pembelajaran yang dapat diambil.

Kedua aspek dalam sub-dimensi informasi strategis, yaitu sinkronisasi sistem informasi dan diseminasi dan pemanfaatan data, juga dikategorikan sebagai terintegrasi sedang. Beberapa bagian kegiatan seperti *surveillance*, monitoring, dan pemetaan sudah dilakukan. Namun, evaluasi program yang dilakukan belum berdasarkan *input* proses dan *output*. Evaluasi yang dilakukan baru berdasarkan pencapaian program saja. Dapat dikatakan bahwa proses sinkronisasi informasi dan diseminasi baru berjalan sebagian. Begitupun dengan aspek pemanfaatan data. Sudah ada upaya untuk menggunakan laporan sebagai pengembangan perencanaan program walaupun belum sempurna. Proses sinkronisasi data tiga bulanan sudah dilakukan. Selain itu perhitungan hasil pemetaan penasun sudah disesuaikan dengan kebutuhan jarum. Namun penggunaan data untuk mengembangkan intervensi baru belum dilakukan.

Sub-dimensi partisipasi masyarakat masih dinilai rendah. Peran populasi kunci masih sangat terbatas dalam pengembangan dan perencanaan program. Keterlibatan populasi kunci, dalam hal ini penasun dalam program baru sebatas pada berpartisipasi dalam kegiatan program seperti pertemuan penasun dan kelompok dukungan sebaya. Dalam beberapa kesempatan, masukan dari penasun untuk memperbaiki program pernah ditanyakan, namun hal ini lebih bersifat informal. Proses perencanaan dan evaluasi program yang rutin dilakukan setiap tahun belum melibatkan penasun sebagai penerima manfaat utama. Penasun baru diposisikan sebagai pasien pasif yang dipandang belum memiliki kapasitas dalam memberikan kontribusi untuk perbaikan program. Posisi LSM berada lebih unggul dibanding penasun. Pelibatan LSM sudah dimulai dalam pertemuan perencanaan dan evaluasi. Walaupun begitu, posisi LSM lebih dipandang sebagai tamu undangan dan bukan pelaku utama dalam pertemuan.

Tingkat integrasi penyediaan layanan sebagai sub-dimensi terakhir dari sistem kesehatan memiliki tiga aspek yaitu ketersediaan layanan, koordinasi dan rujukan, serta jaminan kualitas layanan. Aspek ketersediaan layanan LASS masuk dalam kategori terintegrasi tinggi karena layanan dan program sudah tersedia di fasyankes primer dan sekunder di DKI Jakarta. Sampai dengan akhir 2014, sebanyak 70 persen dari puskesmas kecamatan memberikan layanan program LASS. Ketersediaan ini mencakup seluruh wilayah di kotamadya secara merata. Begitupun dengan aspek koordinasi dan rujukan yang dinilai sudah terintegrasi penuh. Pelaksanaan program LASS sudah dikordinasikan dengan dinas terkait seperti Dinkes dan KPAP/K. Kegiatan pelaporan dan koordinasi sudah dibuat berjenjang, dari tataran UPT ke Sudinkes lalu bermuara di Dinkes Provinsi. Begitupun dengan alur koordinasi dengan KPAP/K seperti pertemuan sinkronisasi data yang digagas oleh KPAP/K dan mengundang semua unsur PKM, Sudinkes, dan LSM. Sayangnya aspek jaminan kualitas layanan masih masuk dalam kategori terintegrasi sedang. Seluruh Puskesmas di DKI Jakarta sudah mengadaptasi sistem ISO sebagai penilaian level sistem manajemen mutu. Sayangnya program HIV belum termasuk sebagai layanan yang dinilai dalam ISO Puskesmas. Kegiatan yang sudah dilakukan untuk menjamin kualitas data program LASS baru sebatas monitoring dan evaluasi untuk melakukan pengecekan data capaian dan supervisi serta bantuan teknis dari Sudinkes ataupun Dinkes.

**Diagram 1: Tingkat Integrasi Sub-dimensi Sisem Kesehatan**



### 3.3.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi integrasi Program LASS ke dalam sistem kesehatan

Integrasi program LASS ke dalam sistem kesehatan sangat dipengaruhi oleh situasi lokal di mana program tersebut berjalan. Dalam konteks DKI Jakarta, sebagai sebuah kota yang memiliki karakteristik khusus sebagai daerah khusus ibukota, sistem pemerintahan yang berjalan turut berkontribusi pada tingkat integrasi. Walaupun DKI Jakarta terdiri dari enam kotamadya, semua kebijakan dan aturan keuangan terpusat pada level provinsi. Setiap tatanan pemerintahan dari level provinsi, level wilayah sampai pelaksana kerja seperti Puskesmas memiliki uraian peran dan tanggungjawab yang jelas. Situasi ini berkontribusi dalam mendukung berjalannya program LASS di DKI Jakarta. Alur kebijakan dan kordinasi menjadi lebih jelas. Keputusan terkait kebijakan dan penganggaran yang dilakukan pada level provinsi secara otomatis dilaksanakan oleh unit pelaksana kerja.



Pemanfaatan data yang dikaitkan dengan komitmen dan kebijakan juga turut berkontribusi terhadap tingkat integrasi program LASS di DKI Jakarta. Sebagai ibukota negara, ketersediaan data relative lebih terakomodir. Informasi mengenai tingkat prevalensi HIV pada penasun, jumlah kasus HIV dan estimasi jumlah penasun yang tinggi di DKI Jakarta memberikan gambaran mengenai sejauh mana permasalahan yang terjadi. Fakta di lapangan mempermudah pengambilan keputusan mengenai kebijakan yang harus dilakukan dalam merespon masalah yang ada. Surat Edaran Kepala Dinkes mengenai kemandirian Puskesmas dalam melaksanakan program pengurangan dampak buruk<sup>6</sup> menjadi titik awal tingkat integrasi program LASS ke dalam sistem kesehatan di DKI Jakarta. Ketegasan komitmen yang didukung dengan kebijakan lokal berpengaruh bagi UPT dalam menjalankan program LASS. Bahwa tidak semua UPT mengaplikasikan kebijakan ini lebih dikarenakan masih adanya dukungan dana MPI terkait logistik yang tersedia di DKI Jakarta. Kebijakan ini menjadi *feasible* untuk diterapkan karena semua Puskesmas tingkat kecamatan di DKI Jakarta sudah masuk dalam kategori BLUD. Hal ini memudahkan pengaturan alokasi anggaran sesuai dengan kebutuhan individual puskesmas yang dilihat dari kebutuhan masalah kesehatan yang dialami di wilayah tersebut.

Selain ketersediaan kebijakan kunci, DKI Jakarta juga memiliki beberapa kebijakan lain yang secara sinergis mendukung program LASS. Perda tentang penanggulangan HIV mengakui program pengurangan dampak buruk napza sebagai salah satu strategi untuk memutus penularan HIV pada kelompok penasun. Renstra Kesehatan Provinsi yang dikelola oleh Dinkes telah memasukan HIV&AIDS sebagai program prioritas daerah untuk lima tahun ke depan. Hal ini sesuai dengan RPJMD 2013-2017 dan RPJPD 2005 – 2025 DKI Jakarta yang juga memprioritaskan isu HIV didalamnya. Renstra HIV&AIDS yang dimiliki KPAP 2013-2017 juga menyatakan hal yang sama, program pengurangan dampak buruk napza dipilih sebagai pendekatan program bagi penasun. Kebijakan yang tersedia memudahkan alokasi dana bagi para pemangku kepentingan dalam melaksanakan program HIV&AIDS di DKI Jakarta, termasuk untuk program LASS.

Pemangku kepentingan juga memiliki peran penting dalam mempengaruhi integrasi program LASS di DKI Jakarta. Panduan kerja yang tertuang dalam Renstra HIV&AIDS menjadi tolak ukur dalam melakukan kegiatan para pemangku kepentingan. Kerjasama antara LSM dengan pemerintah untuk program LASS telah terjadi di DKI Jakarta dalam bentuk kordinasi dan rujukan. LSM yang bekerja berdasarkan sistem kewilayahan memiliki kemitraan dengan Puskesmas di wilayah tersebut. Rujukan penasun ke Puskesmas berkontribusi terhadap adanya justifikasi mengenai *demand* dari program LASS sehingga dapat terus mendukung untuk pemenuhan keberlanjutan program.

### **3.4. Analisa Tingkat Efektifitas**

#### **3.4.1. Profil Program LASS**

Tahun 2006, Kementerian Kesehatan mengeluarkan Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Napza melalui Kepmenkes nomor 567 tahun 2006. Program ini dilakukan

---

<sup>6</sup> Surat Edaran Kepala Dinkes No 3884/1.779/2009 tentang kemandirian Puskesmas dalam program HR menginstruksikan bahwa alokasi dana Puskesmas dapat digunakan untuk membeli logistik, membayar kader muda

salah satunya dengan pemberian alat suntik steril sebagai salah satu cara untuk bisa memutus rantai penularan di antara pengguna napza suntik, dengan diimbangi pemberian layanan Metadone secara bertahap agar juga dapat terbebas dari pengaruh obat-obatan.

Berdasarkan Kepmenkes tersebut, dinyatakan bahwa LASS dapat dilaksanakan dengan 3 metode distribusi, yaitu **Menetap** (*fixed site*) melalui *drop in center*, Puskesmas, atau institusi kesehatan lain; **Bergerak** (*mobile*) dilakukan oleh petugas lapangan membawa jarum steril bersama dengan media informasi 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.

Kebijakan Kepmenkes ini juga diikuti dengan kebijakan nasional lainnya yaitu dengan Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat RI nomor 2/PER/MENKO/KESRA/I/ 2007 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Pengguna Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif Suntik menekankan pentingnya menerapkan program *harm reduction* secara komprehensif termasuk LASS. Pada pasal 8 yang tentang Susunan Organisasi Pokja Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Napza Suntik, menyebutkan keterlibatan Dinkes sebagai Ketua; Wakil Ketua unsur Kepolisian Negara RI; Sekretaris dari unsur Sekretariat KPAP; Anggota unsur BNN dan instansi terkait. 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.<sup>7</sup>

Di Indonesia, dukungan finansial diberikan dari lembaga internasional yang terlibat terkait isu di pengguna napza suntik, antara lain IHPCP, FHI, dan HCPI. 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. Tahun ini, menjadi tahun terakhir HCPI memberikan dukungan bagi Puskesmas & LSM di Jakarta sehingga menjadi momen krusial juga bagi pemerintah terkait keberlangsungan LASS di DKI Jakarta.

DKI Jakarta sudah memiliki berbagai kebijakan yang mendorong upaya penanggulangan HIV dan AIDS di area ini. Dimulai dari PERDA 6/2012 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah tahun 2005-2025, PERDA nomor 2/2013 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah tahun 2013-2017, Surat Edaran Kepala Dinas tentang Kemandirian Penganggaran Program Pengurangan dampak buruk nomor 3884/1.778/2009, Surat Edaran Kepala Dinkes Provinsi DKI Jakarta No. 63/SE/2012 tentang Layanan Jarum dan Alat Suntik Steril di DKI Jakarta, dan secara spesifik tertuang dalam Perda 5/ 2008 tentang pengendalian HIV & AIDS. Akan tetapi, belum semua program dipayungi kebijakan, termasuk Program Pertukaran Jarum Suntik dan Program Promosi Kondom. Beberapa SKPD dan Sektor terkait juga belum responsif menjalankan Pasal 15 Perda nomor 5 Tahun 2008 untuk promosi dan pencegahan penularan HIV.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Laporan evaluasi program penanggulangan HIV dan AIDS di DKI Jakarta 2008-2012 oleh KPAP DKI Jakarta

<sup>8</sup> Laporan evaluasi program penanggulangan HIV dan AIDS di DKI Jakarta 2008-2012 oleh KPAP DKI Jakarta

Program LASS sudah dijalankan sejak tahun 2005. Pada saat itu LASS hanya tersedia di satu Puskesmas di Jakarta, dan merupakan Puskesmas pertama di Indonesia yang melakukan program *Harm Reduction*, termasuk di dalamnya program LASS.<sup>9</sup> Pada tahun 2006 dilakukan perluasan layanan jarum suntik steril di 30 Puskesmas di Jakarta. Saat ini, LASS dapat diakses di 38 Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan, terdapat penambahan 8 unit pemberi LASS selama kurun waktu 2010-2012. Pada 38 Puskesmas ini memiliki kader muda yang bertugas menjangkau dan mendampingi klien penasun. Sebanyak 72 orang kader muda tersebar di 38 Puskesmas se-DKI Jakarta untuk menjalankan program *Harm Reduction*.

Terdapat juga delapan LSM yang khusus melayani program *Harm Reduction*, di Jakarta yaitu, Stigma, Kios Atma Jaya, Yayasan Karisma, PKBI, PPK-UI, Yayasan Mutiara Maharani, Partisan, dan Layak. Secara spesifik, yang membagikan alat suntik melalui penjangkauan ataupun dengan mekanisme satelit dilakukan oleh empat LSM, yaitu Kios Atma Jaya (area Jakarta Barat dan Jakarta Utara), Yayasan Karisma (Jakarta Timur dan Jakarta Pusat), serta PPK-UI (Jakarta Selatan), dan PKBI.

### **3.4.2. Aksesibilitas dan kualitas layanan**

#### **3.4.2.1. Aksesibilitas Layanan**

Alat suntik steril dapat diperoleh dengan cara mengambil di Puskesmas, melalui LSM yang mendistribusikan secara langsung dan berkala kepada penasun, ataupun melalui satelit (lokasi/tempat berkumpulnya penasun yang dinilai cukup strategis oleh LSM untuk menaruh paketan jarum). Beberapa Puskesmas menerapkan metode penjangkauan oleh kader muda untuk mendekatkan LASS ke penasun, hanya saja hal ini dikembalikan ke kebijakan masing-masing puskesmas, karena tidak semua kader muda memiliki kewajiban untuk melakukan penjangkauan dan mendistribusikan paketan jarum selama penjangkauan tersebut.

Jumlah paketan jarum yang dibagikan dapat berbeda dari tiap puskesmas, tergantung kebijakan dari klinik HIV di masing-masing puskesmas. Dalam pendistribusian jarum, pihak Puskesmas berpandangan bahwa paketan jarum dibagikan untuk digunakan oleh yang bersangkutan, sehingga jumlah paketan jarum yang bisa diambil oleh setiap penasun yang datang ke Puskesmas juga dibatasi.

*“...gak bisa ambil setiap hari, seminggu hanya 2 kali... Karena mereka itu eeh prefer buat pemakainya sendiri. Jadi eeh misal, kan eem kalo mereka berpikirnya 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*

---

<sup>9</sup> Mesquita, et al (2007). “Public Health the Leading Force of the Indonesian Response to the HIV/AIDS Crisis among People Who Inject Drugs” *Harm Reduction Journal*. V4. (9).

*itu biasa isi sepuluh kalo mereka. Dua amplop itu ya eeh dua puluh itu ga mungkin buat satu hari. Paling ga tiga hari, gitu” (R2)*

Dalam kenyataannya, penasun seringkali menggunakan obat atau menyuntik bersama dengan sesama pengguna napza. Bila melihat ada teman sesama pengguna yang akan menggunakan jarum bekas maka penasun yang sudah aktif mengakses LASS di Puskesmas akan menawarkan jarum streril.

*“Iya. Minta sama temen, jadi ga usah ga ribet ke sini dulu ngambil gitu. Nanti kalo temennya ga ada ya siapa lagi yang mau ambil ya boleh sih... Jadi ga harus semua orang kemari gitu (R6)”*

*“Soalnya itu, kan sesama pengguna kasihan kan pake yang bekas. Saya kasih yang baru. Ntar gantian...Iya dan lagi mereka kan kadang-kadang kalo saya lagi nggak ada, saya bisa minta sama mereka, gantian. Gitu.” (R7)*

Hal ini yang mendorong banyak penasun yang merasa lebih nyaman mengambil di LSM karena merasa lebih fleksibel dalam memberikan jumlah paketan jarum dan merasa dipahami kondisinya bahwa belum semua pengguna napza suntik mau mengakses LASS dan mengetahui manfaat penggunaan jarum suntik steril, sehingga masih ada temannya yang menggunakan jarum bekas/tidak steril. Dan melihat kondisi tersebut, seringkali penasun yang mengakses LASS ini memberikan jarum steril yang masih dimiliki.

*“Kalo di LSM memang nggak, lain. Kalo aku eeh sama dengan jumlah bekasan yang kita kita bawa... Setiap hari bisa, asal bawa yang lamanya.” (R2)*

Baik di Puskesmas, maupun di LSM program LASS diberikan secara gratis kepada pengguna napza suntik. Secara prosedural, 8 dari 10 penasun yang sudah mengakses LASS di Puskesmas ataupun di LSM merasa administrasi untuk mengambil LASS tidaklah sulit.

*“...karena kan pengambilannya gampang gitu, ga dipersulit kaya dulu.” (R6)*

*“Mudahlah jadi setiap kali kita butuh, dia langsung ngasih. Ga ga ada dipersulit apa gimanalah pokoknya mudahlah.” (R8)*

*“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.” (R9)*

*“Proseduralnya juga udah gak ribet, udah gak kayak dulu kan mesti ada apa namanya segala macem, musti lengkap, kita harus bawa KTP, KK, sekarang nggak, cukup kita ngasih liat KTP...” (R4)*

Pengambilan LASS di tiap Puskesmas berbeda-beda, tergantung kebijakan dari petugas kesehatan di klinik HIV masing-masing puskesmas. Ada yang bisa mengambil LASS sesuai dengan jam layanan puskesmas, ada pula yang menetapkan jam-jam tertentu saja dalam pengambilannya.

*"lassnya paling siang kita buka, jam 1 sampai jam 2... iyah, kadang ada sampe jam 3 sih." (P4)*

*"LASS-nya sih sama jam operasional puskesmasnya sama." (R7)*

*"jam 12 sampe jam 2. Jam 2 apa jam 3 ya. Ya sampe jam segitu lah pokoknya." (R8)*

Untuk mengakses LASS, bagi klien baru hanya dibutuhkan KTP untuk pencatatan data. Sedangkan, untuk klien yang lama, diharapkan mengembalikan jarum bekas sebagai syarat mengambil paketan jarum steril, mengacu pada Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Napza (Kepmenkes 567/2006).

*"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 intact baru, 5 apa namanya alcohol swap, terus 3 kondom, sama 1 kartu yang apa kaya keterangan gitu deh. (R4)*

Hanya saja, untuk pengembalian jarum bekas belum terlaksana sepenuhnya oleh semua puskesmas karena masih ada responden yang menyebutkan alasan mereka mengambil LASS di puskesmas adalah karena tidak harus mengembalikan jarum bekas.

*"Mau ambil berapa? Bawa bekas ga? Kalo gak ya udah distrip strip strip" (R4)*

*"Kalo di tempat lain ya harus bawa jarum bekasnya, kalo di sini ga ya. kalo ditempat lain harus bawa jarum bekasnya." (R6)*

Berdasarkan pengalaman penasun, ada Puskesmas yang mengharuskan untuk menunggu dokter yang bertugas untuk bisa mengambil paketan jarum.

*"cuma waktu saya mau akses kebetulan waktu itu dokter yang bertanggung jawab soal LASSnya lagi gak ditempat gitu, lagi belom dateng atau lagi keluar gitu jadi saya nunggu. Disuruh nunggu, tunggu sebentar ya dokternya belom dateng. Oke berapa lama dok? Saya udah sakaw nih saya bilang gitu kan. Dokter tau kan orang sakaw gimana. Iya iya iya tunggu bentar ditelfonin dokternya. Udah saya tunggu ya dok ya 10 menit ya. Nih udah 10 menit nih udah paling lama banget deh 10 menit, udah iya iya iya panik tuh akhirnya mereka panik nelfon, akhirnya 10 menit ga dateng juga.*

*Gimana dok, marah-marah juga saya kan, namanya lagi sakaw ya udah gak kekontrol. Gimana nih bisa gak? Bisa bisa, enggak enggak, saya bilang gitu, gak usah janji janji. Aduh maaf dokternya lagi, ya udah bilang saya udah daritadi ud cabut ga di sini.” (R4)*

Umumnya informasi awal mengenai LASS diperoleh dari LSM atau teman. Setelah mengetahui program LASS barulah penasun mencoba untuk mengakses layanan tersebut.

*“...Eeh ini eeh dariiii ki dari LSM nya POnya.” (R2)*

*“Dari anak LSM ke rumah. (R3)*

*“Waktu itu dari kawan, ada di LSM.” (R4)*

*“Denger dari temen.” (R5)*

*“Dari teman, jadi si Y (Petugas lapangan LSM) dateng kemari kalau nggak telfon gitu.” (R1)*

Penasun yang sudah mengakses LASS menyatakan merasakan manfaat, terutama melindungi mereka dari resiko penularan HIV. Dengan mengakses LASS, mereka juga menjadi mendapat banyak informasi tentang HIV dan diajarkan keterampilan untuk mensterilkan jarum.

*“Kalo misalnya dari dulu ada begini ya kita kan ga perlu sharing sharing-sharing jarum.” (R6)*

*“Lebih aman. Jauh dari resiko.” (R9)*

*“...karena ya tau penularan penyakit ini.” (R10)*

*“Kalau untuk itu sih nggak ya. Karena saya sadar kalau kita nggak bersih, maksudnya nggak menggunakan jarum suntik baru kan resikonya tinggi. Karena sudah ada pendidikan, sudah ada backgroundnya saya tahu gitu. Jadi kalau misalnya banyakan temen-temen mereka kan nggak tahu, tuker-tuker. Akhirnya mereka kena kan.” (R7)*

*“Dari LSM, orang LSM itu ngajakin nih pertemuan gitu mbak .... Diajarin HIV AIDS itu segala macem.” (R5)*

*“...terus kalo misalnya kepepet, jarumnya dicuci pake bayclean, dikasi tau cara sterilin jarum dan larangan-larangannya.” (R5)*

#### **3.4.2.2. Kualitas Layanan**

Secara umum, penasun merasa kerahasiaan dirinya terjaga dengan petugas kesehatan di Puskesmas. Namun masih ada Puskesmas yang Ruang antrian umum & tempat VCT berada di ruang yang sama sehingga pembicaraan pasien dan dokter berpotensi terdengar oleh pasien lain.

*"Oke eeh cukup apa bisa menjaga kerahasiaan pasien gitu ya." (R2)*

*"di puskesmas X itu kan untuk itunya kan sama tempat ngantrenya tuh, untuk umum sama yang untuk VCT tuh nunggunya sama. Cuma nanti dipanggil, kalo untuk VCT dipanggil masuk ke lab. Nah pas kerumunan rame ini nih mungkin temen saya yang kekencengan apa gimana ngomongnya, jadi ada yang denger, langsung menyebar. Udah saya langsung. Saya mau patahin, cuman ah nanti jadi rame lagi ah biarin aja deh. Banyak apa sebenarnya banyak orang-orang awam gitu sebenarnya duh lo tau gak sih sebenarnya HIV itu nularnya kayak gimana? Gak semudah itu. Saya mau jelasin kayak gitu ntar panjang lagi, udalah biarin aja." (R4)*

Penilaian terhadap kapasitas petugas kesehatan dalam melayani bervariasi, ada yang merasa petugas sudah memiliki kompetensi yang cukup, ada yang merasa masih sangat kurang, dan ada juga petugas yang tidak bisa menjawab pertanyaan mereka karena masih baru.

*"Bagus bagus aja kalo menurut saya sih." (R5)*

*"Udah sih. Cukup. Cukup baik." (R9)*

*"Kalau yang saya alami sih cukup mengerti ya mereka ya. Jadi istilahnya, pahami apa yang mereka layani saat ini. Mengenai harm reductionnya lah, HIVnyalah segala macam cukup mengerti." (R7)*

*"... di skala puskesmas untuk layanan HIV AIDS dan LASS ditingkatkan di sumber dayanya... Iya tolong lebih didalemin lagi tentang HIV dan AIDS." (R4)*

*"Kadang-kadang dokter yang itu belum paham." (R10)*

Pelayanan yang diberikan sangat bergantung kepada petugas, ada yang ramah dan terbuka dalam memberikan layanan, tapi ada juga yang tidak terlalu ramah ketika penasun mengakses LASS.

*"Dan dari dua itu eeh orang-orang di sana cukup welcome" (R2)*

*"Kan namanya orang moodnya kan nggak pernah sama kan tiap hari kan. Mungkin aja mereka mungkin di rumah lagi ada masalah, dibawa ke tempat kerja. Kadang-kadang jadi konflik gitu. Iya, setiap orang kan istilahnya nggak setiap hari baik gitu lho. Kadang-kadang mereka kerja ada masalah, ya udah imbasnya ke kita. Tapi sedikit sekalilah. Masih ada, cuman nggak banyak." (R7)*

Dari segi jumlah, staf kesehatan yang bertugas memberikan pelayanan LASS juga dirasakan masih sangat terbatas. Bahkan ada yang akhirnya memilih mengakses di LSM karena merasa petugas LSM selalu tersedia.

*"kalo di sana kan biasa eem di HRnya, di bagian harm reductionnya kan eeh jadi mereka itu kan biasa eeh kader atau eeh mungkin honorer atau bukan bukan orang puskesmasnya, jadi misal kadang-kadang kita dateng merekanya ga ada. Hm-mh, ga standby orangnya, ga selalu standby. Jadi orangnya tunggu, atau mungkin ada juga yang misalnya dia ikut eeh apa ikut terapi lain ya ada yang ikut metadon kaya di puskesmas --- kan orangnya pada punya metadon, jadi kita mesti tunggu dia sampe*

*selesai ikut metadon, sementara kadang-kadang kita butuh urgent gitu kan. Nah, mesti balik cepet ke tempat ini. Jadinya, kadang kendalanya di situ aja.” (R2)*

*“Maksudnya eeh jadi eeh sebenarnya belum waktunya tutup. Misalnya puskesmas tutupnya jam empat gitu, ntar ke sana misalnya jam dua tapi orangnya udah ga ada. Mungkin kita tanya sama yang di situ kayanya ga balik lagi gitu.” (R2)*

*“Karena katanya eeh petugasnya petugas dari LASSnya tuh eeh cuma baru diberdayakan dua orang apa berapa gitu jadi belum banyak untuk misalnya jadi kalo dia gak dateng ya udah.” (R4)*

*Dan kalo di sini (LSM) kan selalu standby ga pernah kosong. Ada terus gitu kan orang-orangnya. (R2)*

Beberapa penasun menyatakan lebih nyaman mengakses LASS di LSM karena merasa ada kesamaan latar belakang sehingga bisa lebih bebas bercerita.

*“[P] Kenapa akhirnya mau ambil yang lebih banyak mas ---?  
[N] Ya karena kenal dekat aja” (R1)*

Kedekatan dengan staf Puskesmas, terutama petugas layanan terkait mendorong penasun untuk terus mengakses LASS ke Puskesmas.

*“Mungkin ya satu pelayanannya, kedua suasananya di sini sama sama dokter-dokter di sini kan udah kenal dekat gitu” (R6)*

### **3.4.3. Faktor yang mempengaruhi tingkat efektifitas**

LASS bisa diakses melalui Puskesmas dengan pengambilan di loket poli dan LSM melalui distribusi langsung dan satelit. Beberapa puskesmas bahkan melakukan penjangkauan yang dilakukan oleh kader muda untuk dapat mendistribusikan secara langsung ke penasun. Dalam mengakses LASS yang dibutuhkan hanya menunjukkan KTP untuk pendataan dan dapat diperoleh dengan gratis. Penasun merasa saat ini sudah sangat dipermudah dalam syarat pengambilan LASS. Jam pengambilan LASS berbeda di tiap Puskesmas bergantung dari kebijakan masing-masing klinik HR. Pada beberapa Puskesmas LASS bisa diakses sepanjang jam layanan Puskesmas, namun ada juga yang hanya memberikan waktu 1-2 jam saja untuk pengambilan LASS. Hal inilah terkadang membuat penasun merasa lebih nyaman mengakses di LSM karena waktu yang lebih fleksibel.

Jumlah pengambilan jarum di Puskesmas diberikan batasan sedangkan di LSM bisa mengambil dalam jumlah yang lebih banyak asalkan mengembalikan jarum bekas. Bagi penasun yang mengambil jarum dan menggunakan napza suntik bersama dengan teman-temannya terkadang harus merelakan jarum steril mereka diberikan ke temannya yang tidak mengambil ke puskesmas. Pemahaman teman-teman LSM akan kebutuhan penasun akan jarum steril yang terkadang tidak hanya digunakan untuk dirinya sendiri mempengaruhi penasun memilih mengambil LASS di LSM.



Pilihan penasun untuk mengambil LASS sangat bergantung juga pada kedekatan dengan petugas yang melayani. Pada LSM, penasun seringkali merasakan kenyamanan untuk bisa bebas bercerita karena adanya kesamaan latar belakang, sehingga memilih mengakses LASS ke LSM. Tapi kader muda yang mampu membaur dengan penasun juga menjadi kekuatan di beberapa puskesmas dalam mendorong penasun mengakses layanan, termasuk mengambil LASS.

Ketersediaan petugas di Puskesmas juga masih menjadi tantangan, karena tingginya rotasi dan mutasi di DKI Jakarta. Perpindahan yang tinggi tanpa diikuti dengan mekanisme *transfer knowledge* bagi petugas yang menggantikan membuat kompetensi yang dimiliki oleh petugas menjadi tidak merata. Petugas LASS di puskesmas juga seringkali memiliki tugas lain, sehingga terkadang tidak selalu tersedia. Penasun terkadang harus menunggu untuk mengambil LASS karena petugas tidak tersedia atau sedang melayani pasien di bagian lain. Program LASS dirasa bertentangan dengan PTRM, sehingga masih terjadi penolakan oleh petugas kesehatan dalam mengambil LASS jika diketahui penasun tersebut merupakan pasien PTRM.

Secara umum, Penasun yang sudah mengakses LASS merasakan manfaatnya terhindar dari penularan penyakit. Selain itu, ketika mulai mengakses LASS baik melalui puskesmas ataupun LSM mendorong penasun untuk memperoleh informasi lebih dalam mengenai HIV. Secara umum, kerahasiaan pasien dinilai cukup terjaga dalam mengakses layanan di puskesmas. Hanya saja masih ada Puskesmas yang ruang antrian umum & VCT berada di ruangan yang sama sehingga pembahasan dokter dengan pasien bisa terdengar oleh pasien lain.

### **3.5. Kontribusi Integrasi terhadap Efektivitas Program**

#### **3.5.1. Kinerja LASS**

Alur data terkait LASS di DKI Jakarta harus dipahami terlebih dahulu untuk dapat melihat efektifitas cakupan LASS yang berjalan. Dinkes DKI Jakarta memposisikan Puskesmas sebagai sentral pelayanan dalam program LASS. Artinya, seluruh data cakupan penasun yang ada di wilayah tersebut tercatat di Puskesmas, termasuk hasil penjangkauan LSM. Semua LSM yang bekerja di wilayah DKI Jakarta harus melaporkan jumlah penjangkauan dan jarum terdistribusi kepada Puskesmas. Hal ini dikarenakan MPI menyarlurkan jarum yang didistribusikan oleh LSM melalui Puskesmas. Hasil pemetaan KPAP (2014) memperkirakan estimasi penasun yang berada di lima wilayah di DKI Jakarta berjumlah 4.908 orang. Dengan menggunakan data capaian tahun 2014, terlihat bahwa 64% penasun sudah terjangkau oleh program LASS. Bahkan jumlah jangkauan ini lebih besar 9% dari target yang ditetapkan dalam SRAP KPAP untuk tahun 2014. Dengan total distrusi jarum yang dilakukan di Puskesmas dan LSM, maka dapat diperkirakan setiap penasun memperoleh sekitar 16 buah jarum per bulan atau 4 buah jarum per minggu.

Sayangnya, data hasil cakupan 2014 di atas tidak dapat digunakan untuk melihat perubahan perilaku yang terjadi. Hasil STBP tahun 2011 mengungkapkan bahwa sebanyak 53% dari penasun masih melakukan berbagi *setting* basah saat melakukan perilaku menyuntik dan sebanyak 14% masih meminjam alat suntik dari sesama teman pemakainya. Selain itu, 9%

dari penasun masih menggunakan jarum bersama saat pakai. Efektifitas capaian program LASS di DKI Jakarta pada tahun 2014 baru dapat terlihat seberapa besar pengaruhnya terhadap perilaku beresiko HIV akibat pertukaran alat suntik pada saat hasil STPB tahun 2015 diterbitkan oleh Kemkes.

**Table 3: Capaian Program LASS Tahun 2014 di DKI Jakarta**

Kriteria	Target SRAP (2014)	Jumlah	Variance	Sumber
Estimasi Penasun (2012)		4.908		KPAP, 2014
# Kumulatif klien LASS di Fasyankes	n/a	13.816		SIHA, 2014
# Klien baru LASS	2898	3.157	+258 (+9%)	SIHA, 2014
#Jarum terdistribusi Fasyankes	n/a	54.546		SIHA, 2014
#Jarum terdistribusi LSM	n/a	550.994		HCPI, 2014

Sumber: hasil pengolahan data sekunder

### 3.5.2. Hubungan antara kinerja Program LASS dengan tingkat integrasi

Terdapat beberapa factor yang disinyalir berkontribusi terhadap pencapaian program LASS di DKI Jakarta. Pertama, ketersediaan LASS yang merata di semua wilayah mempermudah penasun untuk mengakses layanan. Pilihan untuk mendapatkan jarum suntik menjadi bervariasi. Penasun dapat memilih untuk mengakses jarum di Puskesmas Kecamatan, Puskesmas Kelurahan atau langsung dari LSM. Jangkauan lokasi program LASS yang mencakup 70% wilayah kecamatan di DKI Jakarta dapat menjangkau lebih banyak titik hotspots penasun yang ada. Program LASS sengaja disediakan dekat dengan kelompok penasun untuk mempermudah akses. Kedua, ketersediaan layanan juga didukung oleh koordinasi dan rujukan antara pelaku program LASS. Koordinasi dan rujukan tidak hanya dilakukan liner antara sesama fasyankes, namun juga lintas sector. Pelaku lapangan yang memiliki banyak pengetahuan teknis tentang penasun memberikan informasi, baik berupa data dan juga penasun baru ke fasyankes. Alur koordinasi dan rujukan membuat program LASS untuk terus aktif sehingga jumlah jangkauan dapat melebihi target 9% di tahun 2014. Koordinasi dan rujukan yang dilakukan dikordinasikan oleh Dinkes sebagai leading sector isu kesehatan di Provinsi. Hal ini membuat peluang program LASS untuk terus masuk dalam sirkulasi pembiayaan dan rencana strategis daerah menjadi lebih besar.

Ketiga, sumber pembiayaan untuk program LASS sudah masuk dalam alokasi dana pemerintah daerah. Setiap puskesmas dapat mengagarkannya program LASS melalui dana BLUD. Dana yang dialokasikan tidak hanya mencakup logistik alat suntik namun juga dapat digunakan untuk membiayai kader muda dari masyarakat sekitar yang berfungsi untuk berhubungan langsung dengan penasun. Adanya staf “berbaju sipil” yang memberikan layanan di Puskesmas dapat menjadi jembatan bagi penasun yang cenderung memiliki karakteristik tertutup untuk lebih merasa nyaman mengakses layanan di Puskesmas. Keempat, regulasi penyediaan dan distribusi jarum suntik dalam program LASS sudah beroperasi di DKI Jakarta. Logistik program LASS sudah masuk dalam jalur farmasi dan alkes di Puskesmas. Kebijakan Dinkes Provinsi yang mendorong Puskesmas untuk menyediakan

dana dari BLUD membuat stok jarum suntik dari pemerintah juga terjamin ketersediaannya bila sewaktu-waktu tidak ada dukungan pendanaan dari MPI.

## 4. Pembahasan

---

Dari hasil pengukuran tingkat integrasi, dapat dilihat bahwa aspek yang masih kurang terintegrasi antara sistem kesehatan nasional dan pelaksanaan program LASS adalah pada aspek partisipasi masyarakat dan akuntabilitas. Mekanisme-mekanisme dalam struktur pemerintahan untuk memastikan partisipasi masyarakat seperti Musrenbang masih kurang digunakan secara optimal dalam perancangan program seperti LASS.

Salah satu masalah utama adalah bahwa program LASS sangat spesifik menasar kelompok pengguna napza suntik, sedangkan kelompok masyarakat yang mengakses LASS kurang terpapar pada mekanisme pelibatan masyarakat seperti Musrenbang. Sebagai akibat, program LASS yang kini berjalan lebih merupakan hasil pemikiran dan perencanaan di tingkat penyedia layanan atau donor, bukan berdasarkan permintaan dari masyarakat. Keberlangsungan program LASS juga menjadi tergantung pada komitmen individual di masing-masing Puskesmas serta donor yang mendorong adanya program tersebut.

Untuk mendukung agar program LASS yang masih jelas menjadi kebutuhan kelompok penasar, mekanisme Musrenbang perlu digunakan secara lebih optimal, dengan mengadvokasi kelompok populasi kunci agar lebih aktif dalam mendorong kebutuhan program pengurangan dampak buruk. Mekanisme Musrenbang dapat menjadi pintu masuk yang efektif untuk menjustifikasi Puskesmas dalam mempertahankan dan mengembangkan program LASS, karena dapat dilihat bahwa LASS memang sebuah program yang dibutuhkan oleh komunitas. Dengan adanya justifikasi ini, dikombinasikan dengan kewenangan Puskesmas untuk menganggarkan program secara mandiri melalui mekanisme BLUD, memungkinkan bagi program LASS untuk tetap dipertahankan oleh Puskesmas. Di sisi lain, mekanisme Musrenbang juga dapat mendukung akuntabilitas program kepada pengguna layanan, karena memungkinkan pengguna layanan untuk memberikan masukan secara berkala kepada penyedia layanan.

WHO menyatakan bahwa keterlibatan masyarakat merupakan tujuan instrumental dalam kinerja optimal sistem kesehatan, dan pencapaian keterlibatan masyarakat yang optimal dapat mempengaruhi pencapaian tingkat kesehatan, seberapa tanggap-masalah (*responsiveness*) dan keadilan/kesetaraan (*fairness*) dalam pembiayaan sistem kesehatan (Murray & Frenk, 2000). Oleh sebab itu, peningkatan keterlibatan masyarakat serta dan akuntabilitas pada masyarakat penerima manfaat akan semakin memperkuat kinerja sistem kesehatan nasional pada umumnya, serta kinerja program di dalamnya – seperti program LASS secara khususnya.

Di lain pihak, penelitian ini menunjukkan bahwa aspek-aspek yang sudah terintegrasi dengan penuh mencakup aspek pembiayaan, aspek kordinasi dan rujukan, ketersediaan layanan, serta aspek penganggaran, proporsi, distribusi, dan pengeluaran. Secara umum, pembiayaan program LASS di Jakarta memungkinkan untuk didukung penuh oleh pembiayaan daerah dan tidak lagi tergantung donor. Sistem rujukan dan koordinasi juga sudah terjalin dengan baik pada prakteknya, meski masih ada masalah dalam pelaporan dan pemanfaatan data. Sebagai akibat, pelaksana program seringkali harus mencari “*loophole*”

atau “jalan pintas” untuk memastikan bahwa rujukan yang dibutuhkan dapat dilakukan, karena sistem yang ada belum sepenuhnya mendukung. Meskipun demikian, integrasi yang penuh di aspek-aspek ini menjadi pendukung dalam berjalannya program LASS di Jakarta. Sebuah tinjauan sistematis yang dilakukan oleh Suter, et al (2009) menemukan bahwa struktur pengelolaan dan manajemen finansial yang baik merupakan dua dari sepuluh faktor utama yang mendukung kesuksesan integrasi sistem kesehatan untuk berfungsi dengan baik. Pada program LASS di Jakarta, dapat dikatakan bahwa integrasi penuh di aspek pembiayaan, koordinasi dan rujukan, serta penganggaran ini berpotensi untuk benar-benar mendukung keberhasilan program LASS secara berlanjut.

## 5. Kesimpulan dan Rekomendasi

---

Penanggulangan HIV sudah menjadi prioritas kesehatan di DKI Jakarta. Isu HIV sudah masuk sebagai program prioritas dalam RPJPD 2005-2025 dan RPJMD 2013-2017 yang mengacu pada MDGs untuk memastikan prioritas Pemda dalam meningkatkan cakupan akses layanan kesehatan termasuk HIV. Komitmen politik Pemerintah Daerah terlihat dari peran dan kebijakan yang diambil oleh Gubernur DKI Jakarta yang diikuti oleh Pemda dan SKPD lainnya. Selain itu, terdapat beberapa kebijakan kunci di DKI Jakarta termasuk Perda HIV nomor 5 tahun 2008 tentang penanggulangan HIV&AIDS sebagai kebijakan daerah terkait HIV; Pergub nomor 26 tahun 2012 tentang pembentukan KPAP/K sebagai salah satu kebijakan daerah terkait HIV dan Surat edaran Kepala Dinkes tahun 2009 tentang kemandirian Pemda untuk menganggarkan pertemuan penasun, pertemuan keluarga, pemberian jarum, pembelian metadon.

Dinkes berperan sebagai *leading sector* HIV dengan didukung peran KPAP yang mengkoordinir lembaga lainnya dalam program HIV, Puskesmas melakukan layanan HIV dan HR/LASS. Program LASS awalnya dilakukan oleh LSM namun sejak 2005 Puskesmas mulai menjalankan program LASS. Pada 2014 terdapat 38 Puskesmas dan enam LSM yang menjalankan program LASS di DKI Jakarta, melalui dukungan APBD dan MPI. LASS bisa diakses melalui Puskesmas dengan pengambilan di loket poli dan LSM melalui distribusi langsung dan satelit. Beberapa puskesmas bahkan melakukan penjangkauan yang dilakukan oleh kader muda untuk dapat mendistribusikan secara langsung ke penasun. Pilihan penasun untuk mengambil LASS sangat bergantung juga pada kedekatan dengan petugas yang melayani. Ketersediaan petugas di Puskesmas juga masih menjadi tantangan, karena tingginya rotasi dan mutasi di DKI Jakarta. Secara umum, Penasun yang sudah mengakses LASS merasakan manfaatnya terhindar dari penularan penyakit. Kerjasama antar pemangku kepentingan sudah mulai terjalin namun kelihatannya masih ada beberapa hambatan dalam saling berkoordinasi. Adanya kerancuan mengenai wewenang dan tanggung jawab terlihat cukup mempengaruhi jalannya program.

Dari hasil analisa pengolahan data dapat disimpulkan bahwa tingkat integrasi sistem kesehatan di setiap sub-dimensi di DKI Jakarta memiliki tingkat yang berbeda. Sub-dimensi yang dinilai sudah terintegrasi secara penuh dengan sistem kesehatan adalah 1] Penggagaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran; 2] Pembiayaan; 3] Ketersediaan layanan; dan 4] Kordinasi dan rujukan. Sedangkan sub-dimensi yang masing masuk dalam kategori terintegrasi sedang adalah 1] regulasi; 2] Formulasi Kebijakan; 3] Pengelolaan sumber pembiayaan; 4] Mekanisme pembiayaan; 5] Komponsasi; 6] Regulasi penyediaan penyimpanan, diagnostik; 7] Sumber daya; 8] Singkronisasi sistem informasi; 9] Diseminasi dan pemanfaatan; dan jaminan kualitas layanan. Selain itu, masih ada sub-dimensi yang dinilai tidak terintegrasi dengan sistem kesehatan yaitu 1] Akuntabilitas; 2] Kebijakan dan sistem manajemen; dan 3] Partisipasi masyarakat.

Pemetaan KPAP (2014) memperkirakan estimasi penasun yang berada di lima wilayah di DKI Jakarta berjumlah 4.908 orang. Dengan menggunakan data capaian tahun 2014, terlihat bahwa 64% penasun sudah terjangkau oleh program LASS. Bahkan jumlah jangkauan ini lebih besar 9% dari target yang ditetapkan dalam SRAP KPAP untuk tahun 2014. Dengan total distrusi jarum yang dilakukan di Puskesmas dan LSM, maka dapat diperkirakan setiap penasun memperoleh sekitar 16 buah jarum per bulan atau 4 buah jarum per minggu.

Terdapat beberapa factor yang disinyalir berkontribusi terhadap pencapaian program LASS di DKI Jakarta. Pertama, ketersediaan layanan alat suntik steril yang merata di semua wilayah mempermudah penasun untuk mengakses layanan. ketersediaan layanan juga didukung oleh kordinasi dan rujukan antara pelaku program LASS. Sumber pembiayaan untuk program LASS sudah masuk dalam alokasi dana pemerintah daerah. Regulasi penyediaan dan distribusi jarum suntik dalam program LASS sudah beroperasi di DKI Jakarta

Berdasarkan kesimpulan diatas, beberapa rekomendasi kami berikan sebagai berikut:

1. Perlu adanya kebijakan dan peraturan yang mendukung program pengurangan dampak buruk secara spesifik dengan merefleksikan kekurangan yang masih ada selama program LASS berjalan, seperti dukungan hukum bagi pelaksana program, penjangkauan, mekanisme pelaporan satu pintu dan pemanfaatan data bagi LSM pelaksana program.
2. Pendidikan bagi komunitas mengenai sistem perencanaan daerah sehingga dapat melibatkan diri dalam Musrenbang dan konsultasi publik yang disediakan Pemda
3. Pemda melakukan *affirmative action* - difasilitasi dinkes/KPA- yang turut melibatkan komunitas terdampak HIV (LSM, komunitas Penasun) dalam perencanaan dan monitoring agar kebutuhan mereka terakomodasi - aksi afirmatif mengingat kelompok ini marjinal secara sosial, politik dan ekonomi dari masyarakat dan seluruh proses pemerintahannya.
4. Memperjelas sistem rekrutmen dan deskripsi kerja untuk pelaksana program LASS, termasuk bagi kader muda dan pegawai honorer untuk menjamin kualitas kerja yang efektif;
5. Kompilasi kebutuhan pelatihan dari Puskesmas ke Dinkes sebelum proses pengajuan APBD dilakukan, lengkap dengan penilaian urgensi kebutuhan. Bila dimungkinkan, Dinkes menyediakan format resmi untuk menjamin terlaksananya pelatihan yang dibutuhkan dan pemerataan kebutuhan pelatihan;
6. Menerapkan sistem *Handover note* untuk solusi rotasi yang tinggi termasuk mapping kebutuhan peningkatan kapasitas untuk posisi yang ditinggalkan, rencana tindak lanjut, jejaring kerjasama & rujukan
7. Perlu ada mekanisme pengelolaan anggaran oleh KPAP/K agar pengelolaan APBD, BLUD bahkan pendanaan swasta terpantau oleh Pemda. Mekanisme ini memungkinkan pemda untuk melihat sejauh mana pemanfaatan dana sudah dilakukan secara efektif. Selain itu, menjamin keberlanjutan pendanaan karena sudah masuk sebagai bagian dari pemantauan dan perencanaan oleh Pemda;

8. Sistematisasi pencatatan di tingkat layanan agar terkonsolidasi hingga ke tingkat propinsi dengan akurat;
9. Sistem informasi memperjelas tata kelola data dan pelaporan LASS antara penyakit menular dan tidak menular sehingga tidak terjadi tumpang tindih/overlapping pelaporan dan mempermudah evaluasi penggunaan napza di DKI Jakarta;
10. Penyediaan bagi mereka yang tidak punya KTP terutama terkait rujukan perlu jadi perhatian sebagai bagian dari risiko Jakarta sebagai ibukota yang membuka akses bagi semua warga untuk datang;
11. Melakukan pengkajian untuk rencana menaikkan status Puskesmas menjadi Rumah Sakit tipe D mengingat fitrah Puskesmas dibuat adalah untuk memberikan layanan primer lebih dekat ke masyarakat. Peningkatan status Puskesmas berpotensi untuk menjauhkan akses kesehatan masyarakat;
12. Memasukan program LASS dalam ISO Puskesmas untuk menjamin kualitas layanan dan ketertiban administrasi dan pelayanan dan membuka peluang masukan dari penerima manfaat untuk perbaikan program kedepannya.



## Daftar Pustaka

---

- Atun, R. et al. 2010. Integration of Targeted Health Interventions into Health Systems: a Conceptual Framework for Analysis. *Health Policy and Planning*. 23: 104-111.
- 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
- 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 DKI Jakarta. 2013. Rencana Strategi Dinas Kesehatan DKI Jakarta tahun 2013-2017.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Estimasi Jumlah Populasi Kunci Terdampak HIV Tahun 2012.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Integrated Biological & Behavioral Survey (IBBS) Report 2013.
- Kementerian Kesehatan. (2014). Inilah Terobosan Selama 8 Tahun Pengendalian Hiv/Aids Di Indonesia. Diakses pada 23 November 2015 dari <http://www.depkes.go.id/article/print/201408140002/inilah-terobosan-selama-8-tahun-pengendalian-hiv-aids-di-indonesia.html>
- Kementerian Kesehatan. 2015. Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS di Indonesia Triwulan III.KPAP DKI Jakarta. 2013. Evaluasi Program Penanggulangan HIV dan AIDS di DKI Jakarta 2008-2012.
- KPAP DKI Jakarta. 2013. SRAP Penanggulangan HIV dan Aids tahun 2013-2017.
- KPAP DKI Jakarta. 2014 Laporan Hasil Pemetaan Populasi Kunci Provinsi DKI Jakarta.
- Mesquita, et al (2007). "Public Health the Leading Force of the Indonesian Response to the HIV/AIDS Crisis among People Who Inject Drugs" Harm Reduction Journal. V4.(9).
- PERDA 6/2012 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah tahun 2005-2025.
- PERDA nomor 2/2013 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah tahun 2013-2017.
- PERDA nomor 4 tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah.
- PERDA nomor 5 tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.

PERGUB 55 tahun 2013 tentang Tata Cara Pengusulan, Evaluasi, Penganggaran, Pelaksanaan, Penatausahaan, Pertanggungjawaban, Pelaporan & Monitoring Hibah, Bantuan Sosial, dan Bantuan Keuangan yang Bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah. PERGUB nomor 123 tahun 2014 tentang Kepesertaan dan Pelayanan Jaminan Kesehatan.

PERGUB nomor 183 tahun 2012 tentang Pemulihan Adiksi Berbasis Masyarakat PERGUB nomor 26 tahun 2012 tentang Komisi Penanggulangan Provinsi dan Kota/Kabupaten Administrasi.

PERGUB nomor 20 tahun 2014 tentang Penyusunan, Penetapan, Penerapan, dan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal di Bidang Kesehatan PERGUB nomor 233 tahun 2014 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan.

Pope C., Ziebland S., Mays N. 2000. Analysing Qualitative Data: Qualitative Research in Health Care. *BMJ*, 320: 114-116.

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.

Surat Edaran Kepala Dinas tentang Kemandirian Penganggaran Program Pengurangan dampak buruk No. 3884/1.778/2009.

Surat Edaran Kepala Dinkes Provinsi DKI Jakarta No. 63/SE/2012 tentang Layanan Jarum dan Alat Suntik Steril di DKI Jakarta.

UNODC. 2012. Direktori Layanan Perawatan Ketergantungan Napza & HIV di 5 Provinsi.