

## EVALUASI PELAKSANAAN LAYANAN PERAWATAN, DUKUNGAN DAN PENGOBATAN (PDP) HIV-AIDS DI JAWA BARAT DAN PAPUA TAHUN 2012

### *Evaluation of HIV-AIDS Care, Support And Treatment (CST) Services In West Java and Papua, 2012*

<sup>1</sup>Mujiati\*, <sup>1</sup>Jerico Franciscus Pardosi, <sup>1</sup>Muhamad Syaripuddin

<sup>1</sup>Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes

Email: muji\_ballz2@yahoo.com\*

#### **Abstract**

**Background.** Global HIV epidemic enters a critical condition. An increasing number of HIV-AIDS cases in Indonesia have impacted the need of Care, Support and Treatment (CST) services. Although the number of services and coverage increased sharply but in general CST services still face many problems.

**Objective.** Evaluating the implementation of care, support and treatment of HIV-AIDS in West Java and Papua.

**Method.** This study is an operational research in Hasan Sadikin Hospital and Immanuel Hospital located in Bandung, West Java and Papua Dok II Hospital and Dian Harapan Hospital, located in Jayapura, Papua. Informants were selected by purposive sampling, i.e. the policy holder in the hospital with CST services, using an in-depth interview guidance. The interview results were analyzed by using content analysis technique. The evaluated components were the position of the CST service, staff training, availability of guidance books, CST service mechanisms, ARV logistic management, and psychosocial support.

**Results.** Implementation of the CST services in West Java is quite established. Nevertheless, problem such as handbook as a reference implementation of the CST service is not yet available in its health care with CST services, ARV logistik management system embracing decentralization but pharmaceutical warehouse still in Jakarta, and only some CST services that provide psychosocial support to people living with HIV. Whereas CST services in Papua has been running well technically, is a constraint that is not yet the service entry of the CST to the organizational structure of the hospital, the unclear division of tasks and responsibilities, as well as the unavailability of the CST guidance books in all hospitals in Papua.

**Conclusions.** The clarity is needed in the position of the CST service hospital organizational structure, roles, and authority, should have a handbook as a reference in the CST services, and shall provide psychosocial support for people living with HIV.

**Keywords:** Care, Support, Treatment, HIV-AIDS, services, evaluation

#### **Abstrak**

**Latar belakang.** Epidem HIV secara global memasuki kondisi kritis. Peningkatan jumlah kasus HIV-AIDS di Indonesia berdampak pada kebutuhan layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP). Meski jumlah layanan dan cakupan PDP meningkat tajam namun secara umum layanan PDP masih menghadapi berbagai masalah. **Tujuan.** Mengevaluasi pelaksanaan layanan perawatan, dukungan dan pengobatan HIV-AIDS di Jawa Barat dan Papua. **Metode.** Penelitian ini merupakan riset operasional di Rumah Sakit (RS) Hasan Sadikin dan RS Immanuel yang terletak di Kota Bandung, Provinsi Jawa Barat serta RS Dok II Papua dan RS Dian Harapan yang terletak di Kota Jayapura, Provinsi Papua. Informan dipilih secara purposive sampling, yaitu pemegang kebijakan di RS dengan layanan PDP dengan wawancara mendalam. Hasil wawancara dianalisis dengan teknik analisis isi. Hal yang dievaluasi yaitu kedudukan layanan PDP, pelatihan petugas, ketersediaan buku pedoman, mekanisme layanan PDP, manajemen logistik ARV, serta dukungan psikososial.

**Hasil.** Pelaksanaan layanan PDP di Jawa Barat sudah cukup baik. Hal yang masih menjadi kendala yaitu buku pedoman sebagai acuan dalam pelaksanaan layanan PDP belum tersedia secara keseluruhan di pelayanan kesehatan dengan layanan PDP, manajemen logistik ARV menganut system desentralisasi namun gudang farmasi masih berada di Jakarta, dan hanya sebagian layanan PDP yang memberikan dukungan psikososial kepada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Sedangkan layanan PDP di Papua secara teknis sudah berjalan baik, yang menjadi kendala yaitu belum masuknya layanan PDP ke dalam struktur organisasi RS, belum jelasnya pembagian tugas dan wewenang, serta belum tersedianya buku pedoman layanan PDP di seluruh RS di Papua. **Kesimpulan.** Pentingnya kejelasan kedudukan layanan PDP dalam struktur organisasi RS, kejelasan pembagian tugas dan wewenang, harus memiliki buku pedoman sebagai acuan dalam layanan PDP, dan wajib memberikan dukungan psikososial.

**Kata kunci :** Perawatan, Dukungan, Pengobatan, HIV-AIDS, Layanan, Evaluasi

## PENDAHULUAN

Epidemi HIV secara global memasuki kondisi kritis. Di dunia, setiap tahunnya terdapat lebih dari 20 juta kasus kematian dengan 40 juta orang terinfeksi akibat epidemi HIV tersebut. Para pakar epidemiologi di Indonesia memperkirakan jumlah kasus AIDS pada tahun 2015 akan mencapai 1 juta orang dengan 350.000 kasus kematian. Tidak hanya itu, pada tahun tersebut akan terjadi sebanyak 38.500 anak dengan HIV positif sebagai akibat transmisi dari ibu ke anak. Jumlah kumulatif HIV dan AIDS di Indonesia tertinggi adalah di DKI Jakarta (20.126 HIV 5.118 AIDS) dan terendah di Provinsi Sulawesi Barat (28 HIV dan 0 AIDS).<sup>1</sup> Di Papua, prevalensi HIV/AIDS 1% pada populasi umum yang berarti bahwa situasi masuk dalam kategori epidemi umum.<sup>3</sup> Sedangkan Provinsi Jawa Barat, menempati urutan ke empat dengan jumlah penderita HIV-AIDS terbanyak.<sup>1</sup>

Upaya pencegahan dan terapi merupakan upaya yang berkesinambungan. Semula upaya pencegahan merupakan kegiatan utama dalam penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia karena jumlah anggota masyarakat yang terinfeksi HIV/AIDS masih sedikit sehingga terbuka kesempatan luas untuk mencegah penularan di masyarakat. Namun dengan semakin banyaknya orang yang terinfeksi HIV di Indonesia maka dibutuhkan upaya terapi dan dukungan.<sup>2</sup>

Peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia berdampak pada kebutuhan layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP). Menurut data dari Pusat Komunikasi Publik (Puskom Publik) Kementerian Kesehatan RI, sampai dengan September 2012, sudah tersedia 322 layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP) yang aktif melakukan pengobatan ARV, terdiri dari 238 RS Rujukan PDP (induk) dan 85 satelit.<sup>2</sup>

Meski jumlah layanan dan cakupan PDP meningkat tajam namun secara umum layanan PDP masih menghadapi berbagai masalah, diantaranya yaitu: biaya untuk diagnosis dan terapi infeksi oportunistik mahal dan sebagian besar biaya ini masih ditanggung oleh Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dan keluarga; kemampuan layanan masih beragam; masih diperlukan SDM yang berpengalaman; dukungan pengadaan fasilitas dan peralatan

medik untuk menerapkan kewaspadaan universal masih minim; kurangnya komunikasi antara pembuat kebijakan dengan pelaksana di lapangan; dan manajemen logistik (perencanaan, pengadaan obat ARV, pendistribusian, dan pemantauan) belum tertata dengan baik sehingga masih dialami adanya kekurangan obat, kelebihan obat, atau terlambatnya distribusi.<sup>2</sup>

Dari permasalahan secara umum tersebut, penulis bermaksud melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan layanan PDP di Provinsi Papua yang diwakili oleh RS Dok II Papua dan Rumah Sakit Dian Harapan, serta di Provinsi Jawa Barat yang diwakili oleh RS Hasan Sadikin dan RS Immanuel. Komponen evaluasi meliputi tentang kedudukan layanan PDP, pelatihan petugas, ketersediaan buku pedoman, mekanisme layanan PDP, manajemen logistik ARV, serta dukungan psikososial. Evaluasi ini penting dilakukan, karena dari kegiatan tersebut dapat diketahui hambatan atau kendala di setiap komponen layanan PDP untuk peningkatan layanan PDP di Jawa Barat dan Papua.

Tulisan ini merupakan bagian dari penelitian yang berjudul Peningkatan Kualitas Manajemen Logistik dan Perbaikan Kepatuhan Minum Obat pada ODHA di Provinsi Jawa Barat dan Papua Tahun 2011-2012, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA dengan perbaikan akses dan perilaku berobat.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan kualitatif menggunakan teknik wawancara mendalam. Lokasi penelitian di RS Hasan Sadikin dan RS Immanuel yang terletak di Kota Bandung, Provinsi Jawa Barat serta RS Dok II Papua dan RS Dian Harapan yang terletak di Kota Jayapura, Provinsi Papua. Alasan dipilih Provinsi Papua karena termasuk provinsi dengan kasus HIV/AIDS yang tinggi dan letaknya jauh dari Pusat (Jakarta), sedangkan Provinsi Jawa Barat karena termasuk provinsi dengan kasus HIV/AIDS yang tinggi dan letaknya paling dekat dengan Pusat (Jakarta). Informan dipilih secara *purposive sampling*, yaitu pemegang kebijakan di RS dengan layanan PDP. Instrumen penelitian berupa pedoman wawancara mendalam. Hasil

wawancara kemudian dianalisis dengan teknik analisis isi (*content analysis*).

## HASIL

Hasil analisis isi dari wawancara mendalam dengan informan di 4 RS DI Provinsi Jawa Barat dan Papua terdapat pada tabel berikut. Dari analisis isi tersebut, di Kota Bandung, Provinsi Jawa Barat, telah memiliki konsep, tujuan, strategi dan kegiatan dalam penanggulangan HIV/AIDS. Layanan PDP di Kota Bandung memberikan layanan konseling berobat, tindakan pencegahan, dukungan dan pemahaman yang baik, memberikan konseling kepatuhan minum obat, melayani pengobatan untuk infeksi oportunistik, dan sebagainya. Keberadaan layanan PDP dalam struktur organisasi di Klinik Teratai berada di bawah Direktur Medis dan Keperawatan Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS). Surat Keputusan diperbaharui setiap 3 (tiga) tahun sekali dengan Surat Keputusan terakhir adalah SK 2010-2013. Tidak ada perbedaan yang ditemukan antara VCT dan PDP di Klinik Teratai ini. Klinik Teratai menggunakan buku pedoman yang digunakan dari Kementerian Kesehatan dan Buku Panduan "Dukungan, Perawatan, dan Pengobatan Komprehensif HIV/AIDS" terbitan Pusat Informasi Ilmiah Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran UNPAD, RS Hasan Sadikin, tahun 2010.

Layanan PDP di Kota Jayapura Provinsi Papua memiliki konsep, tujuan, strategi dan kegiatan dalam penanggulangan HIV/AIDS yaitu memberikan perawatan, pengobatan dan dukungan. Petugas PDP di Kota Jayapura terbentuk tanpa ada Surat Keputusan dan menggunakan buku pedoman yang diterbitkan tahun 2004, seperti petikan wawancara berikut:

*"(untuk kebijakan) Tidak ada secara tertulis dari RS, nggak ada..."*

Petugas yang menangani layanan PDP sudah pernah mendapat pelatihan bahkan juga sebagai *trainer* dan memiliki sertifikat pelatihan yang cukup banyak. Mekanisme layanan khusus belum ada dalam layanan PDP di Papua, satu layanan yang dilaksanakan secara bersama-sama.

*"Tim khususnya....yach tidak ada yach...kita semua bekerja, sama-sama yach.. Nggak ada tim ini untuk ini, nggak ada. Kita di sini kan*

*kerja bakti semua, tidak ada spesifik si ini memegang ini."*

Kebijakan yang berlaku di Papua untuk pasien baru yang memenuhi kriteria pemberian terapi ARV adalah konseling menyeluruh oleh petugas PDP. Konseling meliputi pentingnya kedisiplinan minum obat, tentang efek samping dan pengaruh obat, dan mengenai stadium perjalanan penyakit AIDS. Untuk obat, pengambilan oleh Klinik PDP dilakukan secara langsung dari gudang obat sambil menyerahkan laporan pemakaian obat.

Indikator pemeriksaan laboratorium yang dilakukan untuk memantau perjalanan penyakit yaitu kadar CD4 dalam darah penderita selama 1 – 2 bulan pertama dan dalam 1 – 2 minggu. Selain itu, juga dijelaskan mengenai dampak dan pentingnya ARV, pentingnya Pendamping Minum Obat (PMO), dan petugas akan memberikan bantuan bila pasien memerlukan pendampingan. Dukungan ekonomi juga diberikan terhadap pasien oleh tim layanan PDP. Dukungan tersebut dapat berupa bantuan bahan makanan yang jumlahnya ditentukan oleh tim PDP. Selain itu dukungan psikososial juga didapatkan dari keluarga, LSM atau kelompok. Jika pasien mengalami masalah psikologis dari pasien, akan ada dokter khusus yang menangani masalah psikologis.

## PEMBAHASAN

Hingga saat ini HIV masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat utama di Indonesia. Sejak pertama kali ditemukan (1987) sampai dengan tahun 2011, kasus HIV teridentifikasi tersebar di 368 (73,9%) dari 498 kabupaten/kota di seluruh (33) provinsi di Indonesia. Provinsi pertama kali ditemukannya adanya kasus HIV adalah Provinsi Bali (1987), sedangkan yang terakhir melaporkan adanya kasus HIV (2011) adalah Provinsi Sulawesi Barat. Berdasarkan data terbaru, kejadian penularan infeksi HIV di Indonesia banyak melalui hubungan seksual dengan orang yang terinfeksi tanpa menggunakan kondom. Diikuti oleh penggunaan alat suntik yang tercemar darah yang mengandung HIV (karena penggunaan alat suntik secara bersama di antara para pengguna Napza suntikan), dan ditularkan dari ibu pengidap HIV kepada anaknya, baik selama kehamilan, persalinan atau selama menyusui. Cara penularan lain adalah melalui transfusi darah yang tercemar,

alat tusuk dan peralatan lainnya (tato, dan lain-lain) dan adanya infeksi menular seksual seperti sifilis.<sup>3</sup>

Sejak beberapa tahun belakangan ini telah banyak kemajuan dicapai dalam program pengendalian HIV di Indonesia. Berbagai layanan terkait HIV telah dikembangkan dan dimanfaatkan oleh masyarakat yang membutuhkannya yaitu para populasi kunci dengan jumlah yang terus meningkat. Namun demikian efektifitas maupun kualitas intervensi dan layanan tersebut masih belum merata dan belum semuanya saling terkait. Selain itu, masih banyak tantangan yang harus dihadapi seperti jangkauan layanan, cakupan, maupun retensi klien pada layanan, termasuk di wilayah dengan beban yang tinggi. Hal ini sesuai dengan rekomendasi *External Review 2011 of the Health Sector Response to HIV* yang diselenggarakan pada bulan September 2011. Rekomendasi tersebut menggaris bawahi kebutuhan akan pengembangan layanan komprehensif yang menjamin kesinambungan antara upaya pencegahan dan perawatan dengan lebih melibatkan masyarakat terkait. Beberapa rekomendasi dari kegiatan *review* lain juga menekankan hal yang sama, yaitu:<sup>3</sup>

1. Harus segera dilakukan penguatan sistem kesehatan dan layanan pencegahan dan perawatan yang berkesinambungan dengan jejaring kerjasama yang lebih dekat dengan organisasi kemasyarakatan.
2. Peningkatan cakupan dan retensi layanan terapi ARV dengan menerapkan perawatan ODHA yang berkesinambungan di tingkat kabupaten/ kota.
3. Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan
4. Pedoman nasional tatalaksana HIV dan terapi ARV yang terbaru perlu segera diterapkan.

Direkomendasikan pula untuk mengadaptasi sistem penyelenggaraan salah satu pilar dari prakarsa Treatment 2.0 yang merupakan suatu prakarsa baru dari WHO dan UNAIDS dalam pengendalian HIV. Treatment 2.0 menekankan penyederhanaan pemberian terapi ARV, penggunaan teknik diagnosis dan pemantauan sederhana di tempat, mengurangi biaya, mengadaptasi sistem layanan sesuai kondisi setempat dan melibatkan masyarakat. Dengan demikian, upaya pencegahan dapat dipercepat peningkatannya. Hal tersebut hanya akan

terwujud dengan mempromosikan desentralisasi layanan pengobatan dengan pendekatan pendelegasian tugas (*task shifting approach*).<sup>3</sup>

Permasalahan medis yang dihadapi ODHA dapat berupa infeksi oportunistik, gejala simtomatik yang berhubungan dengan AIDS, ko-infeksi, sindrom pemulihan kekebalan tubuh serta efek samping dan interaksi obat ARV. Sedangkan masalah psikologis yang mungkin timbul yang berkaitan dengan infeksi HIV/AIDS adalah depresi, ansietas, gangguan kognitif serta gangguan kepribadian sampai psikosis. Masalah sosial yang dapat timbul pada HIV/AIDS adalah diskriminasi, pengucilan/stigmatisasi, pemberhentian dari pekerjaan, perceraian, serta beban finansial yang harus ditanggung ODHA. Masalah psikososial dan sosioekonomi tersebut sering kali tidak saja dihadapi oleh ODHA, namun juga oleh keluarga dan kerabat dekatnya.<sup>2</sup>

PDP merupakan singkatan dari perawatan, dukungan dan pengobatan (*Care, Support and Treatment*), adalah suatu layanan terpadu dan berkesinambungan untuk memberikan dukungan baik aspek manajerial, medis, psikologis maupun sosial untuk mengurangi atau menyelesaikan permasalahan yang dihadapi ODHA selama perawatan dan pengobatan. Layanan PDP baru berkembang di Indonesia sejak program *3 by 5* diluncurkan WHO pada tahun 2004. Meskipun layanan PDP dengan skala kecil telah berjalan di kota besar sejak munculnya kasus HIV/AIDS, pemerataan layanan PDP ke masyarakat berjalan secara bertahap. Pada tahun 2004, pemerintah juga telah menetapkan 25 rumah sakit sebagai pelaksana layanan PDP. Pada tahun yang sama pemerintah telah menyediakan obat ARV generik dan diberikan secara gratis, terutama kepada ODHA yang miskin. Untuk meningkatkan kompetensi RS tersebut, pemerintah telah melakukan pelatihan nasional baik untuk dokter, perawat, konselor, serta tenaga kesehatan lain. Dengan semakin meningkatnya kasus ODHA dan meningkatnya jumlah RS dan provinsi yang melaporkan adanya kasus ODHA serta kebutuhan untuk meningkatkan akses dan mutu layanan, pengembangan RS layanan PDP semakin mendesak.<sup>2</sup> Layanan PDP juga merupakan salah satu bentuk dari layanan komprehensif HIV dan IMS berkesinambungan.<sup>3</sup>

Pelaksanaan PDP di Kota Bandung dapat dikatakan sudah baik dari segi struktur organisasi maupun pembagian tugas dan kewajiban yang harus dijalankan. Dengan keberadaan Surat Keputusan dan keberadaan klinik di bawah Direktur Medik dan Keperawatan mencerminkan kepedulian manajemen terhadap keberadaan dan pentingnya Klinik Teratai. Penetapan lokasi layanan dan penunjukan tim yang bertugas, menunjukkan keseriusan manajemen dalam memberikan layanan terhadap pasien ODHA yang berobat ke rumah sakit. Hal ini perlu dicontoh oleh rumah sakit atau penyedia layanan lainnya dalam melayani pasien ODHA. Baiknya layanan akan menyebabkan pasien meningkat, hal ini juga dirasakan oleh RSHS, dimana meningkatnya jumlah pasien tidak disertai dengan meningkatnya petugas kesehatan yang bekerja. Kerja keras dan terus menerus akan meningkatkan beban kerja dan dapat mengurangi kualitas layanan yang diberikan. Hal ini perlu mendapat perhatian dari manajemen dan pengelola klinik.

Di Papua, layanan klinik di RS belum memiliki Surat Keputusan dan struktur organisasi yang jelas. Demikian halnya dengan pembagian tugas dan wewenang dalam menangani pasien, maka tak heran apabila ada pasien baru mereka memberikan layanan secara bersamaan. Namun demikian, klinik memiliki konselor yang bagus sehingga mereka dapat menjalankan layanan terapi dengan baik tanpa kendala yang berarti. Hal positif yang bisa diperoleh dari RS di Papua adalah mereka menekankan akan kepatuhan pasien untuk minum ARV. Sebelum pasien memulai terapi ARV, pasien harus menjalani beberapa konseling yang baik, termasuk di dalamnya bagaimana mereka bersikap apabila mengalami efek samping karena obat ARV. Konseling yang baik pada akhirnya akan menyebabkan mereka patuh dan mau minum obat dengan teratur. Kebijakan ini perlu ditiru di tempat lain mengingat efek samping obat ARV akan timbul 12-16 minggu pertama ketika mulai minum obat ARV.

Di Kota Bandung, meningkatnya jumlah pasien tidak disertai dengan meningkatnya jumlah petugas kesehatan yang melayani. Hasil penelitian di Afrika Selatan, menunjukkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah masalah logistik, yang antara

lain meliputi kurangnya tenaga konselor, lamanya pelayanan serta minimnya dukungan tindak lanjut pasca testing.<sup>4</sup> Namun di Kota Bandung, pada saat penelitian dilakukan, dampak tersebut sepertinya belum berlaku, karena meskipun jumlah tenaga kesehatan belum bertambah, tapi jumlah pasien yang datang untuk memperoleh layanan terus meningkat. Kondisi serupa pernah terjadi di Lesotho, dimana dengan sumberdaya manusia yang terbatas, namun tetap mampu meningkatkan jumlah ODHA yang melakukan perawatan dan pengobatan ke pelayanan kesehatan primer. Program di Lesotho tersebut menyoroti bagaimana meningkatkan perawatan HIV dengan cara memperkuat sistem perawatan kesehatan primer dan memvalidasi beberapa daerah penting untuk pengalihan tugas, termasuk di dalamnya adalah *nurse-driven Antiretroviral Therapy* untuk orang dewasa dan anak-anak, dan pengujian konselor awam dalam melakukan konseling dan manajemen kasus.<sup>5</sup> Pengalihan tugas atau *task shifting* ini menjadi salah satu hal yang penting yang dapat menjadi pilihan dalam menyikapi kondisi terbatasnya jumlah sumber daya manusia kesehatan.

Hasil *systematic review* yang dilakukan oleh Mike Callaghan dan kawan-kawan (2010) tentang pengalihan tugas dalam pengobatan dan perawatan HIV di Afrika menyimpulkan bahwa pengalihan tugas merupakan strategi yang efektif untuk mengatasi kekurangan tenaga kesehatan dalam pengobatan dan perawatan HIV. Tugas pergeseran ini menawarkan kualitas yang tinggi, dapat menghemat biaya perawatan pasien dibandingkan dengan model *physician-centered*. Tantangan utama implementasi ini yaitu antara lain pentingnya pelatihan yang memadai dan berkelanjutan, dukungan dana untuk membayar staf dalam peran baru tersebut, dan integrasi anggota baru ke dalam tim kesehatan.<sup>6</sup>

Terkait dengan pelatihan, seluruh informan di 4 RS menyatakan pernah mengikuti atau mendapat pelatihan. Pelatihan ini penting dalam rangka meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan kinerja petugas kesehatan terkait dengan tugas pokok dan fungsinya dalam memberikan pelayanan. Fasilitas pelayanan kesehatan dapat berfungsi dengan baik dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, apabila didukung dengan

sarana dan prasarana, tenaga kesehatan, serta pembiayaan yang memadai. Tenaga kesehatan harus tersedia dan terdistribusi secara merata dalam jumlah dan jenis, serta berkualitas sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.

Hal tersebut sesuai dengan Visi Pengembangan Tenaga Kesehatan di Indonesia yaitu "Seluruh Penduduk Memperoleh Akses terhadap Tenaga Kesehatan yang Berkualitas".<sup>7</sup>

Buku pedoman tentang layanan PDP juga merupakan salah satu input penting sebagai acuan dalam melakukan tata laksana layanan berkaitan dengan perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA. Buku pedoman tersebut seharusnya ada dan digunakan dalam sarana kesehatan yang memberikan layanan PDPD. Namun dari hasil wawancara mendalam di 4 RS, hanya 2 RS yang memiliki buku pedoman layanan PDP.

Manajemen logistik ARV di Jawa Barat menggunakan sistem sentralisasi, sedangkan sistem desentralisasi baru dimulai tahun 2011 dan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Hingga saat penelitian dilakukan sudah melayani 20 RS. Meskipun sudah menerapkan sistem desentralisasi tetapi gudang ARV masih berlokasi di gudang Kimia Farma Pulo Gadung, Jakarta. Dinkes Kota Bandung tidak terlibat secara langsung dalam hal logistik ARV hanya ada tembusan laporan dari RS atau laporan dari Puskesmas ke Pemegang Program HIV-AIDS, termasuk tentang penggunaan ARV. Di gudang Dinas Kesehatan Kota hanya tersedia obat infeksi oportunistik yang dapat digunakan oleh RS, Puskesmas atau klinik LSM HIV-AIDS yang ditunjuk. Berbeda dengan manajemen logistik di Jawa Barat, pemerintah Provinsi Papua melalui gudang farmasi provinsi melakukan koordinasi dengan pihak Pusat (Subdit AIDS P2PL) untuk melakukan proses perencanaan dan pemesanan obat ARV. Rumah Sakit atau Puskesmas yang sudah melayani obat ARV berhubungan langsung dengan gudang farmasi untuk proses perencanaan dan pemesanan obat ARV.

Sistem desentralisasi memiliki kelebihan dan kekurangan dibandingkan dengan sistem sentralisasi. Pada sistem desentralisasi daerah mengetahui kebutuhan obat dengan pasti baik jenis maupun jumlah yang diperlukan, sedangkan sistem sentralisasi Pusat kurang tahu pasti kebutuhan obat di daerah. Akibatnya keperluan obat di daerah baik jenis maupun

jumlah tidak dapat dipenuhi dengan baik. Pada sistem desentralisasi komunikasi antar unit layanan di daerah lebih intensif dibandingkan dengan sistem sentralisasi. Komunikasi yang intensif antar unit layanan akan mempermudah pemecahan masalah di daerah misalkan ada obat yang kosong. Kekosongan obat di satu unit layanan akan diatasi oleh unit layanan lain, hal ini akan menjamin ketersediaan obat dalam unit layanan secara keseluruhan. Pada sistem sentralisasi, komunikasi yang terjadi kurang intensif antara unit layanan di daerah, kekosongan obat di satu unit akan dilayani oleh Pusat. Sistem layanan ini memerlukan waktu yang lebih lama untuk daerah yang jauh dari Pusat, akibatnya peluang kekosongan obat akan lebih besar dibandingkan sistem desentralisasi.<sup>8,9,10</sup> Lebih lanjut sistem desentralisasi juga diyakini berpengaruh secara positif untuk peningkatan sistem pelayanan kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan HIV-AIDS dengan meningkatkan tanggung jawab dan berbagi peran antara level pusat dan daerah khususnya dalam penanganan epidemik HIV-AIDS yang meningkat di tingkat daerah.<sup>11</sup>

Dibandingkan dengan alur sistem logistik, sistem desentralisasi memerlukan *inventory* yang lebih sedikit dibandingkan dengan sistem sentralisasi. Pada sistem desentralisasi *inventory* cukup dilakukan di satu tempat saja sedangkan pada sistem sentralisasi, *inventory* dilakukan di setiap unit layanan. Sistem sentralisasi akan membuat stok obat di tiap unit layanan, akibatnya jumlah obat untuk stok akan lebih banyak secara keseluruhan, sehingga biaya obat menjadi lebih mahal dibandingkan sistem desentralisasi. Sistem desentralisasi juga memerlukan sumber daya (*money and people*) lebih sedikit dibandingkan dengan sistem sentralisasi. Pada sistem desentralisasi, sumberdaya manusia dan biaya yang diperlukan untuk mengurus *inventory* dan distribusi akan timbul di satu tempat saja, sedangkan sistem sentralisasi sumberdaya manusia dan biaya akan timbul di berbagai unit layanan. Hal ini membuktikan sistem sentralisasi akan memerlukan *resources* lebih banyak dibandingkan sistem desentralisasi. Sistem desentralisasi juga akan mempermudah Pusat untuk melayani kebutuhan dibandingkan sistem sentralisasi. Pada sistem desentralisasi, Pusat hanya melayani gudang farmasi provinsi, tetapi pada sistem sentralisasi Pusat akan melayani rumah sakit-rumah sakit yang

jumlahnya lebih banyak dari gudang farmasi provinsi.<sup>9,12</sup>

Namun sistem desentralisasi juga memiliki kelemahan dibandingkan sistem sentralisasi. Salah satu kelemahan tersebut adalah kemampuan sumber daya manusia. Sumber daya manusia di tiap provinsi tidak sama satu sama lain, akibatnya provinsi yang memiliki sumber daya manusia yang baik akan lebih mudah menyelenggarakan sistem desentralisasi dibandingkan dengan provinsi dengan sumber daya manusia yang terbatas. Selain itu sistem desentralisasi memerlukan komitmen yang menyeluruh dari tiap unit layanan dibandingkan sistem sentralisasi. Komitmen ini penting dilakukan untuk menjamin kesinambungan sistem dan ketersediaan obat secara kontinyu di provinsi.<sup>8</sup> Mengenai dukungan psikososial terhadap ODHA, Provinsi Jawa Barat dan Papua telah memberikan dukungan psikososial dengan cukup baik. adanya dukungan psikososial sangat penting dalam mendukung perilaku positif dari pasien. Sejumlah penelitian telah mencoba menghubungkan dukungan sosial dengan kepatuhan berobat. Ternyata, dukungan social berhubungan dengan kepatuhan pengobatan yang lebih baik pada pasien. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gonzalez, Jeffrey S dan kawan-kawan pada pasangan homoseksual menunjukkan bahwa dukungan sosial dan keadaan pikiran yang positif meningkatkan kepatuhan pengobatan.<sup>13</sup> Hasil yang sama juga ditunjukkan oleh penelitian pada ODHA Amerika dan Puerto Rico, yaitu dukungan sosial memperkecil pengaruh negatif, memperbesar tingkat spiritualitas ODHA, dan meningkatkan *self-efficacy* ODHA dalam kepatuhan pengobatan.<sup>14</sup>

## KESIMPULAN

1. Pelaksanaan layanan PDP di Jawa Barat sudah cukup baik, yaitu sudah masuk ke dalam struktur organisasi, sudah ada pembagian tugas dan wewenang, petugas mendapatkan pelatihan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.
2. Hal yang masih menjadi kendala yaitu buku pedoman sebagai acuan dalam pelaksanaan layanan PDP belum tersedia secara keseluruhan di pelayanan kesehatan dengan layanan PDP, manajemen logistik ARV menganut

system desentralisasi namun gudang farmasi masih berada di Jakarta, dan hanya sebagian layanan PDP yang memberikan dukungan psikososial kepada ODHA.

3. Layanan PDP di Papua secara teknis sudah berjalan baik, yaitu adanya konselor yang bagus sehingga layanan berjalan lancar tanpa kendala berarti, petugas sudah mendapatkan pelatihan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya, perencanaan dan pengelolaan ARV menganut system desentralisasi, serta dukungan psikososial untuk pasien ODHA sudah berjalan dengan baik.
4. Dari sisi manajemen, hal yang masih menjadi kendala yaitu belum adanya Surat Keputusan tentang layanan PDP atau belum masuknya layanan PDP ke dalam struktur organisasi RS, belum jelasnya pembagian tugas dan wewenang, serta belum tersedianya buku pedoman layanan PDP di seluruh RS di Papua.

## SARAN

1. Perlu kejelasan kedudukan layanan PDP dalam struktur organisasi RS serta kejelasan pembagian tugas dan wewenang dalam layanan PDP.
2. RS dengan layanan PDP seharusnya memiliki buku pedoman sebagai acuan dalam melaksanakan layanan PDP.
3. Perlunya memberikan dukungan psikososial kepada pasien ODHA, selain sebagai layanan wajib dan komprehensif, dukungan psikososial juga terbukti mampu meningkatkan motivasi dan *self-efficacy* ODHA dalam upaya pengobatan.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah terlibat dalam pelaksanaan penelitian ini, yaitu Direktorat Pengendalian Penyakit Menular Langsung sebagai *Authorized Principal Recipient GF Komponen AIDS* sebagai penyandang dana penelitian ini dan para informan di Provinsi Jawa Barat dan Papua.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Ditjen PP&PL Kemenkes RI. Statistik Kasus AIDS di Indonesia Dilapor Sampai Dengan Maret 2012. Diunduh dari

- spiritia.or.id/stats/stat2011.pdf, tanggal 10 Juli 2012.
2. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Pengembangan jejaring Layanan Dukungan, Perawatan dan Pengobatan HIV&AIDS. Jakarta, 2007.
  3. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan. Jakarta, 2012.
  4. Van Dyk AC, Van Dyk PJ. "To know or not to know": service-related barriers to voluntary HIV counseling and testing (VCT) in South Africa. *PubMed* 26 (1): 4-10, Mei 2003.
  5. Rachel Cohen, Sharonann Lynch, Helen Bygrave, et al. Antiretroviral treatment outcomes from a nurse-driven, community-supported HIV/AIDS treatment programme in rural Lesotho: observational cohort assessment at two years, *Journal of the International AIDS Society* 2009.
  6. Callaghan *et al*, A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa, *Human Resources for Health*, 2010.
  7. Kementerian Kesehatan RI, Global Health Workforce Alliance, GIZ, Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2025, Jakarta, 2011.
  8. Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken. Decentralization's impact on the health workforce: Perspectives of managers, workers and national leaders. *Human Resources for Health*, 2004, 2:5
  9. Murray Bailey. Technical Assistance (TA) for Strengthening of HIV/AIDS related logistic management in Indonesia. Indonesia, December 2007.
  10. Youjin Jung. Successful Models on achieving the Millennium Development Goals in South East Asia, London School
  11. of Economics and Political Science, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, December 2010.
  12. Fabio Mesquita, et al. Public health the leading force of the Indonesian response to the HIV/AIDS crisis among people who inject drugs. *Harm Reduction Journal* 2007, 4:9
  13. Elis Widen. Aid effectiveness in the Indonesian AIDS response. *Vrije Universiteit Amsterdam*, 2008.
  14. Gonzalez, Jeffrey S, et al. Social Support, Positive States of Mind, and HIV Treatment Adherence in Men and Women Living With HIV/AIDS. *Health Psychology*, Vol 23(4), Jul 2004, 413-418.
  15. Simoni, Jane M.; Frick, Pamela A.; Huang, Bu. A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretroviral therapy. *Health Psychology*, Vol 25(1), Jan 2006, 74-81.



Tabel 1. Layanan PDP di Provinsi Jawa Barat dan Papua

Topik Pertanyaan	Provinsi Jawa Barat		Provin Papua	
	RS Hasan Sadikin	RS Immanuel	RS Dok II	RS Dian Harapan
Kedudukan layanan PDP di RS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berada di bawah tanggungjawab Direktur Medik dan Keperawatan RSHS.</li> <li>Surat Keputusan (SK) diperbaharui setiap 3 tahun sekali, terakhir adalah SK 2010-2013.</li> <li>Tidak ada perbedaan antara VCT dan PDP di Klinik Teratai ini.</li> </ul>	Berada di bawah Sub Komite Penanggulangan Penyakit Menular.	Tidak ada SK	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ada dalam bentuk POKJA untuk kegiatan CST, VCT dan Klinik yang terdiri dari seorang Perawat, Konselor, Farmasis, Dokter dan Manajer Kasus</li> </ul>
Pelatihan Petugas	Pelatihan di Bangkok pada tahun 2007	Pernah mengikuti pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelatihan CST <i>advance</i></li> <li><i>Try out</i> modul CST</li> </ul>	Pelatihan CST tahun 2008
Ketersediaan buku pedoman	Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada
Mekanisme layanan PDP	ODHA didampingi oleh LSM, Manajer Kasus (MK), ataupun datang sendiri. Alur: Pasien positif dilakukan baseline, periksa laboratorium lengkap. Jika 1 minggu kemudian sudah ada gejala klinis maka periksa CD4. Jika tidak ada gejala klinis tapi CD4 rendah maka tetap dilakukan screening TB (BTA dan rontgen). Setiap 6 bulan sekali dilakukan pemeriksaan CD4. Kecuali untuk pasien anemia, diperiksa per 2 minggu atau 1 bulan. Jika pasien kolesterol tinggi, dilakukan pemeriksaan CD4 per 3 bulan.	Alur: ODHA dari Rawat inap (PICT), setelah positif, dan bersedia mengikuti terapi ARV, maka pasien di terapi, setiap bulan. Pengambilan obat harus dilakukan oleh pasien sendiri tidak boleh diwakilkan. Dilakukan pemeriksaan CD4 setiap 6 bulan sekali, kecuali ada indikasi lain. Mengisi <i>informed consent</i> sebelum tes HIVdulu.	Satu layanan, semua membantu, didampingi keluarga	Alur: Pasien ke Poli dan jika hasil pemeriksaan dokter positif, maka langsung ke VCT untuk konseling. Jika pasien setuju, maka dilakukan tes laboratorium dan persiapan untuk terapi ARV.

Manajemen logistic ARV	Setiap bulan mengirim permintaan ARV untuk persediaan 3 bulan ke depan kepada Kemenkes dengan menggunakan IOMS. Bagian pengelola obat sudah tahu dan dapat menghitung berapa jumlah pasien RSHS, berapa jumlah RS dan Puskesmas Satelit yang setiap bulannya mengambil obat di RSHS. Permintaan didasarkan pada perhitungan tersebut.	Dikirim langsung dari Jakarta ke Farmasi RS, jika pasien butuh bisa datang ke klinik dan langsung bisa ambil ke farmasi	Langsung dari gudang obat.	Obat langsung diambil di klinik, obat gratis tidak bayar, hanya pembayaran untuk pendaftaran pasien baru saja.
Dukungan psikososial	Konseling (konseling pasangan, konseling keluarga, dukungan MK, KDS) dan <i>home visit</i> untuk mereka yang <i>drop out</i> , melalui kerjasama penelitian antara klinik dengan mahasiswa/lembaga penelitian/universitas. Pada tahun 2007-2011 klinik mencari <i>funding</i> dari IMPACT, sehingga biaya pemeriksaan pasien bisa gratis. Selain itu klinik juga mengajarkan pasien agar selalu menabung karena pengobatan akan berlangsung seumur hidup.	Belum ada. Jika pasien membutuhkan teman sebaya, akan dihubungi ke petugas di Dinkes, lalu akan diberikan dari LSM.	Secara ekonomi, ada bantuan bama (bahan makanan) yang ditentukan oleh CST. Secara psikososial, kalau keluarga dibantu keluarga, kalau tidak ada, maka dibantu oleh LSM atau kelompok. Masalah psikologis dibantu oleh dokter.	Ada pertemuan dengan ODHA, ada penyuluhan, kunjungan. Memberikan nomer kontak petugas ke pasien, jadi kapanpun pasien perlu, mereka bisa langsung hubungi petugas.

