

Optimasi Kebijakan

Program Pengambilan Obat Multi Bulan (MMD) Bagi Pasien Dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) Guna Menekan Jumlah Pasien Lepas Pengamatan Pada Layanan Perawatan, Dukungan & Pengobatan (PDP) di Bandar Lampung

Policy Brief

Executive Summary

- Skema pengambilan obat saat ini mensyaratkan kewajiban observasi pasien, pembatasan perbantuan pendukung sebaya (PS)/ pendukung minum obat (PMO) dalam pengambilan obat Anti-Retroviral (ARV)
- Perkembangan keragaman definisi operasional (DO) pasien lepas pengamatan/ *Lost to Follow Up (LFU)*, mengakibatkan perbedaan interpretasi DO LFU oleh tenaga Kesehatan baik itu dokter maupun konselor Pada layanan PDP di Bandar Lampung.
- Penelitian terdahulu menggambarkan bahwa pasien dengan pemberian obat multi bulan memiliki tingkat kepatuhan terapi yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang diberikan obat setiap satu bulan.
- Kebijakan pemberian obat ARV multi bulan hadir dalam sebuah protokol yang terintegrasi dengan protokol layanan kesehatan pada masa pandemi covid 19
- Faktor pendorong dikeluarkan dan berjalannya program pemberian obat multi bulan meliputi Faktor Pandemi Covid 19, Sistem Informasi HIV AIDS (SIHA), Otoritas terpusat di Farmasi Provinsi Lampung dan Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan
- Faktor penghambat meliputi *Buffer Stock* ARV berkaitan dengan ketersediaan dan pengadaan barang di tingkat nasional, hambatan birokrasi, kewajiban observasi pasien, dan beban kerja tenaga kesehatan.
- Pemerintah Provinsi memegang kendali terhadap ketersediaan dan distribusi ARV juga sebagai pusat komando layanan PDP, sementara Pemerintah Bandar Lampung menjadi *intermediary*.
- Hambatan birokrasi harus disederhanakan, pemerintah provinsi harus mengadvokasi peningkatan *Buffer Stock* ARV, memperkuat pengawasan pencatatan, mengurangi kewajiban observasi pasien hanya pada pasien dalam fase AIDS saja.

Introduction

Policy Brief ini berupaya membahas isu-isu tentang Optimasi Kebijakan Pemberian Obat Multi Bulan (MMD) sebagai Strategi menurunkan angka Pasien Lepas Pengawasan (LFU): seperti: Bagaimana skema pengambilan obat ARV yang berlaku umum saat ini di layanan PDP Bandar Lampung, Apa Definisi Operasional Pasien Lepas Pengamatan (LFU) dan Faktor Penyebabnya, Apa urgensi program MMD pada Layanan PDP, Bagaimana gambaran kebijakan program MMD secara tekstual, Apa faktor pendorong dan penghambat implementasi Program MMD, Bagaimana peran pemerintah Provinsi Lampung dan Pemerintah Kota Bandar Lampung, Apa temuan dalam implementasi program MMD pada layanan PDP di Bandar Lampung, Apa alternatif solusi yang dapat dijalankan.

Model ekonometrika Institusional dicirikan dengan kepatuhan oleh legitimasi politik dan pemerintah berhak memaksakan kebijakan, kebijakan publik publik diputuskan dan dilaksanakan oleh Institusi Pemerintah. Thomas Dye menyatakan ada tiga ciri utama dari kebijakan publik : 1. Legitimasi, 2. Universalitas, 3. Paksaan. Tantangannya adalah mengidentifikasi apa yang berkontribusi pada peningkatan angka LFU dan mandeknya program pemberian obat multi bulan pada layanan PDP di Kota Bandar Lampung dan melakukan optimasi kebijakan MMD untuk memaksimalkan tingkat kepatuhan pasien dan penurunan angka LFU.

Hasil tatalaksana pada pasien HIV/AIDS dapat diklasifikasikan menjadi terapi ARV yang terkontrol, berhenti terapi, rujuk keluar, meninggal dunia, *lost to follow up*, dan tidak diketahui. Benjamin dalam Rosiana dan Sofro 2014 membuat standar definisi dari *lost to follow-up* yaitu pasien HIV/AIDS yang tidak hadir ke klinik VCT setelah ≥ 180 hari setelah kunjungan terakhir atau kembali ke klinik VCT setelah sempat tidak berkunjung selama ≥ 180 hari. PPH Atma Jaya memiliki konsep yang lebih rinci dengan konsep LFU terjadi pada saat seorang pasien pengobatan mangkir dari kehadirannya di sebuah klinik dalam periode 3 bulan. Faktor ODHIV masuk dalam fase LFU meliputi persepsi ODHIV, dukungan sosial, keterjangkauan layanan, efek samping terapi. Mandeknya program MMD dipengaruhi oleh beban biaya yang harus dikeluarkan, cakupan promosi program, keterlipatan para pihak, proses eksekusi program, lokus layanan dan kelompok sasaran, kebijakan pendukung, proses implementasi pada tingkat lokal dan layanan, serta produk dari kebijakan itu sendiri.

Meskipun 96,69% ODHIV di Indonesia mendapatkan ARV, sayangnya 22,89% dari mereka telah lepas pemantauan / LFU dari terapi ARV. Tingkat kepatuhan ARV yang rendah di beberapa daerah di Indonesia terkait dengan *self-efficacy*, depresi, dan stigma yang rendah dialami oleh ODHIV. Terapi ARV juga harus diberikan kepada semua ODHA perempuan yang hamil dan menyusui, tanpa melihat stadium klinis atau nilai CD4 (Indeks kekebalan tubuh dengan mengukur keberadaan Sel T dalam Darah Putih) dan dilanjutkan seumur hidup.

Kejadian *lost to follow up* didapatkan lebih tinggi pada perempuan yang tidak mendapat terapi ARV setelah melahirkan. Kurangnya perekaman data elektronik yang kuat dan sistem rujukan/pemantauan tidak cukup baik untuk memitigasi kasus pasien LFU harus dikelola secara efektif dan tidak mungkin melacak individu ke daerah yang berbeda jika terjadi migrasi. Kompleksitas birokrasi di dalam sistem kesehatan secara langsung berkontribusi pada celah pelayanan dalam *Cascade Test and Treat* HIV. Penyediaan perawatan kesehatan seksual sering terfragmentasi, menciptakan hambatan perawatan dasar untuk individu setelah mereka didiagnosis dengan HIV sehingga menyebabkan tingkat LFU yang tinggi. ODHIV yang mengalami *lost to follow up* dalam terapi ARV dapat menyebabkan berhentinya terapi, meningkatkan risiko kematian, serta menyulitkan untuk evaluasi dan pelayanan terapi ARV. Pada tahun 2018 banyak kematian terkait AIDS karena kejadian *lost to follow up* yang mencapai 17,95%.

Pengadaan dan administrasi ARV ditangani secara terpusat sementara akses dan administrasi terproteksi melalui fasilitas kesehatan pemerintah tingkat kabupaten. Komunitas dan Layanan LSM terbatas dan tidak berwenang untuk memberikan ARV secara langsung kepada individu penerima manfaat mereka. Penyederhanaan tata laksana HIV, akses ARV yang gratis dan dapat diandalkan oleh pasien yang hidup dengan HIV sangat penting untuk mendorong tingkat kepatuhan yang tinggi.

Beberapa layanan LSM telah mengembangkan skema pengiriman ARV sebagai satelit pemerintah. Fasilitas untuk memberikan layanan HIV & IMS dengan skema Sameday-start yang komprehensif diharapkan dapat menarik populasi kunci. Namun, masih ada hambatan transportasi dan masalah kontrol stok. Juga, ada proses birokrasi dan tantangan keuangan yang pada akhirnya berdampak pada keberlanjutan. Biaya yang diterapkan pada pasien untuk membayar proses pemberian ARV dan pemantauan perawatan dapat secara signifikan tingkat kepatuhan.

Pada tahun 2021, penduduk Kota Bandar Lampung mencapai 1.184.949 jiwa. Bandar Lampung memiliki 45 Layanan VCT meliputi 31 Puskesmas, 7 Rumah Sakit umum, 1 Rumah sakit ibu dan anak, 1 RS Mata, 3 Lembaga pemasyarakatan, 1 Rumah Tahanan dan 1 Klinik Swasta. Terdapat 39 layanan Pengobatan, dukungan dan Perawatan (PDP) meliputi 31 Puskesmas, 7 Rumah Sakit, 1 RS Ibu dan Anak. Provinsi Lampung hanya memiliki Rumah Sakit Abdul Muluk sebagai Rujukan Pemeriksaan *Viral Load*. Provinsi Lampung belum memiliki fasilitas deteksi dini bayi lahir positif sehingga harus di rujuk ke rumah sakit Dharmas Jakarta. Indonesia ditargetkan mencapai *Three Zero (Zero New Infection by HIV, Zero New Death by AIDS, dan Zero Stigma and Discrimination)* pada tahun 2023 melalui strategi Fastrack 95-95-95 pada tahun 2017, dimana diharapkan 95% estimasi ODHIV nasional mengetahui statusnya, 95% Total ODHIV Mengakses terapi ARV dan 95% ODHIV dalam terapi ARV mengalami penurunan jumlah virus (tersupresi).

Hingga tahun 2022 terdapat sejumlah 3073 Orang dengan HIV (ODHIV) sebanyak 2624 ODHIV dikonfirmasi masih hidup, namun hanya 1901 ODHIV yang pernah memulai terapi Anti Retroviral (ARV) dan hanya 1243 ODHIV yang masih dalam terapi ARV, sebanyak 255 ODHIV lainnya dinyatakan lepas pemantauan atau *Lost to follow up (LFU)*. Data temuan kasus HIV positif di kota bandar lampung tahun 2022 sejumlah 241 ODHIV meliputi 186 ODHIV laki-laki, 56 ODHIV Perempuan dan 1 ODHIV Anak. Dalam rentang usia produktif 15 hingga 49 tahun terdapat 168 ODHIV laki-laki dan 45 ODHIV Perempuan. Pemerintah Kota Bandar Lampung mengalokasikan anggaran sebesar Rp 121.265.000,00. pada tahun 2023 untuk Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) khusus AIDS kepada 31 Puskesmas di Kota Bandar Lampung. Bandar Lampung memiliki Peraturan Daerah (PERDA) Kota Bandar Lampung Nomor 03 Tahun 2018 tentang pencegahan dan penanggulangan penyakit menular. Perda ini tidak diikuti oleh peraturan walikota maupun Surat Keputusan (SK) walikota sehingga Organisasi Perangkat Daerah (OPD) Sulit melakukan penganggaran. *Political Will* kepala daerah juga dinilai rendah dalam menangani isu HIV di Kota Bandar Lampung. ARV sebagai bagian penting dari terapi, wewenangnya ada pada Dinas kesehatan Provinsi sehingga dinas kesehatan kota harus berkoordinasi terlebih dahulu untuk mengatasi permasalahan ketersediaan stok ARV di layanan PDP di Kota Bandar Lampung.

Reference

BUKU

BPS Kota Bandar Lampung. (2022). KOTA BANDAR LAMPUNG DALAM ANGKA Bandar Lampung Municipality in Figures 2022. Bandar Lampung

JURNAL

Fibriansari, Rizeki Dwi, Asy Hari Cahyadi. (2021). Lost To Follow Up Terapi Antiretroviral pada Orang Dengan HIV/AIDS di Lumajang. JURNAL PIKES Penelitian Ilmu Kesehatan Vol 2 (1), Agustus 2021

Odafe, S., et al. (2012). Patients' demographic and clinical characteristics and level of care associated with lost to follow-up and mortality in adult patients on first-line ART in Nigerian hospitals. *Journal of the International AIDS Society*. 15(2): 17424.

Gedela K, Wirawan DN, Wignall FS, et al. Getting Indonesia's HIV epidemic to zero? One size does not fit all. *International Journal of STD & AIDS*. 2021;32(3):290-299. doi:[10.1177/0956462420966838](https://doi.org/10.1177/0956462420966838)

Wardhani SF, Yona S. Spousal Intimacy, Type of Antiretroviral Drug and Antiretroviral Therapy Adherence among HIV Patients in Bandung, Indonesia. *Journal of Public Health Research*. 2021;10(1_suppl). doi:10.4081/jphr.2021.2336

Luksita, Awani Ceria, Yodi Mahendranatha, Yanri Wijayanti Subronto. (2021). STUDY KASUS TERAPI ARV PADA PASIEN LOST TO FOLLOW UP DI JAKARTA PUSAT TAHUN 2021. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Universitas Gajah Mada

PERUNDANG-UNDANGAN

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Protokol Pelaksanaan Pelayanan HIV/AIDS Dalam Masa Pandemi Covid 19. Jakarta

SKRIPSI

Rosiana, A. N. (2014). Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Lost To Follow-Up Pada Pasien HIV / AIDS Dengan Terapi ARV Di RSUP Dr Kariadi Semarang. Skripsi. Semarang : Universitas Diponegoro

Haj, Jona davi kamal. (2020). Faktor Resiko Kejadian *Lost To Follow Up* Pada Penderita HIV Yang Menjalani Pengobatan ARV di Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Sukowono. Skripsi. Jember: Universitas Negeri Jember.

Berlianty, Sarah Rahma. (2020). faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian lost to follow up pada terapi ARV di Balikesmas Wilayah Semarang. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.