

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 Dharmais 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 di ikuti 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.

Method/ Approach

Metode yang digunakan adalah kualitatif deskriptif yakni metode penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan secara utuh dan mendalam suatu fenomena atau peristiwa yang terjadi di masyarakat. Metode ini menggunakan sumber data yang diperoleh melalui wawancara, FGD, literatur dan penelitian terdahulu.

Langkah-langkah dalam metode deskriptif kualitatif antara lain:

1. Mengepul data menggunakan instrumen penelitian seperti lembar observasi, panduan wawancara, lembar studi dokumentasi atau catatan lapangan.
2. Melakukan reduksi data seperti dengan cara membuat analisis isi atau analisis naratif.
3. Menafsirkan data dengan cara memberikan makna pada data yang telah diperoleh.

Dalam penyusunan Paper Brief ini dilakukan wawancara pada Pelaksana Program HIV/AIDS Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, Pelaksana Program HIV/AIDS Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 5 dokter/konselor penanggung jawab Klinik PDP di puskesmas Kota Bandar Lampung, 6 pimpinan/ perwakilan CSO yang tergabung dalam konsorsium TB-HIV Provinsi Lampung, 10 ODHIV dari beragam populasi kunci yang mengakses layanan PDP di Kota Bandar Lampung. Sumber literatur didapat dengan mengkompilasi Jurnal maupun Skripsi yang berkaitan dengan Kebijakan MMD, LFU, Dokumen dan Laporan AIDS baik nasional maupun lokal.

Body of Result

1. Apa Definisi Operasional Pasien Lepas Pengamatan (LFU) dan Faktor Penyebabnya?

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 tertentu. Periode umum yang berlaku untuk pengobatan HIV biasanya 3 bulan: bila pasien tersebut dijadwalkan pengambilan obat tiap bulannya, dan dia mangkir untuk datang ke klinik guna melanjutkan pengobatannya selama 3 bulan berturut-turut, maka pasien seperti ini dikategorikan sebagai pasien LFU. Pasien ini dikatakan mengalami 'lepas pengamatan' karena petugas klinik tidak mengetahui yang sebenarnya dialami pasien tersebut. Dalam kejadian pengobatan sebenarnya pasien tersebut mungkin meninggal, pindah ke klinik lain untuk melanjutkan pengobatan, atau memutuskan menghentikan pengobatannya. Kejadian sebenarnya ini tidak diketahui petugas klinik selama 3 bulan sehingga pasien tersebut tercatat sebagai LFU.

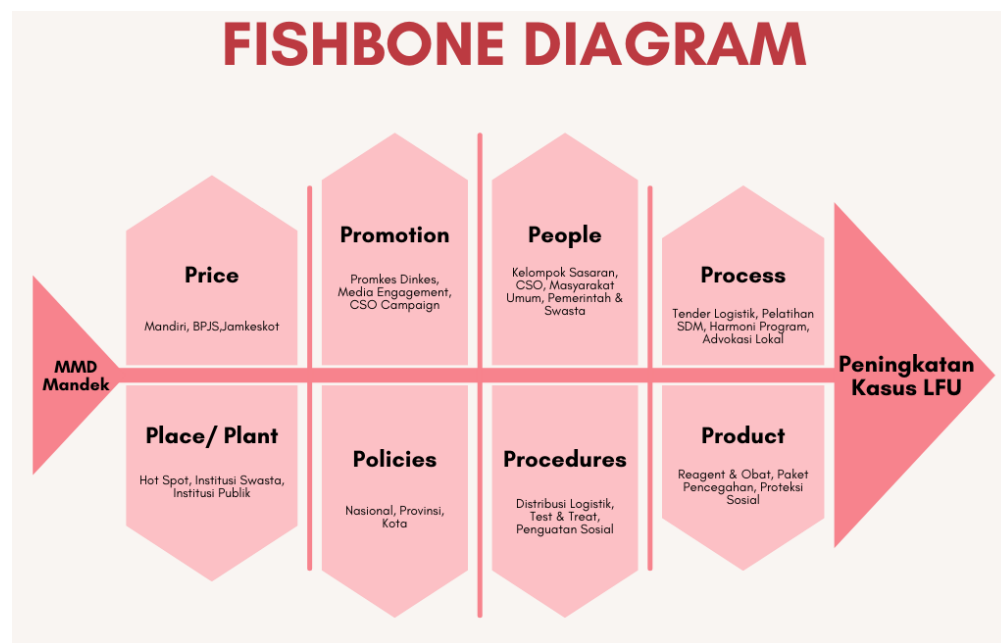
Adapun faktor ODHIV masuk dalam fase lepas pemantauan atau Lost to Follow Up (LFU) adalah:

1. Persepsi ODHIV, Persepsi meliputi pengathuan ODHIV tentang Virus, Pencegahan Penularan, Perubahan Perilaku, dan Proses terapi yang dianggap masih kurang memadai.
2. Dukungan Sosial, ODHIV kerap kali mengaami pengucilan oleh keluarga, teman bahkan tetangga. pada tahap yang lebih serius ODHIV dihadapkan pada pemutusan hubungan kerja (PHK), Hambatan Promosi karir, hingga diskriminasi struktural saat bekerja di luar negeri jika bekerja pada sektor dengan pengasilan dibawah 2500 Dolar Singapura, bahkan Pekerja migran di sektor penghasilan rendah diatur dengan undang-undang yang berbeda. ODHIV anak yang masih sekolah dihadapkan pada permasalahan Bullying, ODHIV anak di bully karena status HIV Positifnya, dalam kasus yang lebih serius ODHIV anak juga terancam dikeluarkan oleh pihak sekolah.
3. Keterjangkauan layanan, akses layanan tidak hanya memungut biaya retribusi namun juga biaya laboratorium untuk tingkat puskesmas, pada tingkat rumah sakit dan klinik swasta akan ditambah dengan biaya konseling dokter dan biaya kartu. dalam aspek jarak, jauhnya layanan

PDP dari rumah ODHIV memerlukan biaya tambahan untuk transportasi dan akomodasi sehingga memperbesar beban biaya yang harus dikeluarkan oleh ODHIV untuk mengakses ARV.

4. Efek samping terapi, ARV yang diminum oleh ODHIV memiliki efek samping yang beragam, ruam, anemia dan halusinasi kuat adalah efek samping yang dominan. kondisi ini dinilai berat oleh ODHIV, selain itu pergantian jenis ARV juga harus didasari oleh pertimbangan laboratorium patologi, sehingga faktor psikologi ODHIV dikesampingkan oleh Dokter.

2. Apa urgensi program MMD pada Layanan PDP ?



Gambar 1. Diagram Fishbone Peningkatan Kasus LFU di Kota Bandar Lampung

Sumber : Diolah oleh Penulis

Urgensi dari Program MMD pada layanan PDP di Kota Bandar Lampung dapat kita lihat melalui diagram di atas. Terdapat setidaknya 8 permasalahan pokok yang menyebabkan tidak optimalnya program MMD yang meliputi *price*, *promotion*, *people*, *process*, *place/plant*, *policies*, *procedure* dan *product*.

Price berkaitan dengan biaya akses layanan ARV di Klinik PDP, pembiayaan akses layanan dapat dicover oleh BPJS Kesehatan, Jaminan Kesehatan pemerintah Kota Bandar Lampung, juga dengan pembiayaan mandiri. Standar pembiayaan akses layanan ARV di Klinik PDP diatur dalam Peraturan walikota nomor 35 tahun 2015 tentang retribusi daerah Kota Bandar Lampung,

besaran biaya untuk 1 kali pengambilan ARV sebesar Rp 15.000, sementara untuk Klinik PDP di RSUAM dikenakan biaya sebesar Rp 40.000 dan Rp 80.000 untuk layanan PDP oleh klinik Swasta. Pasien dengan BPJS Kesehatan maupun dengan Jamkeskot dibebaskan dari biaya retribusi tersebut. Hambatan dalam komponen biaya adalah pembiayaan yang timbul dalam mengakses layanan ARV di Klinik PDP, pembiayaan lain yang timbul adalah biaya transportasi hingga biaya penginapan dan akomodasi terutama bagi ODHIV dari luar kota bandar lampung.

Promotion berkenaan dengan bagaimana kebijakan/program MMD ini dipromosikan/disosialisasikan, dalam struktur Dinas kesehatan tingkat provinsi lampung maupun tingkat kota bandar lampung terdapat divisi Promosi Kesehatan (Promkes) yang bertugas melakukan sosialisasi dan penyebaran informasi dimulai dari penganggaran, penyiapan logistik KIE (kartu informasi dan edukasi) hingga distribusi KIE tersebut. Upaya lain dalam meluaskan informasi lain terkait dengan program MMD adalah melalui kerjasama dan atau pelibatan media massa maupun asosiasi jurnalis dalam kegiatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Provinsi- Kota ataupun CSO lokal. Pada tingkat komunitas perluasan informasi dilakukan melalui *Platform* Konsorsium TB- HIV laampung yang beranggotakan 12 CSO penggiat isu TB-HIV dan juga organisasi perempuan mauun organisasi bantuan hukum dan asosiasi jurnalis yang juga memberikan dukungannya pada program MMD.

People mengacu pada siapa penyelenggara atau implementor Kebijakan MMD dan siapa pihak yang menjadi kelompok sasaran/ targeting group, juga pihak lain yang ikut terlibat. Poin ini menyangkut dengan kelompok sasaran program MMD, CSO yang terlibat, peran masyarakat umum, pemerintah dan juga sektor swasta. Kelompok sasaran yang dimaksud merupakan pasien ODHIV dari beragam populasi kunci yang mengakses layanan ARV pada layanan PDP yang tersebar di Kota Bandar Lampung, CSO yang ikut berpartisipasi baik karena menjalankan program pendampingan dengan bantuan dana hibah *Global Fund* seperti Perkumpulan Saburai Support Group (SSG) dan Inisiatif Lampung Sehat (ILS) maupun yang menjalankan pendampingan kelompok sasaran secara sukarela seperti Gaya Lentera Muda Lampung (GAYLAM), Jaringan ODHA Berdaya (JOB), Jaringan Indonesia Positif (JIP) Lampung, Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI) Lampung, Persatuan Korban NAPZA Lampung (PKNL), Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) Smile Generation dan KDS Paradise Support. Aktor lainnya yang ikut terlibat adalah Pemerintah selaku penyelenggara layanan, dan juga Pihak swasta baik itu Apotik, Klinik, dan Rumah Sakit Swasta yang ikut serta dalam penyelenggaraan layanan PDP.

Process terkait dengan Proses pengadaan barang dan jasa dalam hal ini adalah logistik program, pengembangan kapasitas dan kapabilitas penyelenggara pelayanan dalam artian tenaga kesehatan dan juga personel struktural, harmoni program TB-HIV utamanya yang berkaitan dengan program MMD, dan juga bagaimana CSO lokal melakukan advokasi dalam mendukung dan menguatkan juga mengawasi program MMD. Dalam pengadaan barang dan jasa dengan menilik pada pengalaman kekosongan persediaan ARV di beberapa daerah di Indonesia pada beberapa Regimen dan Jenis ARV tertentu pada akhir 2019 hingga masa awal pandemi Covid – 19 dikarenakan kegagalan tender penyediaan ARV, juga hambatan impor ARV dari India karena protokol Covid 19 dan aturan *Lockdown* yang tengah berkalu baik di India maupun di Indonesia. Peningkatan kapasitas petugas layanan kesehatan melalui pelatihan tidak selalu menghasilkan kecakapan petugas dalam menjalankan Klinik PDP di Puskesmasnya, di Kota Bandar Lampung puskesmas-puskesmas dengan layanan PDP yang dilatih pada November 2022 sebanyak 23 Layanan, tidak semuanya siap melakukan pelayanan pada awal 2023. Kondisi seperti menyebabkan perluasan layanan ARV menjadi tidak Optimal. Kurangnya kecakapan petugas layanan kesehatan juga mempengaruhi berjalannya program MMD di layanan PDP, Nakes yang kurang cakap tidak cukup berani untuk memutuskan memberikan akses layanan MMD pada pasien baru. Harmoni program mengacu pada keselarasan impklementasi program untuk saling dukung satu dan lainnya, tata laksana HIV utamanya pada program MMD kerap kali terhambat dengan keputusan penegakan diagnosa dengan kewajiban observasi oleh dokter penanggung jawab sehingga MMD secara langsung tidak dapat di implementasikan di layanan tersebut. Advokasi CSO lokal dikaitkan dengan pengawasan oleh CSO terhadap implementasi program MMD pada layanan PDP di Kota Bandar Lampung, pengawasan yang lemah diindikasikan dengan lemahnya advokasi dan lobby CSO lokal terhadap pemerintah Kota Bandar Lampung maupun Provinsi Lampung.

Place/Plant secara sederhana merupakan lokus kebijakan atau program MMD di selenggarakan, disosialisasikan dan dievaluasi. Pada tingkat institusi publik yang menjadi Place/plant adalah layanan kesehatan milik pemerintah, Instalasi Farmasi Kesehatan (IFK) dan Dinas Kesehatan. Pada institusi swasta program MMD berjalan di Klinik PDP Swasta seperti Klinik Angsa Putih, Klinik Among Medika dan Rumah Sakit Swasta. Sementara Hot Spot yang merupakan titik berkumpulnya penerima manfaat menjadi sasaran sosialisasi program baik oleh CSO maupun Dinas Kesehatan.

Policies sendiri dimaksudkan pada kebijakan yang menyertai Program MMD. Pada tingkat nasional terdapat Permenkes no 2 tahun 2013 tentang penganggulangan HIV dan AIDS,

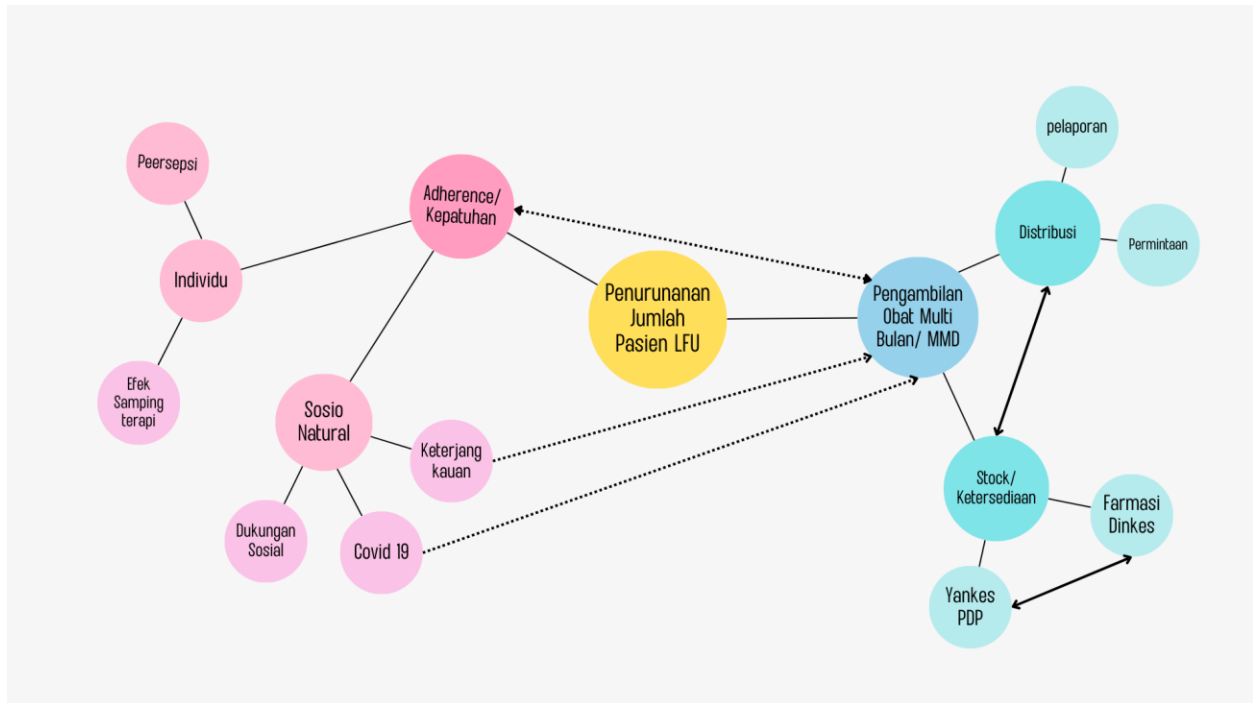
Permendagri No.100 Tahun 2018 untuk bidang kesehatan, Permenkes no 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Perlu dibangun konsep Omnibuslaw Kesehatan guna memnguatkan integrasi peraturan tingkat nasional. Kebijakan tingkat provinsi terdapat Pergub Lampung No 11 Tahun 200 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Lampung. Perda ini sudah tidak relevan karena KPA sudah dibubarkan secara nasional, Peraturan Daerah (PERDA) Provinsi Lampung Nomor 1 Tahun 2013 tentang Pencegahan, pengendalian HIV/AIDS dan IMS Di Provinsi Lampung. Perda ini tidak di ikuti oleh Peraturan gubernur dan SK Gubernur. Sementara untuk tingkat kota terdapat kebijakan Peraturan Daerah (PERDA) Kota Bandar Lampung Nomor 03 Tahun 2018 tentang pencegahan dan penanggulangan penyakit menular. Perda ini tidak di ikuti oleh peraturan walikota maupun Surat Keputusan walikota sehingga OPD Sulit melakukan penganggaran.

Product atau lebih tepatnya produk dalam program MMD. Setidak terdapat tiga produk utama dalam mendukung MMD baik secara langsung maupun tidak langsung. Pertama adalah alat dan obat terkait pemeriksaan dan pengobatan meliputi ARV, Paket TB, Obat IMS, Rapid Test, Viral Load, CD4, Pemeriksaan Resistensi Obat, Rerapi Methadone, Pemeriksaan Bayi dari Ibu Positif. Oral Swab dengan Air Liur memerlukan konfirmasi rapid Test pada temuan HIV Positif sehingga ada pekerjaan yang sama sebanyak dua kali. Terapi ppencegahan TB pada anak (TPT) seringkali ditolak oleh keluarga karena anak mereka tidak terdiagnosa positif TB).Terapi Methadone teracam ditutup oleh RS Jiwa Kurungan Nyawa karena jumlah Pasien yang sedikit. Kedua paket pencegahan, ketiga bantuan hukum dan rehab sosial.

Procedures dihubungkan dengan bagaimana program MMD ini di delivery oleh Pemerintah Kota Bandar Lampung, bagaimana logistik di distribusikan, bagaimana *testing and treatment* dijalankan, juga bagaimana secara sosial penerima manfaat dikuatkan. Permintaan &Pelaporan sering terhambat masalah sistem dan SDM, Petugas Yankes memiliki beban kerja berlebih karena banyaknya Laporan Administratif. Pengadaan barang dan jasa seringkali terlambat bahkan pengadaan kondom, pelicin, regent tes seringkali sudah 6 bulan dari masa distribusi yang seharusnya. Penjangkauan Populasi Kunci, Dukungan ODHIV, Inisiasi ARV, Kepatuhan ARV, Pemeriksaan Supresi Virus, Pemeriksaan Imun, Testing Statis dan Mobile. Permasalahan Konseling tidak sesuai standar ada kasus dimana konselor justru menyarankan ruqyah, ketersediaan regent tes, hingga stigma dan diskriminasi di layanan kesehatan mempengaruhi kepatuhan minum obat pada ODHIV. Efek samping obat ditelaah secara laboratorium bukan dengan pendekatan psikologis sehingga memperbesar tendensi lepas perawatan. Informasi yang

terbatas dari konseling dan Petugas penjangkau, informasi internet didominasi dengan Hoax. Permasalahan terkait Hubungan Industrial (Izin Cuti, Stigma dan Diskriminasi di Lingkungan Kerja), Diskriminasi pada layanan Publik, Kekerasan Berbasis Gender (GBV), Kekerasan oleh pasangan intim (IPV) berkelindan dengan isu MMD. ODHIV Menghadapi ancaman pemutusan hubungan kerja hanya karena status HIV Positifnya terungkap, Mendapati perlakuan yang berbeda pada layanan publik, Diancam dikeluarkan dari sekolah, hingga pengucilan oleh keluarga dan masyarakat. Layanan Psikologis, Layanan Kekerasan, Pemulihan Nama Baik jarang diakses karena hambatan birokrasi seperti prosedur yang panjang. Sebagaimana yang telah kita ketahui bahwa dukungan sosial sangat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam terapi dan berjalannya program MMD.

Pada aspek *procedures* ini terdapat aspek Governance bagaimana pemerintah kota bandar lampung mengoptimalkan partisipasi masyarakat dan sektor private dalam implementasi kebijakan MMD di Kota bandar Lampung. Pelibatan sektor swasta melalui klinik dan rumah sakit swasta perlu mendapatkan stimulan agar layanan optimal dengan tarif terjangkau, memastikan penerimaan pasien ODHIV dengan BPJS dan Jamkeskot. Pelibatan sektor swasta dimana pihak swasta memiliki kliniknya sendiri dan menjalankan layanan PDP dengan izin dan persediaan logistik dari pemerintah memerlukan pengawasan yang baik agar layanan swasta tidak hanya menyediakan layanan standar namun unggul dalam aspek layanan seperti kemudahan pengambilan dan jam buka-tutup layanan. MMD yang telah berjalan perlu dioptimasi dengan memperhatikan aspek manajemen internal pemerintah kota melalui Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. Dinas kesehatan perlu memperhatikan struktur birokrasi dalam koordinasi, menempatkan pengelola program yang tepat, meningkatkan kapasitas dan kapabilitas layanan kesehatan, juga mengawasi kinerja organisasi secara keseluruhan.



Gambar 2 Peta Pikiran Pengaruh Kepatuhan dan MMD terhadap penurunan LFU

Sumber: diolah oleh penulis

Pada peta pikiran diatas kita dapat melihat bahwa terdapat hubungan timbal balik antara kepatuhan dan juga pengambilan obat multi bulan, hubungan timbal baliknya adalah saat pasien dirasa memiliki kepatuhan yang baik, maka dokter atau konselor dilayanan PDP dapat memberikan akses layanan pengambilan obat multi bulan. Timbal balik selanjutnya adalah pengambilan multi bulan ini berfungsi mempertahankan tingkat kepatuhan pasien dalam terapi guna memecahkan dua hambatan sosio natural pada pasien, yakni hambatan keterjangkauan jarak layanan, keterjangkauan biaya, dan keterjangkauan waktu layanan. Hambgtan lain yang juga teratasi oleh MMD adalah hambatan pandemi COVID- 19 yang memberlakukan protokol larangan berkerumun sehingga MMD mampu mengurangi kerumunan pasien pada saat pengambilan ARV di layanan PDP.

3. Bagaimana gambaran kebijakan MMD Secara tekstual?

Acuan pelaksanaan pengambilan obat multi bulan atau MMD secara tektual tercantum dalam Protokol Pelaksanaan Layanan HIV AIDS selama Pandemi COVID- 19 nomor PM.02.02/3/1022/2020. Pada pasal 6 ditegaskan beberapa hal berikut:

- a. Layanan PDP untuk HIV AIDS dan IMS dilaksanakan sesuai Standard Precautions
- c. Bagi layanan PDP yang juga menjadi rujukan COVID-19 dipertimbangkan untuk dipindahkan ke layanan PDP lainnya
- d. Bersamaan dengan pengalihan layanan , maka pengalihan logistik dilakukan dengan Berita Acara Serah Terima (BAST)
- e. Layanan Program terapi rumatan methadone (PTRM) dapat dipertimbangkan THD (take home dose) paling banyak 7 hari
- f. pengalihan pencatatan dan pelaporan dilakukan dengan mekanisme rujuk keluar dan rujuk masuk, guna mengurangi kunjungan pasien dipertimbangkan untuk mekanisme pengiriman obat.
- g. Pemberian ARV multi bulan dipertimbangkan bagi ODHA yang stabil dan jika persediaan ARV mencukupi, MMD diprioritaskan bagi ODHA yang tinggal di wilayah episentrum COVID-19
- m. Dinas Kesehatan Provinsi memantau dan memastikan keberlangsungan layanan ARV untuk menjaga kepatuhan pasien dan LFU tidak meningkat

4. Apa faktor pendorong dan faktor penghambat program MMD pada layanan PDP di Bandar lampung?

Faktor Pendorong

- Pandemi COVID- 19

Pandemi COVID-19 dilengkapi dengan seperangkat protokol untuk mencegah kerumunan, baik itu bersifat pembatasan aktifitas maupun penutupan tempat yang berpotensi menjadi pusat kerumunan. Sehingga diperlukan protokol khusus untuk memastikan layanan PDP teta bisa memberikasn akses ARV dengan tetap membatasi kerumunan yang ada. Inilah yang menjadi latar belakang lahirnya Protokol Pelaksanaan Layanan HIV AIDS selama Pandemi COVID- 19 nomor PM.02.02/3/1022/2020. Sekaligus menjadi landasan pengambilan obat multi bulan/ MMD.

- Digitalisasi sistem Record & Reporting logistik layanan PDP

Digitalisasi sistem pelaporan melalui SIHA memudahkan pembacaan stok keluar, dan pembacaan kepatuhan pasien.

- Kendali terpusat Farmasi Provinsi

Farmasi Provinsi menjadi Sentra ketersediaan ARV pada tingkat Provinsi dan memasok ARV ke seluruh layanan, meskipun dalam pendistribusiannya merupakan perintah dari Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dan permintaan dari Dinas Kesehatan Kota bandar Lampung

- Pelatihan Petugas dan On The Job Training berkala

Pelatihan berkala biasanya disediakan oleh Dinas Kesehatan baik Dinas Kesehatan Provinsi Lampung maupun Kota bandar Lampung melalui anggaran dari Kementerian kesehatan.

- SDM Mentoring Klinis tersedia

Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung memiliki Dokter mentor yang dapat memberikan edukasi praktis secara langsung pada layanan PDP yang membutuhkan.

Faktor Penghambat

- Ketersediaan ARV

Stock ARV di tingkat farmasi Provinsi Lampung tidak pernah melebihi ketersediaan selama 3 bulan, bahkan pernah hanya mencukupi kebutuhan untuk 2 minggu, bahkan jenis ARV tertentu pernah mengalami kehabisan stok seperti Aluvia. Keterbatasan Stock di tingkat daerah biasanya dipengaruhi oleh Nasional, Kementerian kesehatan pernah mengalami gagal tender pengadaan ARV dan juga hambatan Import ARV dari India karena situasi *Lockdown* di negara tersebut.

- Distribusi

Distribusi sangat dipengaruhi oleh alur atau rantai distribusi juga mekanismenya. Distribusi dilakukan atas dua hal, intruksi dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Permintaan dari Layanan PDP yang disampaikan oleh Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. Meskipun stock tersedia namun jika tidak terdapat permintaan dari layanan PDP maka dinas kesehatan kota tidak dapat meminta tambahan stock ARV pada Dinas Kesehatan Provinsi, sehingga stock di Farmasi Provinsi tidak dapat di distribusikan.

- Kewajiban observasi pasien

Kewajiban Observasi pasien harusnya hanya dilekatkan pada pasien AIDS ataupun Pasien dengan Komorbid (infeksi tambahan), namun praktiknya sebagian besar

Dokter/Konselor/Farmasi di layanan PDP mensyaratkan observasi berkala bagi pasien sehingga menghambat pelaksanaan MMD dan memberatkan disisi pasien.

5. Bagaimana Peran Pemerintah Provinsi Lampung dan Pemerintah Kota Bandar Lampung?

Peran Pemerintah Provinsi

- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung seharusnya menjadi otoritas tunggal dalam kewenangan distribusi ARV, namun secara praktik Dinas Kesehatan Provinsi Lampung tetap melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung
- Instalasi Farmasi Provinsi Lampung bertanggung jawab sebagai pusat stock ARV tingkat provinsi

Peran Pemerintah Kota Bandar Lampung

- Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung secara tekstual hanya menerima tembusan dari protokol yang telah dikeluarkan kementerian untuk program MMD, namun dalam praktiknya Dinas Kesehatan kota menjadi perantara koordinasi dari seluruh layanan PDP yang ada di Kota Bandar Lampung kepada Dinas Kesehatan Provinsi Lampung
- Farmasi Kota Bandar Lampung bertanggung jawab sebagai pusat stock ARV tingkat kota

Pelibatan Swasta

- Cirrus sebagai jasa kurir merupakan upaya pelibatan swasta dalam program MMD dimana Cirrus bertugas mengirimkan ARV ke pasien dan mengirimkan sampel darah dari layanan PDP ke layanan VL di RS umum Abdul Muluk

Pelibatan CSO

- Saburai Support Group (SSG) dan Jaringan ODHA Berdaya (JOB) sebagai kurir sukarela pada program MMD karena keterbatasan pendanaan yang tersedia.

6. Apa temuan dalam implementasi Program MMD pada Layanan PDP di Bandar Lampung?

- MMD hanya bisa diakses di dua layanan PDP yakni Puskesmas Sukaraja dan Puskesmas Gedong Air. Kota Bandar Lampung memiliki 39 layanan PDP namun hanya 2 yang menjalankan program MMD.

- Dokter mewajibkan jadwal observasi pasien sehingga tidak bisa digantikan oleh keluarga maupun pendukung sebaya
- MMD mengacaukan pelaporan logistik di tingkat puskesmas, pelaporan kerap kali hanya dimasukkan satu kali untuk pengambilan obat multi bulan/ MMD sehingga pelaporan menjadi tidak terbaca.
- Buffer stock tidak memadai, ketersediaan Arv dari Nasional kepada Provinsi Lampung tidak dalam jumlah yang memadai sehingga menyelenggarakan MMD secara serentak akan otomatis mengosongkan Stock di Farmasi Provinsi.
- Keterlambatan permintaan dari layanan PDP, layanan PDP kerap kali terlambat dalam meminta stock tambahan ARV dari IFK Provinsi dikarenakan beban administratif lain yang ditanggung oleh petugas.

7. Apa rekomendasi yang ditawarkan?

- Menambah Buffer Stock
- Mewajibkan layanan PDP menjalankan MMD
- Menyederhanakan birokrasi dan beban administratif
- Memperkuat pengawasan pencatatan stock pada tingkat layanan
- Kewajiban observasi pasien hanya untuk pasien AIDS atau dengan Komorbid

Bibliography

BUKU

- BPS Kota Bandar Lampung. (2022). *KOTA BANDAR LAMPUNG DALAM ANGKA Bandar Lampung Municipality in Figures 2022*. Bandar Lampung
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.(2020). *Rencana Aksi Nasional AIDS 2024*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.(2023). *Laporan Pemodelan Epidemi HIV Tahun 2022*. Jakarta
- Nolan, dkk. (2015). *Good Governance Handbook*. England
- Tresiana, Novita.2013. *Metode Penelitian Kualitatif*.Bandar Lampung. Lembaga Penelitian Universitas 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,all. (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)
- Shrestha, S., Poudel, K. C., & Poudel-Tandukar, K. (2012). *Perceived family support and depression among people living with HIV/AIDS in the Kathmandu Valley, Nepal*. J Int Assoc Provid AIDS Care. Doi:10.1545/109712456741

Paxton S, Stephens D. *Challenges to the Meaningful Involvement of HIV-Positive People in the Response to HIV/AIDS in Cambodia, India and Indonesia*. Asia Pacific Journal of Public Health. 2007;19(1):8-13. doi:10.1177/10105395070190010301

Gray WN, Janicke DM, Fennell EB, Driscoll DC, Lawrence RM. *Piloting behavioral family systems therapy to improve adherence among adolescents with HIV: A case series intervention study*. Journal of Health Psychology. 2011;16(5):828-842. doi:10.1177/1359105310394230

Amico KR. *Standard of Care for Antiretroviral Therapy Adherence and Retention in Care from the Perspective of Care Providers Attending the 5th International Conference on HIV Treatment Adherence*. Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care. 2011;10(5):291-296. doi:10.1177/1545109711406734

Park-Wyllie LY, Kam D, Bayoumi AM. *The Adherence Support Gap: The 'Ideal' Versus 'Reality' of Antiretroviral Adherence Support Provided by HIV Health Providers in Clinical Practice*. Annals of Pharmacotherapy. 2009;43(6):1036-1044. doi:10.1345/aph.1L663

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.

Website

Metode Penelitian Deskriptif Kualitatif (Konsep & Contoh). <https://serupa.id/metode-penelitian-deskriptif-kualitatif-konsep-contoh/>. Diakses 23 April 2023