



KAJI CEPAT
PENCAPAIAN 90-90-90
DI INDONESIA
DARI PERSPEKTIF KOMUNITAS



KAJI CEPAT
PENCAPAIAN 90-90-90
DI INDONESIA
DARI PERSPEKTIF KOMUNITAS

**Kaji Cepat Pencapaian 90-90-90 di Indonesia
Dari Perspektif Komunitas**

Penulis :

Aang Sutrisna

Pande Putu Januraga

Putu ariastuti

Hilmansyah Panji Utama

Aditya Wardhana

ISBN : 978-602-294-463-8

Copyright © Februari 2021

Ukuran : 15 cm x 23 cm; xvi + 95 halaman

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang. Pertama kali diterbitkan di Indonesia dalam Bahasa Indonesia oleh Udayana University Press. Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian ataupun keseluruhan isi buku dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis.

Editor : Pande Putu Januraga

Desain Sampul dan Layout : DC Studio

PENERBIT

Udayana University Press

Kampus Universitas Udayana Denpasar

Jl. P.B. Sudirman, Denpasar – Bali

Telp. (0361) 2555128

unudpress@gmail.com

Kata Pengantar

Indonesia AIDS Coalition (IAC), sebagai salah satu penerima dana hibah The Global Fund (TGF) ATM untuk periode tahun 2018-2020, yang secara spesifik dimandatkan untuk bekerja mendukung “*fast tract initiative 90-90-90*” dengan indikator 90% Orang Dengan HIV (ODHIV) mengetahui statusnya HIV-nya, 90% ODHIV yang mengetahui statusnya menerima pengobatan ARV dan 90% dari yang memulai pengobatan mencapai *viral load suppression* pada tahun 2020. Adapun lingkup kerja IAC dalam proyek yang disalurkan TGF lewat Kementerian Kesehatan ini adalah program penguatan sistem komunitas dan penciptaan lingkungan yang kondusif bagi akses terhadap layanan Kesehatan, dan kehidupan yang layak.

Program penanggulangan HIV di Indonesia telah membuahkan banyak hasil yang positif. Namun demikian masih banyak gap yang ditemukan di beberapa poin yang berakibat pada belum tercapainya target capaian 90-90-90 pada akhir tahun 2020.

Seiring dengan telah berakhirnya tahun 2020, IAC memandang perlu adanya kajian yang dapat menangkap cerita pelaksanaan program penanggulangan HIV, sekaligus memotret kekurangan dan kelebihan termasuk tantangan yang dihadapi, penyelesaian masalah yang dilakukan, serta dampak dari program yang sudah dilakukan terhadap upaya penanggulangan HIV baik di level nasional maupun di daerah- daerah intervensi. Kajian pelaksanaan program untuk mencapai 90-90-90 ini mengambil perspektif komunitas terutama dari teman-teman organisasi masyarakat yang terlibat dalam penyelenggaraan pelayanan di komunitas untuk memberikan informasi yang lebih membumi sehingga mampu memotret masalah faktual di lapangan.

Pada kesempatan ini saya menyampaikan penghargaan dan terima kasih untuk semua pihak yang terlibat dalam proses kajian ini, baik dari komunitas, pengelola program dan penyedia layanan kesehatan terkait serta perwakilan mitra pembangunan internasional, dari tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota. Mudah-mudahan dengan adanya kajian ini akan lebih meningkatkan upaya kita dalam menekan laju epidemi di Indonesia untuk mencapai tujuan eliminasi HIV di tahun 2030.

Jakarta, Februari 2021



Aditya Wardhana
Direktur Eksekutif

Ringkasan Eksekutif

Indonesia adalah salah satu negara di kawasan Asia-Pasifik dengan epidemi HIV yang masih terus bertumbuh terutama pada sub-populasi lelaki seks dengan lelaki (LSL), meskipun secara umum epidemi memang terkonsentrasi pada populasi kunci seperti pekerja seks perempuan (PSP), pemakai narkoba suntik (penasun) dan waria. Untuk mengendalikan epidemi HIV pada populasi kunci dan juga mencegah berkembangnya epidemi HIV pada populasi umum, Indonesia berkomitmen untuk ikut mencapai target global 90-90-90. Kampanye *treatment as prevention* yang menjadi dasar dari target 90-90-90 mensyaratkan 90 persen ODHA mengetahui statusnya, 90% dari yang mengetahui statusnya ada dalam pengobatan HIV dan dari 90% yang ada dalam pengobatan HIV berhasil mencapai supresi virus dalam darahnya.

Upaya pencapaian target global 90-90-90 di Indonesia, ditekankan pada pemberian pelayanan kesehatan yang terkoordinasi dan terintegrasikan dalam kerangka kerja layanan komprehensif berkesinambungan atau LKB yang bertugas salah satunya memastikan

strategic use of ART (SUFA). LKB-SUFA menekankan upaya peningkatan tes dan *link to care* serta memulai pengobatan HIV secepat mungkin. Berbagai evaluasi terhadap pencapaian target 90-90-90 di Indonesia baik yang dilakukan secara akademis dan berbasis program menunjukkan bahwa belum ada gambaran utuh dan terstandar untuk melihat kondisi 90-90-90 di Indonesia. Hanya saja dari berbagai laporan tersebut, sudah bisa dipastikan bahwa Indonesia perlu mengambil langkah strategis agar tidak tertinggal jauh dan berhasil mengendalikan epidemi secara lebih baik. Kajian ini diperlukan untuk mempersiapkan dan memberikan masukan secara lebih konstruktif terhadap upaya pencapaian target kampanye 90-90-90 dan meningkatkan peran komunitas dalam percepatan pencapaiannya.

Metode yang digunakan dalam kaji cepat ini adalah pendekatan analisis data sekunder dan pengumpulan data primer lewat wawancara mendalam dan observasi. Data sekunder yang dianalisis adalah (1) Laporan Program Pengendalian HIV-AIDS Triwulan IV 2019 dan Triwulan III 2020, Kemenkes RI (2) Laporan Survei Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP) 2018, Kemenkes RI (4) Laporan Estimasi Populasi Kunci Dan Pemodelan Epidemi HIV 2020, Kemenkes RI (5) Laporan Stigma Index 2019 (5) Kajian Nasional Respon HIV 2020, Kemenkes RI (6) Sumber literatur lainnya yang relevan untuk memperkaya laporan kajian cepat. Sementara itu pengambilan data primer dilakukan dengan menggunakan pendekatan modified socio-ecological model (MSEM) untuk mengkaji hambatan pencapaian 90-90-90 dari tingkat individu, hubungan interpersonal klien dan pemberi pelayanan kesehatan, sistem pelayanan kesehatan dan terakhir kebijakan serta lingkungan sosial.

Hasil analisis data sekunder menunjukkan bahwa capaian target 90-90-90 di Indonesia belum menggembirakan. Untuk Indonesia penghitungan pencapaian target 90-90-90 dihitung dengan menggunakan estimasi populasi kunci HIV dan pemodelan epidemi HIV tahun 2016 serta indikator cakupan program terkait tahun

2018. Didalam laporan tersebut capaian target 90 pertama dan kedua Indonesia secara berurutan, dengan rentang ketidakpastian 95%, adalah 51% (44% - 60%) dan 33% (29% - 39%). Penghitungan pencapaian target 90-90-90 dengan menggunakan cakupan pada Laporan Perkembangan Triwulan III 2020 dan penyesuaian persentase kumulatif ODHIV yang meninggal dari pemodelan epidemi HIV tahun 2020 memberikan indikator 90 Pertama dan Kedua menjadi 45% (38% - 52%) dan 57% (42% - 79%). Sedangkan indikator 90 Ketiga 17% (12% - 23%). Indikator tambahan cakupan ART adalah 26 % (22% - 30%) dan ODHIV dengan jumlah virus tersupresi adalah 4% (3% - 5%). Sementara itu untuk secara total, pencapaian target 90-90-90 pada populasi kunci dengan HIV yang menjadi responden STBP tahun 2018 secara berurutan dari indikator 90 Pertama, Kedua dan Ketiga adalah 40% (38% - 43%), 86% (84% - 89%) dan 64% (58% - 69%). Menggunakan data tersebut Indonesia diperkirakan tidak akan mencapai target indikator Cakupan ART maupun VL Tersupresi pada akhir tahun 2020.

Selanjutnya kajian berhasil mengidentifikasi faktor-faktor yang menurut informan merupakan penghambat pencapaian target 90-90-90 di Indonesia. Beberapa faktor yang berhasil diidentifikasi Kaji Cepat Pencapaian 90-90-90 di Indonesia Dari Perspektif Komunitas adalah faktor yang sudah sejak masa awal penanggulangan epidemi HIV di Indonesia diidentifikasi di samping faktor-faktor baru yang berkaitan dengan tes dan pengobatan HIV. Faktor individual yang masih menghambat upaya pencapaian target 90-90-90 adalah pengetahuan, norma gender, norma stigma, persepsi risiko, persepsi sehat sakit, dan masalah administrasi. Sementara itu faktor hubungan interpersonal yang menghambat upaya pencapaian target 90-90-90 adalah kualitas penjangkauan, konseling, pendampingan baik pada layanan oleh komunitas maupun oleh pemberi layanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Termasuk disini adalah *trust* atau kepercayaan pada pemberi layanan yang perlu dibangun secara sistematis. Faktor sistem pelayanan kesehatan yang menghambat upaya pencapaian

90-90-90 adalah fleksibilitas layanan baik dari sisi tempat, waktu, dan pelaksana. Kemudian persyaratan administrasi, ketidakpatuhan pada kebijakan nasional. Di sisi lain masalah suplai dan distribusi alat dan perbekalan kesehatan terkait tes dan pengobatan HIV masih menjadi masalah baik untuk tes, mempertahankan dalam pengobatan dan juga monitoring keberhasilan pengobatan. Terakhir, koordinasi dan sinergitas yang belum baik di daerah karena masalah sumber pendanaan dan alur tanggung jawab. Faktor kebijakan yang menghambat upaya pencapaian 90-90-90 adalah kebijakan daerah desentralisasi yang kontra upaya penanggulangan dan cenderung menstigma dan diskriminasi komunitas terdampak. Kemudian kebijakan nasional terkait dispensing ARV, serta komitmen untuk memonitor keberhasilan pengobatan yang dinilai masih rendah baik dari target program maupun komitmen pengadaan alat dan dukungan pembiayaan. Secara umum berhasil diidentifikasi masalah komitmen pemerintah dalam mengakselerasi inovasi strategis dalam pelayanan tes dan pengobatan HIV, kemudian koordinasi dan kolaborasi yang masih di atas kerjas dalam mendukung LKB-SUFA, serta keterlibatan komunitas yang masih belum dioptimalkan.

Meskipun demikian terdapat beberapa inovasi yang berhasil diidentifikasi dan dirasakan manfaatnya oleh komunitas adalah *community-based testing* berbasis tes HIV mandiri, notifikasi pasangan, penelusuran LTFU lewat *differentiated outreach*, *social marketing* dan *public private partnership* dalam penyediaan layanan tes dan pengobatan. Inovasi-inovasi ini hendaknya didukung lebih lanjut dalam bentuk komitmen dan dukungan instrumen kebijakan yang sesuai. Dukungan kebijakan diperlukan berupa (1) Panduan implementasi inovasi yang dianggap memiliki potensi dampak pada percepatan pencapaian 90-90-90 seperti tes HIV mandiri dan notifikasi pasangan termasuk kerjasama sektor publik dan privat (termasuk komunitas) dalam penyediaan layanan tes dan pengobatan (2) Memastikan ada lembaga atau institusi yang mengambil peran koordinasi di daerah dalam kerangka kerja LKB (3) Mendukung

pemberdayaan komunitas untuk secara bermakna mengambil peran lebih besar dalam berbagai inovasi program percepatan pencapaian 90-90-90. Komitmen kebijakan ini dibutuhkan untuk meningkatkan skala implementasi terutama di daerah-daerah prioritas dan kemudian mampu memberikan dampak lebih besar pada upaya pencapaian target 90-90-90.

Selanjutnya untuk mempercepat upaya percepatan pencapaian target 90-90-90 juga diperlukan upaya memperkuat koordinasi vertikal dan horizontal antar program dan kegiatan dan antar upaya pencapaian setiap tahapan dari target 90-90-90. Lebih lanjut, komunitas yang terlibat dalam penjangkauan dan pendampingan perlu mendapat perhatian baik dari sisi harmonisasi peran, tanggung jawab, peningkatan kapasitas individu dalam pemberian layanan termasuk penghargaan baik yang berkaitan dengan gaji maupun status sosial. Perlu dikembangkan sistem untuk memetakan komunitas yang berperan sebagai petugas penjangkau dan pendamping, memetakan kebutuhan pelatihan, supervisi dan juga kinerja. Sebagai penutup untuk mendorong *demand* atau *tes* dan pengobatan sebagai kebutuhan komunitas bukan kebutuhan program dan melihat masalah klasik pengetahuan kita perlu mengembangkan metode penyebaran informasi yang masif, tersistem dan terstruktur. Perkembangan dunia digital mengharuskan kita mampu memanfaatkan media social dan marketing digital untuk bisa mendorong munculnya permintaan terhadap layanan terkait HIV dari masyarakat (*digital demand creation*).

Daftar Isi

Kata Pengantar.....	iii
Ringkasan Eksekutif	v
Daftar Isi.....	xi
1. Pendahuluan	1
1.1. Epidemi HIV di Indonesia	3
1.2. Kampanye Global 90-90-90 Untuk Menghentikan Laju Epidemii HIV.....	3
1.3. Evaluasi pencapaian 90-90-90 di Indonesia dan Upaya Percepatan.....	4
1.4. Tujuan Kaji Cepat.....	6
1.5. Luaran Yang Dihasilkan	7
2. Metode	9
2.1. Rancangan Kaji Cepat.....	9
2.2. Konteks Kajian.....	9
2.3. Tehnik Pengumpulan Data	10
2.4. Analisis Data Sekunder	11
2.5. Informan Kunci	13

2.6. Kerangka Teori Dalam Analisis Data Primer	13
2.7. Aspek Etik Dari Kajian.....	15
3. Pencapaian Target 90-90-90 di Indonesia	17
3.1. Pencapaian Secara Nasional	17
3.2. Pencapaian Pada Populasi Kunci HIV	20
4. Upaya Pencapaian 90-90-90	
Dari Perspektif Komunitas	23
4.1. Apa Yang Menghambat Orang Indonesia Dalam Tes HIV (90 Pertama).....	24
4.1.1. Faktor individu.....	24
4.1.2. Faktor interpersonal (klien-pemberi layanan) ...	27
4.1.3. Faktor sistem layanan kesehatan.....	31
4.1.4. Faktor kebijakan dan kondisi lingkungan sosial	33
4.2. Apa Yang Menghambat ODHA Di Indonesia Dalam Mengakses Pengobatan (90 Kedua)	35
4.2.1. Faktor individu.....	35
4.2.2. Faktor interpersonal (klien-pemberi layanan) ..	39
4.2.3. Faktor sistem layanan kesehatan.....	42
4.2.4. Faktor kebijakan dan kondisi lingkungan sosial	47
4.3. Apa yang menghambat orang Indonesia dalam mematuhi pengobatan dan berhasil dalam pengobatan (90 ketiga)	49
4.3.1. Faktor individu.....	49
4.3.2. Faktor interpersonal (klien-pemberi layanan) ..	51
4.3.3. Faktor sistem layanan kesehatan.....	51
4.3.4. Faktor kebijakan dan kondisi lingkungan sosial	53
5. Faktor Yang Muncul Di Ketiga Tahapan	55
5.1. Komitmen Pemerintah	55
5.2. Koordinasi Dan Kolaborasi.....	58
5.3. Keterlibatan Komunitas	61

6. Inovasi Yang Berhasil Dilakukan Dan Pembelajaran Terbaik.....	65
6.1. Testing HIV Mandiri.....	65
6.2. Notifikasi Pasangan	67
6.3. Penelusuran <i>Lost to Follow Up</i> (LTFU).....	68
6.4. <i>Social Marketing</i> Isu HIV Melalui Media Sosial.....	69
6.5. <i>Public Private Partnership</i> Dalam Penyediaan Layanan HIV-AIDS.....	70
7. Meningkatkan Kualitas Tes Dan Pengobatan HIV-AIDS	73
7.1. Komunitas Perlu Mengambil Peran Lebih Besar Dalam Mendukung Percepatan Pencapaian Target 90-90-90	73
7.2. Komitmen Pemerintah	76
7.3. Koordinasi Lintas Sektor Dalam Penanganan HIV	79
8. Kesimpulan Dan Rekomendasi	81
8.1. Kesimpulan	81
8.2. Rekomendasi.....	82
9. Lampiran	85
9.1. Daftar Rujukan.....	85
9.2. Instrumen Pengumpulan Data Primer	89
9.2.1. Daftar pertanyaan untuk wawancara informal dan FGD SSR-IU/Organisasi komunitas.....	89
9.2.2. Daftar pertanyaan untuk wawancara informal Mitra Pembangunan Internasional	92
9.2.3. Daftar pertanyaan untuk wawancara Kemenkes/Dinas Kesehatan	93
9.2.4. Pedoman diskusi dengan layanan kesehatan	94

Daftar Gambar dan Tabel

Gambar 1.	Kerangka Analisis <i>Modified Socioecological Model</i>	14
Gambar 2.	Pencapaian Target 90-90-90 Pada Responden STBP 2018.....	20
Gambar 3.	Pencapaian Target 90-90-90 Pada Responden STBP 2018 Menurut Kategori Kabupaten/Kota.....	22
Gambar 4.	Alasan Belum Pernah Testing HIV Pada Responden STBP 2018	24
Tabel 1.	Indikator, Definisi, Metode Penghitungan dan Target 90-90-90.....	12
Tabel 2.	Pencapaian Target 90-90-90 Dari Beberapa Sumber Laporan	20

Pendahuluan

Penelitian tentang peran pengobatan antiretroviral (ART) dalam memainkan peran ganda untuk meningkatkan status kesehatan orang yang hidup dengan HIV (ODHIV) dan mengurangi penularan, telah banyak dilakukan (1,2). Oleh karenanya, *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) dan *World Health Organization* (WHO) telah mendorong negara-negara dan mitra pembangunan internasional maupun pemangku kepentingan lokal untuk menerjemahkan bukti manfaat ART dari penelitian tersebut ke dalam praktik rutin melalui serangkaian inisiatif penetapan target global yang ambisius (3).

Dengan tujuan mengakhiri epidemi AIDS pada tahun 2030, UNAIDS meluncurkan target 90–90–90 pada tahun 2014, dimana pada tahun 2020 diharapkan, 90% ODHIV mengetahui status HIV-nya; 90% dari semua orang yang didiagnosis HIV menggunakan ART; dan 90% orang sedang dalam pengobatan ART mengalami pengurangan jumlah virus didalam cairan tubuh (*viral suppression*).

Indonesia adalah salah satu negara yang mendukung dan berkomitmen terhadap pencapaian target 90-90-90. Pemodelan matematis menunjukkan bahwa investasi sedini mungkin untuk mencapai target 90-90-90 pada tahun 2020, lalu target 95-95-95 dan peningkatan cakupan upaya pencegahan lainnya pada tahun 2030, dapat mengurangi infeksi HIV baru dan kematian akibat AIDS hingga 90% selama tahun 2010-2030 (4).

Pada tingkat negara, penilaian tingkat pencapaian target 90-90-90 secara rutin sangat penting dilakukan secara berkala untuk mengidentifikasi kesenjangan sehingga dapat membantu dalam melakukan koreksi dan perbaikan komitmen, strategi serta pelaksanaan program dalam meningkatkan dan memperluas layanan terkait. Namun demikian, berbagai penelitian telah menyoroti tentang banyaknya tantangan dalam memantau kemajuan menuju target 90-90-90 di tahun-tahun awal inisiatif tersebut, termasuk perbedaan dalam data yang dilaporkan, ketersediaan data yang terbatas di domain publik, dan kurangnya perbandingan kaskade lintas negara (5). Oleh karena itu, pada tahun 2016, UNAIDS mengeluarkan pedoman untuk menghitung dan melaporkan pencapaian target 90-90-90 dengan mengikuti metodologi standar, termasuk merevisi data historis sesuai kebutuhan. Pertimbangan metodologis tambahan juga dapat ditemukan dalam Pedoman Pemantauan AIDS Global tahun 2019 (6).

Seiring dengan akan berakhirnya tahun 2020, diperlukan adanya evaluasi pencapaian target 90-90-90 yang dapat menangkap cerita pelaksanaan program penanggulangan HIV dengan cepat dan komprehensif sekaligus memotret kekurangan dan kelebihan termasuk tantangan yang dihadapi serta penyelesaian masalah yang dilakukan. Cerita pelaksanaan program untuk mencapai 90-90-90 ini mengambil perspektif komunitas terutama dari aktor dan organisasi masyarakat yang terlibat dalam penyelenggaraan pelayanan di komunitas untuk memberikan informasi yang lebih membumi sehingga mampu memotret masalah faktual di lapangan.

1.1. Epidemii HIV di Indonesia

Sejak pertama kali dilaporkan pada tahun 1987, epidemii HIV di Indonesia terus berkembang dan terkonsentrasi pada populasi berisiko tinggi seperti lelaki seks dengan lelaki (LSL), pekerja seks perempuan (PSP), waria, dan pemakai narkoba suntik (penasun). Survei terpadu biologi dan perilaku terakhir yang dilakukan Kemenkes pada tahun 2018-2019 menunjukkan prevalensi HIV yang relatif tinggi pada LSL 17,9%, pada penasun 11,9%, dan pada waria 11,9%, hanya pada PSP prevalensi terlihat menurun di angka 2,1% (7). Laporan lembaga UNAIDS menyebutkan sejak tahun 2010 sampai dengan 2016, terjadi peningkatan kejadian HIV mencapai 22% (8). Lebih lanjut berdasarkan estimasi terbaru ODHIV di Indonesia yang dilakukan Kemenkes pada tahun 2019, diperkirakan terdapat lebih dari 543 ribu ODHIV di tahun 2020 (9).

Beban epidemii HIV yang masih terkonsentrasi pada kelompok populasi berisiko tinggi atau yang dikenal luas sebagai populasi kunci mencerminkan keberhasilan program mencegah perluasan epidemii ke populasi umum, sebagaimana terlihat pada prevalensi epidemii pada populasi umum berumur 15-49 tahun sebesar 0.35% (10). Hanya saja, data ini juga menunjukkan bahwa masih ada kesenjangan dalam upaya penanggulangan epidemii HIV pada populasi berisiko tinggi, terutama mengingat keberhasilan negara lain di Asia Tenggara dalam mengendalikan laju epideminya.

1.2. Kampanye Global 90-90-90 Untuk Menghentikan Laju Epidemii HIV

Salah satu kunci sukses beberapa negara dalam mengendalikan atau melambatkan laju epidemii HIV adalah mengarahkan strategi pengendalian pada kampanye strategis 90-90-90 (11). Kampanye 90-90-90 menekankan pada peran strategis pengobatan sebagai pencegahan HIV dengan mengupayakan 90 persen ODHA mengetahui status HIV-nya, 90% dari mereka kemudian memulai

pengobatan dan 90% diantaranya kemudian mencapai supresi jumlah virus dalam cairan tubuh (supresi virus) (12,13). Meskipun beberapa laporan yang mengkaji pencapaian 90-90-90 melaporkan bahwa secara umum target kampanye ini belum memuaskan, 90-90-90 adalah tidak sebuah kemustahilan (12,14). Hal ini berhasil dibuktikan oleh dua negara pada belahan dunia yang berbeda, Botswana dan Australia. Kedua negara ini berhasil mencapai sebagian target dari 90-90-90 dengan usaha bersama antar seluruh pihak terkait terutama dimulai dengan upaya peningkatan tes HIV yang diupayakan di tingkat komunitas (15)

Sebuah laporan kaji literatur secara sistematis pada tahun 2016 dan 2018 menyebutkan bahwa belum ada negara yang mampu mencapai target ini (12,16). Poin terlemah di tingkat global adalah diagnosis HIV atau tangga pertama (90 pertama), tetapi kemudian dilaporkan bahwa tangga kedua justru terlihat sangat dalam di banyak negara yang artinya kemampuan negara-negara untuk menjamin akses ART pada mereka yang membutuhkan belum baik dan perlu mendapat perhatian serius. Sementara itu variasi kemampuan dalam menyediakan layanan tes *viral load* (VL) membuat banyak negara belum mampu melaporkan langkah ketiga. Beberapa faktor yang berperan dalam pencapaian target 90-90-90 adalah tingkat epidemi antar negara, karakteristik demografi, sistem kesehatan, biaya tes dan pengobatan termasuk kebijakan dalam tes dan pengobatan (12). Lebih lanjut diperlukan upaya secara sistematis untuk menstandarisasi pelaporan pencapaian target global ini, dimulai dengan pengelolaan data tes dan pengobatan yang memungkinkan monitoring secara reguler dan bisa dipercaya (11,12,14,16)

1.3. Evaluasi pencapaian 90-90-90 di Indonesia dan Upaya Percepatan

Indonesia sendiri termasuk negara yang bergabung dalam komitmen global mencapai target 90-90-90, dimulai dengan kebijakan layanan komprehensif berkesinambungan (LKB) pada tahun 2012 yang

berlanjut dengan kebijakan penggunaan ARV secara strategis atau yang lebih dikenal dengan nama *Strategic Use of ARV* (SUFA) di tahun 2013. Kebijakan LKB-SUFA sendiri menekankan upaya meningkatkan tes pada mereka yang berisiko, memulai pengobatan pada mereka yang memenuhi syarat, dan mempertahankannya dalam pengobatan dengan mengembangkan pelayanan yang ramah dan komprehensif di tingkat pertama dimulai dari Puskesmas.

Sebuah evaluasi retrospektif pada program LKB-SUFA di Indonesia melaporkan bahwa terjadi peningkatan sebesar 11 persen dibandingkan sebelum SUFA untuk akses ke pengobatan, tetapi tidak terdapat perubahan proporsi yang memulai pengobatan pada mereka yang *eligible* meskipun terjadi perbaikan bermakna berkurangnya LTFU sebesar 27 persen pada periode SUFA (17). Tidak ada laporan tentang proporsi ODHIV yang mengetahui status HIV-nya.

Sebuah studi prospektif di 4 kota di Indonesia pada populasi LSL, waria, PSP dan penasun melaporkan masih buruknya kaskade pengobatan HIV pada proporsi yang memulai pengobatan dan keberhasilan pengobatan (18). Yang cukup menggembirakan adalah fakta bahwa keberhasilan supresi VL mencapai 90.5% pada mereka yang ada dalam pengobatan selama minimal 6 bulan. Hal ini menunjukkan bahwa pengobatan yang dilakukan dengan baik dalam periode waktu yang cukup memiliki potensi untuk mengurangi risiko penularan. Sama seperti studi evaluasi SUFA di atas, studi prospektif ini tidak berhasil melaporkan langkah pertama dari 90-90-90. Baik pada studi SUFA maupun studi prospektif ini tidak menampilkan kaskade perawatan HIV sesuai standar UNAIDS.

Studi lainnya dalam skala yang lebih kecil dilakukan di Kediri Jawa Timur untuk menilai kaskade perawatan HIV menurut standar UNAIDS (15). Meskipun dilaporkan dalam jurnal internasional, disayangkan bahwa klaim studi yang telah melaporkan langkah pertama dari 90-90-90 tidak memenuhi syarat yang seharusnya. Studi ini melaporkan proporsi ODHIV yang mengetahui status

menggunakan data proposi HIV positif dari mereka yang dirujuk untuk tes HIV. Lebih lanjut studi ini juga melaporkan langkah ketiga dari target 90-90-90 sebagai proporsi mereka yang mencapai supresi VL dari yang memulai pengobatan, sebuah definisi yang sudah tidak tepat. Bagaimanapun kelemahan studi ini menunjukkan memang bervariasinya pemahaman pihak terkait terhadap pengukuran capaian 90-90-90 serta sistem pelaporan dan monitoring yang memang belum memberi kapasitas yang cukup dalam menilai pencapaian kampanye global ini di Indonesia.

1.4. Tujuan Kaji Cepat

Belajar dari upaya yang sudah dilakukan untuk menghitung dan meningkatkan capaian target 90-90-90, diperlukan upaya bersama yang lebih baik dan strategis di masa depan, terutama ketika di tingkat global sudah muncul wacana target kampanye baru 95-95-95. Bukti-bukti ilmiah menunjukkan bahwa upaya mencapai target 90-90-90 dapat diperkuat melalui peningkatan peran komunitas lewat berbagai inovasi untuk mengatasi hambatan struktural dan sosial dalam mengakses layanan terkait HIV (19). Berbagai intervensi yang melibatkan komunitas dan dilakukan di tingkat komunitas terbukti berhasil meningkatkan testing, memulai pengobatan dan mempertahankannya; diantaranya pekerja kesehatan dari komunitas/kader, integrasi atau kombinasi layanan, penggunaan teknologi yang ramah komunitas, pemasaran sosial, layanan tes mobil, dan pendidikan kesehatan masyarakat.

Untuk mempersiapkan dan memberikan masukan secara lebih konstruktif terhadap upaya pencapaian target kampanye 90-90-90 dan meningkatkan peran komunitas dalam percepatan pencapaiannya maka pengkajian cepat atau *rapid assessment* ini dilakukan. Secara khusus kajian ini bertujuan:

1. Untuk mengevaluasi perkembangan Indonesia dalam pencapaian target 90-90-90 hingga tahun 2020 dalam sudut pandang komunitas.
2. Mendokumentasikan pembelajaran baik, kendala dan tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan program saat ini yang dapat dijadikan bahan perbaikan untuk program selanjutnya

1.5. Luaran Yang Dihasilkan

1. Pencapaian 90-90-90 berdasarkan analisis data sekunder dari berbagai laporan pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan RI termasuk dokumen estimasi terkait ODHIV yang dihasilkan Kemenkes bekerjasama dengan mitra pembangunan internasional dan juga institusi dan lembaga terkait di Indonesia.
2. Sintesis pembelajaran baik, kendala dan tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan program saat ini dari perspektif komunitas yang dalam hal ini diwakili oleh teman-teman organisasi masyarakat yang terlibat aktif dalam program nasional dan daerah penanggulangan HIV dari daerah prioritas di Indonesia.
3. Rekomendasi untuk percepatan pencapaian target 90-90-90 selanjutnya.

Metode

2.1. Rancangan Kaji Cepat

Kajian pencapaian target 90-90-90 dari perspektif komunitas ini dilakukan dengan pendekatan *rapid health assessment* atau kaji cepat bidang kesehatan. Pendekatan ini dipilih karena memang paling sesuai dilakukan dalam kondisi waktu yang singkat dan ditujukan untuk menjawab pertanyaan spesifik yang akan digunakan untuk kepentingan pengembangan strategi dan program kesehatan terkait penanggulangan HIV di Indonesia. Jadi kajian ini dilakukan tidak untuk kepentingan akademik seperti penyusunan buku monograf ataupun artikel pada jurnal ilmiah baik nasional maupun internasional, melainkan semata-mata untuk kepentingan program.

2.2. Konteks kajian

Menimbang keterbatasan waktu dan penggunaan kaji cepat dalam pengumpulan data, maka hanya kajian dengan melibatkan pengumpulan data primer hanya dilakukan pada informan di tingkat nasional dan juga di tiga (3) daerah prioritas. Hal ini bertujuan

untuk mendapat keterwakilan kasus upaya pencapaian 90-90-90 dari *setting* yang berbeda di Indonesia. Penentuan ketiga daerah ini dilakukan secara dengan menimbang ketersediaan layanan, besar target dan capaian program. Ketiga daerah dimana data telah berhasil dikumpulkan adalah:

1. Jakarta mewakili daerah metropolitan dengan kompleksitas sistem kesehatan dan juga besarnya populasi kunci serta kondisi epidemi HIV yang cukup tinggi pada banyak kelompok populasi kunci baik LSL, PSP dan Penasun.
2. Bali (Denpasar dan Badung) mewakili daerah di luar Jawa dengan kerjasama organisasi masyarakat dan pemerintah yang cukup baik dengan berbagai inovasi penanggulangan berbasis masyarakat dengan jumlah populasi kunci yang cukup besar dan epidemi yang masih berkembang terutama pada kelompok LSL
3. Palembang mewakili daerah dengan kultur timur serta religius yang kental dimana tantangan dalam penanggulangan HIV-AIDS banyak berasal dari perspektif kebijakan setempat dan juga kondisi sosial kemasyarakatannya.

2.3. Tehnik Pengumpulan Data

Dalam pelaksanaannya, pengumpulan data dilakukan dengan dua cara:

1. Pengumpulan data sekunder melalui analisis data yang tersedia di Kementerian Kesehatan RI terkait capaian 90-90-90 serta informasi lain terkait:
 - a. Laporan Program Pengendalian HIV-AIDS Triwulan IV 2019 dan Triwulan III 2020, Kemenkes RI
 - b. Laporan Survei Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP) 2018, Kemenkes RI

- c. Laporan Estimasi Populasi Kunci Dan Pemodelan Epidemi HIV 2020, Kemenkes RI
 - d. Laporan Stigma Index 2019
 - e. Kajian Nasional Respon HIV 2020, Kemenkes RI
 - f. Sumber literatur lainnya yang relevan untuk memperkaya laporan kajian cepat
2. Pengumpulan data primer secara kualitatif dengan pendekatan wawancara/diskusi informal dengan informan yang memiliki otoritas dalam memberikan informasi, baik karena pekerjaan, posisi dan jabatannya dalam berbagai lembaga atau institusi yang relevan dan terkait dalam penanggulangan HIV di Indonesia.
 - a. Diskusi informal baik individual maupun kelompok secara virtual dengan telepon, WA call, dan zoom pada informan yang berhasil dihubungi dan bersedia diwawancarai.
 - b. Kunjungan ke layanan di tiga lokasi di Bali yaitu Puskesmas Denpasar Selatan 2, Puskesmas Denpasar Barat 2 dan Klinik WM, Yayasan Kerti Praja. Dalam kunjungan ke layanan juga dilakukan sesi diskusi informal dengan pengelola program dan staf medis dan para medis yang memberi layanan HIV-AIDS.

2.4. Analisis Data Sekunder

Analisis data sekunder dilakukan secara deskriptif untuk memetakan pencapaian target 90-90-90 yang sedekat mungkin sesuai dengan definisi UNAIDS (13). Analisis dilakukan dengan menggunakan data sekunder dari laporan-laporan yang disebutkan diatas. Ringkasan penghitungan pencapaian target 90-90-90 dan kaskade tes HIV hingga pengobatan ART (yang diukur sebagai proporsi dari semua ODHIV) dijelaskan pada Tabel 1 dibawah ini.

TABEL 1. INDIKATOR, DEFINISI, METODE PENGHITUNGAN DAN TARGET 90-90-90 (6)

Indikator	Definisi	Metode Penghitungan		Target (%) 2020	Target (%) 2030
		Pembilang	Penyebut		
90 Pertama	Persen dari semua orang yang hidup dengan HIV dan mengetahui status HIV-nya	Jumlah orang yang hidup dengan HIV dan mengetahui status HIV-nya	Jumlah orang yang diperkirakan hidup dengan HIV	90	95
90 Kedua	Persen dari semua orang yang menjalani pengobatan di antara mereka yang mengetahui status HIV-nya	Jumlah orang yang sedang minum ART	Jumlah orang yang hidup dengan HIV dan mengetahui status HIV-nya	90	95
90 Ketiga	Persen dari semua orang dengan jumlah virus tersupresi di antara mereka yang dalam pengobatan	Jumlah orang dengan jumlah virus tersupresi	Jumlah orang yang sedang minum ART	90	95
Cakupan ART	Persen dari semua orang yang hidup dengan HIV dan sedang minum ART	Jumlah orang yang sedang minum ART	Jumlah orang yang diperkirakan hidup dengan HIV	81	90

Jumlah virus tersupresi	Persen dari semua orang yang hidup dengan HIV dan mengalami virus yang tersupresi	Jumlah orang dengan jumlah virus tersupresi	Jumlah orang yang diperkirakan hidup dengan HIV	73	86
-------------------------	---	---	---	----	----

Catatan: Indikator 90 pertama, Cakupan ART dan Jumlah Virus Tersupresi yang diurutkan disebut juga sebagai kaskade testing HIV hingga pengobatan ART.

2.5. Informan Kunci

Informan kunci kaji cepat ini berasal dari perwakilan beberapa organisasi pelaksana kegiatan pencegahan HIV pada populasi kunci dari komunitas, penyedia layanan kesehatan terkait baik dari pemerintah dan swasta, pendukung sebaya ODHIV, pengelola program penanggulangan HIV di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota serta mitra pembangunan internasional.

Terdapat beberapa kandidat informan kunci yang belum berhasil diwawancarai karena keterbatasan waktu untuk melakukan pendekatan dan juga menegosiasikan waktu diskusi. Hambatan formal berupa prosedur dan izin wawancara juga dialami oleh konsultan dan tim yang terlibat. Tidak berhasilnya informan tersebut diwawancarai tidak serta merta mengurangi kualitas kajian cepat ini karena sebagian besar informasi penting telah berhasil diperoleh dari informan kunci lainnya. Saturasi data untuk kajian cepat menurut konsultan telah berhasil diperoleh.

2.6. Kerangka Teori Dalam Analisis Data Primer

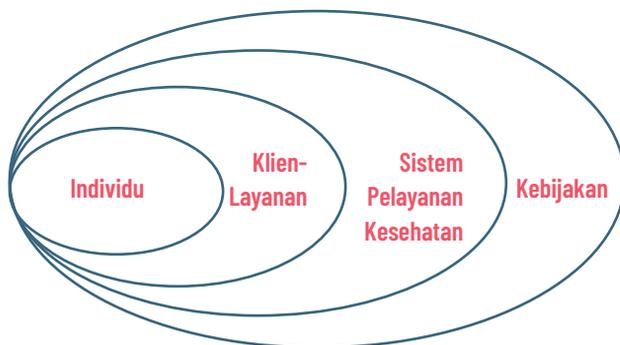
Untuk memandu analisis hasil pengumpulan data primer dan menjawab tujuan kajian secara terarah, maka konsultan memutuskan untuk menggunakan pendekatan kerangka atau model sosio-ekologi dalam menjelaskan pencapaian 90-90-90 dari perspektif komunitas.

Dalam literatur internasional pendekatan model sosio-ekologi atau *socio-ecological model* (SEM) digunakan secara luas untuk menilai risiko dan konteks risiko HIV (20).

SEM memberikan ruang pada analisis multilevel dimulai dari tingkat individu, *microsystem*, *mesosystem*, *exosystem* dan *macrosystem*. Hanya saja dalam laporan ini, dan untuk mempermudah pemahaman kita terhadap konteks dari kajian maka konsultan menggunakan modifikasi dari SEM yang menyederhanakan level dari kelompok faktor menjadi empat yaitu inpersonal, sistem pelayanan kesehatan dan kebijakan dikenal sebagai *modified socioecological model* (MSEM) (21).

Analisis dilakukan secara induktif-deduktif dengan pendekatan tematik, dimulai dari mendengarkan ulang rekaman hasil wawancara atau membaca *summary* dari hasil wawancara, kemudian menyusun kode-kode awal dari hasil wawancara *se-grounded* mungkin untuk kemudian dalam proses selanjutnya dibaca kembali untuk dikoding ulang sesuai dengan pendekatan MSEM. Pada akhirnya konsultan memperoleh tema-tema utama yang mengisi setiap level dari MSEM yang kemudian digunakan untuk menyusun narasi perspektif komunitas dalam upaya pencapaian target 90-90-90 pada setiap langkah dari kaskade perawatan HIV di Indonesia.

GAMBAR 1. KERANGKA ANALISIS MODIFIED SOCIOECOLOGICAL MODEL



2.7. Aspek Etik Dari Kajian

Kajian ini sebagaimana dijelaskan sebelumnya, merupakan kajian cepat untuk kepentingan pengembangan strategi dan program di masa depan untuk membantu pemerintah dalam mencapai target kampanye global 90-90-90 yang kemudian menjadi 95-95-95. Kajian tidak digunakan untuk kepentingan publikasi Ilmiah dan kegiatan Ilmiah terkait lainnya. Ditambah dengan waktu pendek yang dimiliki konsultan untuk melakukan pengumpulan data, analisis dan kemudian penyajian hasil dalam laporan maka tidak memungkinkan konsultan untuk melakukan pengkajian laik etik. Meskipun demikian kajian ini dilakukan dengan Menjunjung tinggi hak dari informan dalam menyampaikan informasi tanpa ada unsur paksaan. Seluruh informan yang diwawancarai telah memberikan persetujuan mereka untuk terlibat dalam kajian cepat ini. Informan yang berasal dari institusi tertentu bahkan mendapat persetujuan lembaga. Laporan ini juga tidak memberikan ruang pada munculnya data individu yang bisa memberi dampak pada informan kajian.

Pencapaian Target 90-90-90 di Indonesia

3.1. Pencapaian Secara Nasional

Pada tahun 2019, UNAIDS mempublikasikan pencapaian target 90-90-90 dari 75 negara, termasuk pencapaian Indonesia. Penghitungan pencapaian target 90-90-90 dihitung dengan menggunakan estimasi populasi kunci HIV dan pemodelan epidemi HIV tahun 2016 serta indikator cakupan program terkait tahun 2018. Didalam laporan tersebut capaian target 90 pertama dan kedua Indonesia secara berurutan, dengan rentang ketidakpastian 95%, adalah 51% (44% - 60%) dan 33% (29% - 39%). Pencapaian target 90 ketiga dari Indonesia tidak dicantumkan didalam laporan tersebut mengingat jumlah ODHIV yang sedang dalam pengobatan ART dan menerima tes VL masih sangat sedikit dan dibawah batas minimal yang dapat dilaporkan. Selain itu, laporan tersebut juga melaporkan indikator Cakupan ART di Indonesia yaitu sebesar 17% (15% - 20%) (22).

Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan III Tahun 2020 yang dikeluarkan

Kementerian Kesehatan RI juga menyajikan pencapaian target 90-90-90 hingga akhir bulan September 2020. Di laporan tersebut juga disajikan data-data yang digunakan untuk menghitung pencapaian target 90-90-90 sehingga dapat dihitung rentang ketidakpastiannya. Pencapaian target 90-90-90 pada Triwulan III 2020 secara berurutan dari indikator 90 pertama hingga ketiga adalah 65% (55% - 76%), 40% (29% - 54%), dan 17% (12% - 23%). Indikator tambahan untuk kaskade testing HIV hingga pengobatan ART juga ditampilkan di laporan tersebut dengan pencapaian cakupan ART adalah 26 % (22% - 30%) dan ODHIV dengan jumlah virus tersupresi adalah 4% (3% - 5%) (23). Peningkatan pencapaian target 90-90-90 di laporan UNAIDS 2019 dengan di laporan Triwulan III 2020 Kemenkes terjadi karena adanya peningkatan jumlah orang yang dicakup dalam indikator terkait dan juga penggunaan estimasi ODHIV tahun 2020 yang lebih rendah dibanding estimasi ODHIV tahun 2016.

Dari pencapaian target 90-90-90 di Laporan Triwulan III Tahun 2020, dapat diperkirakan bahwa Indonesia tidak akan mencapai target sesuai dengan komitmen global pada tahun 2020. Kesenjangan terbesar ada pada pencapaian indikator 90 Ketiga diikuti dengan indikator 90 Kedua dan 90 Pertama. Indonesia juga diperkirakan tidak akan mencapai target indikator cakupan ART maupun VL tersupresi pada akhir tahun 2020.

Pembilang untuk indikator ODHIV yang tahu statusnya (90 Pertama) pada kedua laporan tersebut dihitung dengan cara mengurangi kumulatif kasus HIV yang dicatat dan dilaporkan sejak tahun 1987 dengan kumulatif kematian terkait AIDS yang dicatat dan dilaporkan pada Triwulan III 2020. Persentase kumulatif kematian ODHIV dari kumulatif kasus HIV yang dilaporkan hingga Triwulan III 2020 (14%) jauh lebih rendah dari kumulatif ODHIV meninggal dari kumulatif ODHIV hingga 2020 (41%) hasil pemodelan epidemi HIV tahun 2020 dan hasil berbagai penelitian dari banyak negara

(24). Secara umum, keterbatasan penghitungan pembilang dari indikator 90 pertama pada kedua laporan tersebut adalah:

- Kematian yang dilaporkan dan dicatat adalah kematian terkait AIDS dan bukan kematian ODHIV. ODHIV yang meninggal tidak terkait AIDS atau belum menerima layanan perawatan, dukungan dan pengobatan tidak tercatat. Hal ini menyebabkan angka perkiraan kematian ODHIV jauh lebih rendah dari kumulatif ODHIV yang meninggal hasil pemodelan epidemi HIV sehingga ODHIV yang tahu status HIV-nya menjadi lebih tinggi (*over estimation*).
- Migrasi keluar negeri di antara orang yang sudah didiagnosis dan dilaporkan ke sistem pencatatan kasus HIV baru selama lebih dari 20 tahun belum dihapus sama sekali sehingga perkiraan yang dihasilkan dapat dianggap lebih tinggi dari angka seharusnya (*over estimation*).
- Belum ada mekanisme untuk menghilangkan duplikasi laporan kasus HIV baru (*over estimation*)

Penghitungan pencapaian target 90-90-90 dengan menggunakan cakupan pada Laporan Perkembangan Triwulan III 2020 dan penyesuaian persentase kumulatif ODHIV yang meninggal dari pemodelan epidemi HIV tahun 2020 memberikan hasil yang cukup berbeda pada indikator 90 Pertama dan Kedua menjadi 45% (38% - 52%) dan 57% (42% - 79%). Sedangkan indikator 90 Ketiga, cakupan ART dan VL tersupresi tidak berbeda. Penyesuaian penghitungan ini menyebabkan urutan tingkat kesenjangan pencapaian dan target 90-90-90 dari yang terbesar berubah menjadi indikator 90 Ketiga, lalu 90 Pertama dan 90 Ketiga.

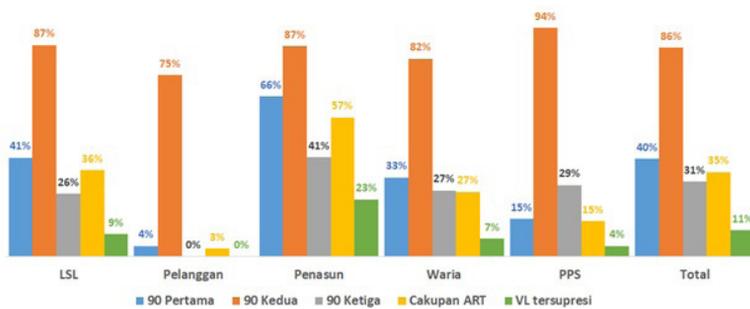
**TABEL 2. PENCAPAIAN TARGET 90-90-90
DARI BEBERAPA SUMBER LAPORAN**

	(n) Estimasi Jumlah ODHIV	(%) 90 Pertama	(%) 90 Kedua	(%) 90 Ketiga	(%) Cakupan ART	(%) VL Tersupresi
UNAIDS 2019 estimates	640,000 (550,000-750,000)	51 (44 - 60)	33 (29 - 39)	(-)	17 (15 - 20)	(-)
Laporan triwulan IV 2019	652,000 (560,000-764,000)	53 (45 - 61)	37 (27 - 51)	8 (6 - 11)	20 (17 - 23)	2 (1 - 3)
Laporan triwulan III 2020	543,100 (467,000-636,000)	65 (55 - 76)	40 (29 - 54)	17 (12 - 23)	26 (22 - 30)	4 (3 - 5)
Laporan triwulan III 2020 - % kematian ODHIV dari estimasi	543,100 (467,000-636,000)	45 (38 - 52)	57 (42 - 79)	17 (12 - 23)	26 (22 - 30)	4 (3 - 5)

3.2. Pencapaian Pada Populasi Kunci HIV

Pencapaian target 90-90-90 terkini pada populasi kunci HIV dapat diperkirakan dari Laporan STBP tahun 2018 dengan melakukan penghitungan capaian indikator dari responden dengan hasil tes HIV reaktif dari 2 reagensia berbeda.

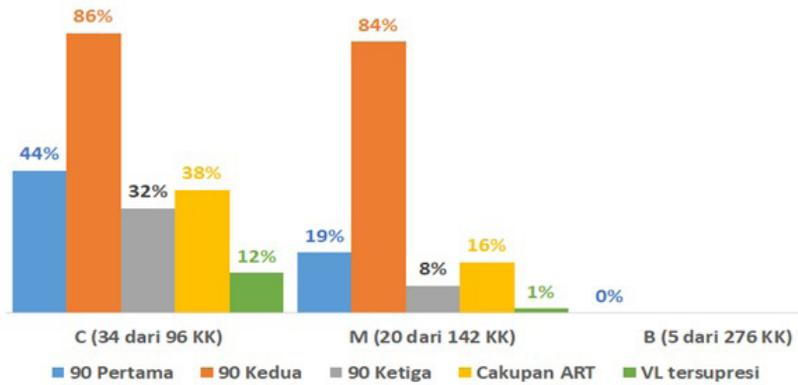
**GAMBAR 2. PENCAPAIAN TARGET 90-90-90 PADA RESPONDEN
STBP 2018**



Secara total, pencapaian target 90-90-90 pada populasi kunci dengan HIV yang menjadi responden STBP tahun 2018 secara berurutan dari indikator 90 Pertama, Kedua dan Ketiga adalah 40% (38% - 43%), 86% (84% - 89%) dan 64% (58% - 69%) (7). Pola urutan kesenjangan pencapaian dari target 90-90-90 pada responden STBP 2018 sama dengan pola urutan dari Laporan Triwulan III tahun 2020 yang disesuaikan dengan persentase kumulatif ODHIV yang sudah meninggal dari hasil pemodelan epidemi HIV tahun 2020. Secara berurutan pencapaian target 90-90-90 pada populasi kunci responden STBP 2018 dari yang tertinggi adalah Penasun, LSL, Waria, PSP dan Pelanggan PS. Hasil ini berbanding lurus dengan cakupan program pencegahan HIV yang dilaporkan pada akhir 2019.

Dari Laporan STBP 2018, dapat juga dihitung pencapaian target 90-90-90 dari populasi kunci menurut kategori prioritas kabupaten/kota pada program dukungan dari *The Global Fund* tahun 2017-2020. Ada 3 kategori kabupaten/kota yaitu 1) *Comprehensive* (intensitas program paling tinggi) dengan 96 Kabupaten/kota dimana 34 diantaranya menjadi lokasi STBP 2018 untuk setidaknya 1 populasi kunci; 2) *Medium* (intensitas program sedang) terdiri dari 142 kabupaten/kota dimana 20 diantaranya menjadi lokasi STBP; dan 3) 276 kabupaten/kota *Basic* dimana hanya 5 diantaranya yang menjadi lokasi STBP tahun 2018. Dari gambar dibawah terlihat bahwa pencapaian hampir semua indikator 90-90-90 maupun kaskade testing – HIV hingga pengobatan ART pada ODHIV dari populasi kunci di kabupaten/kota *Medium* kurang dari separuh kabupaten kota *Comprehensive*, kecuali untuk indikator 90 Kedua. Hal ini mengindikasikan pengaruh yang cukup kuat dari program dukungan donor terhadap pencapaian target 90-90-90 ditingkat kabupaten/kota.

GAMBAR 3. PENCAPAAN TARGET 90-90-90 PADA RESPONDEN STBP 2018 MENURUT KATEGORI KABUPATEN/KOTA



Upaya Pencapaian 90-90-90 Dari Perspektif Komunitas

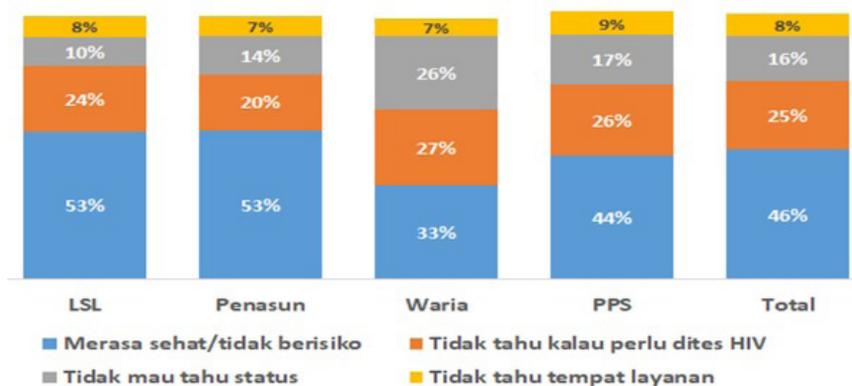
Hasil kajian terhadap pencapaian target 90-90-90 di atas menunjukkan bahwa masih banyak hal yang harus dikerjakan untuk mempercepat keberhasilan kita menekan laju epidemi dengan meningkatkan tes, akses ke layanan, meningkatkan yang mulai pengobatan, memperluas ketersediaan tes VL sehingga meningkatkan indikator keberhasilan pengobatan HIV.

Perspektif dari komunitas dan mereka yang bekerja untuk komunitas atau bersama dengan komunitas dalam upaya mengendalikan laju epidemi lewat perjuangan mencapai target 90-90-90 disajikan dalam bagian ini secara sistematis untuk setiap langkahnya yaitu apa yang menghambat orang Indonesia melakukan tes HIV dan menerima hasil tes, apa yang menghambat orang dengan HIV di Indonesia dalam mengakses pengobatan, dan apa yang menghambat orang dengan HIV di Indonesia untuk bertahan dan berhasil dalam pengobatan. Pada setiap langkah kemudian dibahas faktor individu, interpersonal, sistem layanan kesehatan dan kebijakan.

4.1. Apa Yang Menghambat Orang Indonesia Dalam Tes HIV (90 Pertama)

Laporan STBP 2018 pada populasi kunci HIV mengindikasikan faktor individu berupa merasa tidak berisiko, tidak tahu dan tidak mau merupakan alasan utama tidak pernah melakukan tes HIV pada semua populasi kunci. Elaborasi lebih jauh dari keempat faktor yang mempengaruhi cakupan testing HIV sebagai pintu masuk pencapaian target 90 Pertama diuraikan dibawah ini.

GAMBAR 4. ALASAN BELUM PERNAH TESTING HIV PADA RESPONDEN STBP 2018



4.1.1. Faktor individu

Ada beberapa faktor individu yang muncul ketika membicarakan tentang akses terhadap tes HIV diantaranya pengetahuan tentang HIV, ketidakpercayaan komunitas terhadap system yang ada dan syarat yang harus dipenuhi untuk mengakses layanan tes. Kelompok faktor ini disajikan dalam ringkasan tabel berikut:

Faktor individu terkait dengan utilisasi tes HIV di Indonesia

- Masalah klasik pengetahuan terkait tes HIV yang masih rendah pada masyarakat
- Merasa tidak beresiko
- Ketakutan menerima fakta hasil tes HIV
- Masalah kepemilikan syarat administrasi yang menghalangi akses dan utilisasi layanan

Pengetahuan masih diakui menjadi masalah klasik yang menjadi salah satu faktor penentu dalam mempengaruhi keputusan masyarakat untuk mengakses tes HIV. Informasi yang diterima masyarakat saat ini dianggap mempengaruhi pengetahuan dan kesadaran mereka untuk akhirnya berani melakukan tes HIV. Informasi yang tepat akan membantu masyarakat menyadari pentingnya melakukan tes dan melakukan perubahan perilaku agar terhindar dari HIV. Lebih lanjut keterbukaan status HIV dari ODHA untuk berbagi informasi dan pengalaman dianggap penting untuk mendorong masyarakat mau melakukan tes. Informasi yang disampaikan selama ini masih dipandang belum lengkap dan cenderung menakuti, sehingga harus dikemas secara berbeda agar menampilkan sisi positif dari melakukan tes HIV dan mengetahui status HIV-nya. Informasi yang tepat dan memberi suasana saling mendukung juga membantu menghilangkan stigma pribadi pada HIV yang dianggap masih menjadi penghalang orang untuk tes HIV.

“jika (ada) seseorang yang sudah mengetahui statusnya dalam kondisi baik dan mau terbuka maka orang itu (masyarakat) akan tersadar dan mau tes, tapi perilaku jika dia tidak mendapatkan informasi yang tepat seperti yang saya berikan pasti itu akan tetap berlanjut pastinya. Informasi yang ada saat ini setengah-setengah. Semua ibu hamil bisa punya anak negative kalau melahirkan dengan cesar dan susu formula, Coba diinformasikan kalau bisa melahirkan normal

dengan syarat a,b, c, d gitu, bisa melakukan hubungan seksual dengan normal dengan syarat a.b.c.. ini ga semua ODHA malah dijauhi, ditakutin, takut tertular.. informasinya tidak tepat” (Mitra Komunitas Nasional)

Tantangan yang sering dihadapi petugas penjangkau untuk mengajak jangkauannya untuk tes adalah persepsi jangkauan yang merasa mereka tidak beresiko. Informan mengatakan bahwa beberapa jangkauannya yang berasal dari komunitas pekerja seks perempuan merasa yakin mereka tidak beresiko karena selalu menggunakan kondom dengan pelanggan atau tidak menggunakan kondom hanya jika berhubungan dengan pasangan tetapnya saja.

“PS ga mau tes bisa karena tidak merasa beresiko karena dengan tamu selalu pake kondom. merasa berhubungan seks dengan gadunnya saja jadi aman” (Mitra Komunitas Lokal)

Ditambahkan pula bahwa ketakutan terkait hasil tes HIV juga menjadi tantangan untuk mengakses layanan tes HIV. Selain ketidak siapan menghadapi hasil tes yang reaktif, ada rasa takut kehilangan pekerjaan jika hasil tesnya positif dan diketahui oleh pemilik tempat hiburan ataupun oleh rekan-rekannya. Pekerja seks perempuan (PSP) umumnya menjadi tulang punggung keluarga sehingga mereka memilih untuk menunda tes HIVnya.

“Ini lbh ke psikisnya sih, karena disatu sisi sebagian besar dari mereka adl tulang punggung klgnya dan sisi lain apabila mereka tau status hivnya jdnya pikiran mereka malah terpecah gitu” (Mitra komunitas lokal)

“(mereka) takut kalau hasil nya reaktif dan di ketahui oleh teman-teman di tempat kerja dan takut pelanggan pindah ke PSP yang lain” (mitra komunitas lokal)

Tantangan lain yang diungkapkan informan adalah terkait persyaratan administrasi yang harus dipenuhi untuk mengakses

layanan tes. Meskipun di beberapa tempat layanan syarat administrasi telah banyak tidak dihiraukan layanan baik di *setting* layanan privat maupun layanan publik seperti Puskesmas, beberapa informan masih menyatakan hambatan individu untuk akses tes HIV dari sisi persyaratan administrasi. Terungkap bahwa ketegasan penerapan syarat administrasi seperti KTP dan NIK untuk memastikan pencatatan yang akurat justru menghalangi akses tes HIV, terutama pada kelompok populasi kunci. Masalah ini menjadi semakin kompleks ketika populasi kunci yang terlibat berumur kurang dari 18 tahun, dimana layanan sering meminta KK atau ijin dari wali/orang tua. Meskipun hal ini telah berhasil diatasi dengan perwalian oleh organisasi berbasis komunitas, perbedaan cara pandang layanan terhadap persyaratan ini dan pengetahuan serta akses komunitas yang belum semuanya terdampangi membuat masalah administrasi ini menjadi semakin faktual.

“Tantangan lainnya ada identitas diri. Saat ini kalau tidak ada identitas diri tidak dapat tes HIV, ada juga layanan yang bisa menerima tes tapi tidak bisa dilaporkan ke SIHA. Padahal kita juga perlu masuk ke dalam laporan. Belum lagi yang dibawah umur. Anak manisnya TG, itu masih anak SMP SMA, dan itu tidak dapat dilaporkan, belum punya NIK, sedangkan harus bawa Kartu Keluarga. Untuk minta kartu keluarga mereka harus minta ke orangtuanya. Itu jadi tantangan sendiri untuk yang dibawah umur.” (Mitra komunitas lokal)

4.1.2. Faktor interpersonal (klien-pemberi layanan)

Di tingkat hubungan interpersonal antara klien dan pemberi layanan, hasil kajian menunjukkan bahwa faktor stigma, kepercayaan (*trust*), serta sikap dan kompetensi pemberi layanan terkait konteks sosial budaya tes HIV.

Faktor interpersonal terkait dengan utilisasi tes HIV di Indonesia

- Persepsi stigma pada HIV dan sikap dan situasi pemberi layanan, yang berkaitan dengan..
- Kepercayaan terhadap pemberi layanan yang berkaitan dengan ...
- Kualitas pemberi layanan termasuk sikap dan kompetensi sosial budaya pemberi layanan

Stigma masih merupakan salah satu hambatan utama dalam mengakses layanan kesehatan baik yang diantisipasi akan datang dari layanan dan yang berasal dari pengalaman komunitas sendiri dalam mengakses layanan kesehatan. Meskipun selama ini telah ada upaya yang mendasar dalam mengurangi stigma di layanan dengan mengembangkan layanan yang ramah komunitas, stigma yang diantisipasi dan dirasakan di layanan kesehatan bisa berasal dari masyarakat lain yang juga mengakses layanan ataupun dari petugas di layanan kesehatan

“Bagaimana mungkin dia (pekerja seks perempuan) mau datang ke layanan di PKM misalnya. Ketika di sekelilingnya misalnya ketika melihat seorang pekerja seks datang untuk berobat misalnya ingin mengobati apa konsultasi STI atau mengobati apa atau kesehatan yang general orang akan melihat dan memandang dengan nyinyir mencibir dengan tatapan penuh stigma gitu..(Mitra komunitas nasional)

Faktor penting lain selain pengetahuan dan stigma adalah kepercayaan atau *trust*. Faktor ini dianggap sangat penting pada model layanan tes yang masih bergantung pada pendekatan penjangkauan. Diakui bahwa terutama kemauan teman-teman dari kelompok populasi kunci untuk mengakses tes HIV didasarkan pada kepercayaan terhadap sistem pelayanan kesehatan yang diberikan. Sistem ini bukan hanya terkait dengan fasilitas kesehatan saja tetapi juga menyangkut sistem penjangkauan yang dilakukan oleh LSM.

Ketika komunitas percaya terhadap sistem mereka cenderung lebih terbuka untuk diajak mengakses tes HIV.

“temen temen di komunitas kan ada yang mempunyai masalah trust terhadap yankes gitu sehingga perlu inovasi (untuk mendekatkan akses layanan ke komunitas)” (Mitra komunitas nasional)

“Untuk MSM dan TG harus ada trust dengan yang mengajak.” (Mitra komunitas lokal)

Saat ini peran sentral penjangkauan masih dominan dalam mengajak komunitas terutama populasi kunci untuk mengakses tes HIV. Didukung *partner* global, secara nasional terutama di 23 kabupaten/kota prioritas disediakan petugas penjangkau yang mengkhusus bagi populasi kunci pekerja seks perempuan, LSL dan transgender serta pengguna narkoba suntik. Petugas penjangkau ini bisa berasal dari latarbelakang yang sama dengan target jangkauannya ataupun profesional yang memiliki pengalaman bekerja dengan komunitas yang dijangkau. Secara program, petugas penjangkau ini bertanggung jawab memastikan kelompok jangkauan mereka mengakses tes HIV hingga mendapatkan hasil tes. Namun dengan variasi latar belakang, pendidikan dan pengalaman petugas penjangkau, maka kualitas penjangkauan yang dilakukan juga sangat bervariasi untuk bisa mendorong pencapaian target tes HIV.

“..masih banyak yang berjalan yang belum bener bener melihat kualitas dari penjangkauan yang dilakukan gitu” (Mitra komunitas nasional)

“kemampuan temen temen penjangkau yang ada saat ini itu baru hanya dapat mereach temen temen yang ada yang ada di permukaan gitu. tapi yang berada di layer yang kedua dan ketiga yang lebih dalam lagi itu masih masih sedikit” (Mitra komunitas nasional).

“Pernah dicoba VO di temen temen TG, tapi akhirnya gak terlaksana dengan baik karena terkendala pulsa, juga karena temen – temen TG itu lebih tertutup dan tersembunyi” (Mitra komunitas lokal)

“Capacity building di tim penjangkau juga perlu ditingkatkan. Karena banyak juga temen-temen PL kami yang gak tau viral load itu apa, manfaatnya apa. Sedangkan mau nyuruh orang kita kan harus tau.” (Mitra komunitas lokal)

“harapannya penjangkau sudah memberikan informasi sebelum datang ke VCT sehingga meringankan beban petugas layanan... yang ada sekarang sampai di layanan, petugas lagi menjelaskan dari awal apa itu VCT dan lainnya” (Dinas Kesehatan)

Beberapa informan dari latar belakang yang berbeda memberikan perhatian khusus pada kualitas penjangkauan dari aspek kemampuan penguasaan terhadap masalah HIV-AIDS yang dikeluhkan masih sangat bervariasi dan belum mampu mendongkrak secara maksimal kinerja layanan dalam konseling HIV, kemudian pendekatan penjangkauan yang masih kurang inovatif untuk berhasil mencari yang *hard to reach* sehingga meningkatkan secara bermakna cakupan tes sehingga sangat penting upaya khusus untuk meningkatkan kualitas layanan teman-teman penjangkau.

Di sisi yang berbeda informan memberikan penekanan pada pentingnya kompetensi pemberi layanan dalam mengelola kondisi sosial teman-teman komunitas. Kemampuan mengelola konteks sosial budaya yang berbeda dari klien dipandang menjadi masalah yang harus diatasi di masa depan jika akses ke layanan tes ingin ditingkatkan secara bermakna.

“LGBT ketakutan mengaku kalau dia LGBT..” (Mitra komunitas nasional)

“gimana mau ke mengakses layanan, baru datang aja sudah diceramahin” (Mitra komunitas nasional)

Lebih lanjut terkait dengan tantangan interpersonal lain yang diungkapkan informan dari sisi pemberi layanan tes adalah kerahasiaan hasil tes HIV. Masih kuatnya stigma dan diskriminasi di masyarakat, menyebabkan klien atau dampingan merasa ketakutan jika hasil tes mereka sampai terbongkar. Ini tentu saja berkaitan dengan kepercayaan yang harus dibina antara pemberi dan penerima layanan tes.

KD yang positif HIV tidak mau bergabung dalam group WA yang diorganisir oleh KDS karena takut data tersebar, jadi lebih banyak didampingi secara personal oleh PL yg mengajak test pertama kali (Mitra komunitas lokal)

4.1.3. Faktor sistem layanan kesehatan

Di level yang lebih tinggi dari hubungan interpersonal, kajian menemukan faktor sistem layanan kesehatan yang masih menjadi tantangan untuk diselesaikan di periode program berikutnya. Faktor-faktor yang muncul dari wawancara yang berkaitan dengan sistem pelayanan adalah ketersediaan layanan berkaitan dengan jam kerja dan kompleksitas sistem di layanan kesehatan.

Faktor sistem pelayanan terkait dengan utilisasi tes HIV di Indonesia

- Di banyak daerah layanan tes HIV masih disediakan utamanya oleh sektor publik lewat Puskesmas. Jadwal buka Puskesmas meskipun telah ada *mobile testing* dikeluhkan masih belum akomodatif terhadap kebutuhan komunitas.
- Kompleksitas layanan dinilai masih menjadi hambatan serius dalam membuat komunitas tertarik memanfaatkan layanan tes.
- Kebijakan tes yang belum mengakomodir perkembangan modalitas dan pemberdayaan komunitas

Informan kajian menyatakan untuk fasilitas kesehatan publik, penentuan jam layanan tes HIV cenderung berbeda dengan kelonggaran waktu dari komunitas. Hal ini menyebabkan IU

penjangkau harus mengambil strategi untuk memastikan dampingan mereka bisa mengakses tes HIV.

“Tantangan ada di individu masing-masing karena kan KD ini kerja. Layanan juga readynya di hari apa. Rata-rata dikumpulin dulu samplanya baru dibawa ke rumah sakit.”
(Mitra komunitas lokal)

“tantangannya ada di jam buka layanan. biasanya di tempat hiburan malam mereka kerjanya sampai subuh dan pagi baru tidur. Karena masih ngantuk tidak bisa bangun pagi” (Mitra komunitas lokal)

Kompleksitas di layanan kesehatan tercermin dari petugas layanan yang memiliki tugas dan tanggung jawab yang lebih dari satu. Hal ini tentunya berdampak pada layanan yang diberikan dan juga pada beban kerja petugas layanan itu sendiri.

“Beban kerja di layanan sudah tinggi..petugas VCT jarang yang stay hanya di VCT misalnya dia petugas ANC kalau ada pasien baru ke VCT” (Dinas Kesehatan)

Hal lain yang juga muncul dalam tema sistem pelayanan kesehatan adalah kebijakan tes yang belum akomodatif terhadap perkembangan modalitas tes HIV yang ada, misalnya *self-testing* atau tes HIV mandiri yang hingga saat ini belum diadopsi sebagai program oleh pemerintah/Kemenkes. Belum diadopsinya tes HIV mandiri berkaitan juga dengan masih belum kuatnya kepercayaan pengambil kebijakan terhadap peran dan kemampuan pengelolaan layanan oleh komunitas. Menurut informan tuntutan mencapai target tes dan tidak diberinya ruang partisipasi pada komunitas dengan menyediakan alternatif pilihan tes justru memberi beban lebih berat ke layanan kesehatan.

“Penggunaan screening test HIV dengan finger prick (kebijakan masih hanya tenaga kesehatan yg boleh melakukan), padahal PL juga berpeluang sehingga layanan tetap

berat, jadi yang datang ke layanan hanya yang konfirmasi saja” (Mitra komunitas nasional)

4.1.4. Faktor kebijakan dan kondisi lingkungan sosial

Pada tingkat yang paling tinggi di tatanan kebijakan dan lingkungan sosial beberapa tema sentral yang muncul adalah kebijakan daerah yang kontradiktif dengan penanggulangan HIV, dan kondisi lingkungan sosial yang masih belum mendukung ODHA, yang memicu ketakutan untuk mengetahui status HIV.

Faktor kebijakan dan kondisi lingkungan sosial terkait dengan utilisasi tes HIV di Indonesia

- Terdapat kebijakan di daerah yang bertentangan dengan semangat penanggulangan HIV-AIDS.
- Dukungan lingkungan sosial pada mereka dengan status ODHA yang belum baik membuat orang takut mengetahui status HIV-nya, karena...
- Kampanye masif tes HIV untuk komunitas belum dibarengi dengan kampanye yang masif untuk membuat lingkungan kondusif terutama upaya pengurangan stigma dan diskriminasi baik lingkungan kerja maupun sosial termasuk pelayanan kesehatan.

Jika ditinjau dari sisi kebijakan, hambatan yang muncul adalah adanya kebijakan yang sifatnya kontradiktif dengan tujuan program pencegahan HIV dan akses terhadap tes HIV. Dikemukakan terdapat kebijakan daerah yang menekankan pada pengaturan ranah privat pada preferensi atau orientasi seksual sehingga cenderung menimbulkan atau meningkatkan stigma bagi populasi kunci. Kebijakan lain yang dianggap kontraproduktif adalah penutupan lokalisasi yang diinisiasi oleh Kementerian Sosial, yang menyebabkan kesulitan pada program penjangkauan. Kebijakan ini dapat memicu perubahan pada kondisi sosial dan sikap pemberi layanan kesehatan yang tentu saja berdampak pada ketidaksiapan komunitas untuk mengakses layanan publik terkait HIV.

“masalah kontraproduktif beberapa kebijakan kebijakan. Contohnya kayak misalnya ada perda yang anti LGBT gitu. terus ada yang gitu gitu lah pokoknya perda perda atau pun aturan aturan yang diskriminatif gitu. gimana kita mau mencapai 90 yang pertama gitu kalo misalnya masih ada diskriminalisasi terhadap temen temen trans temen temen LSL gitu (Mitra komunitas nasional)

“sesama seks worker dia menjangkau seks worker lagi. tapi secara kebijakan penutupan lokalisasi. Cobalah macam mana mereka mau menjangkau seks worker jadinya.” (Mitra komunitas nasional)

Informan juga memandang masih belum adekuatnya perlindungan hak-hak ODHA terutama mereka yang berkaitan dengan pekerjaan. Diakui sudah ada peraturan yang dibuat untuk melindungi, hanya saja tidak ada kebijakan terkait bagaimana memastikan penegakan aturannya. Di banyak kasus pemecatan pada ODHA belum mendapat solusi yang memuaskan. Penolakan lingkungan sosial bagi orang yang positif HIV juga menimbulkan ketakutan untuk mengakses tes. Ada ketakutan ketika ketahuan memiliki HIV maka akan ada konsekuensi kehilangan pekerjaan dan penerimaan sosial di lingkungannya. Menurut informan dari komunitas, kampanye tes secara masif pada komunitas di satu sisi bertentangan dengan kondisi lingkungan sosial yang masih menstigma populasi kunci dan ODHA. Kampanye masif yang mendorong komunitas untuk tes hendaknya diikuti dengan upaya serius mendorong penerimaan komunitas dan ODHA di semua strata lingkungan sosial.

“Belum ada penegakan yang tegas terhadap aturan-aturan yang melindungi hak-hak ODHA sehingga stigma terhadap ODHA tetap tinggi. “jadi kalo misalnya kata kata manis di kebijakan ada. Seperti kayak misalnya kebijakan HIV di tempat kerja tidak boleh memecat misalkan atas dasar status HIV. Terus kalo terjadi ODHA nya disuruh ngelapor kemana apakah kemudian dengan melapor itu haknya akan

bisa dilindungi atau bukan malah jadi tambah orang malah jadi tambah tahu gitu karena kemudian media bermain disitu segala macam. Dan belum tentu kemudian haknya itu bisa terpenuhi gitu. enforcement nya gitu yang cenderung lemah sekali gitu.” (Mitra komunitas nasional)

“nah sekarang kita mau teriak teriak semua orang harus tahu status siapa yang mau tahu statusnya kalo misalkan nanti dituduh tidak bermoral gitu lo. siapa yang mau tahu status kalo nanti dia dituduh LGBT dosa” (Mitra komunitas nasional)

4.2. Apa Yang Menghambat ODHA Di Indonesia Dalam Mengakses Pengobatan (90 Kedua)

4.2.1. Faktor individu

Ketika mengakses ARV hambatan yang muncul dari faktor individu diantaranya persepsi sehat dan sakit, kondisi klinis pasien, adanya pilihan pengobatan alternatif, ketakutan akan efek samping, pengaruh keluarga dalam pengambilan keputusan dan ketidakpedulian dari ODHA itu sendiri. Kelompok faktor ini disajikan dalam ringkasan tabel berikut:

Faktor individu terkait dengan akses pengobatan HIV di Indonesia

- Persepsi sehat-sakit, sakit ketika ada gejala, menunda pengobatan ARV sebelum sakit
- Penerimaan status ODHA dan kesiapan dalam memulai pengobatan termasuk kepedulian terhadap kondisi kesehatan
- Ketakutan akan efek samping pengobatan membuat ODHA menghentikan sendiri pengobatannya
- Adanya pemahaman yang salah terkait pengobatan alternatif membuat ODHA menunda dan bahkan menghentikan pengobatan yang sudah diterima

- Keterbukaan status dan peran keluarga dalam mempengaruhi keputusan ODHA dalam mengakses ARV
- Syarat administrasi menjadi penghambat mengakses pengobatan HIV

Persepsi ODHA terhadap definisi sehat dan sakit sangat mempengaruhi keputusan untuk memulai dan bertahan dalam pengobatan. Informan mengatakan bahwa masih banyak ODHA yang mendefinisikan sakit sebagai kondisi tubuh yang memburuk, sehingga akan meminta bantuan untuk akses ke layanan kesehatan jika terjadi perburukan kondisi. ODHA yang menunda pengobatan umumnya yang masih sehat dan akan memulai pengobatan ketika ada pada kondisi sudah jatuh sakit.

“Kalo mereka udah drop, butuh pendampingan baru mau memberikan KTP (untuk akses ARV)” (Mitra komunitas lokal)

Akibatnya, informan juga menyampaikan bahwa dampingan mereka belum merasa pengobatan ini sebagai kebutuhan mereka. Bahkan merasa itu adalah kebutuhan dari layanan karena terlihat layanan atau pendamping yang meminta ODHA memulai pengobatan, ini terlihat dari adanya ODHA yang justru mengharapkan *reward* dari program untuk mengakses pengobatan.

“Tantangannya ya mereka selalu minta reward, ‘nanti dapet uang transport apa engga, dibayar apa engga’ padahal kita selalu mengingatkan ini itu untuk hidup kamu, ini hakmu. Kemudian keterampilan teman-teman penjangkau untuk meyakinkan dampingan juga jadi tantangan. Serta dampingan yang harus diantar jemput, kita jadi semacam ojeknya.” (Mitra komunitas lokal)

Faktor lain yang juga mempengaruhi keputusan memulai pengobatan adalah kesiapan ODHA itu sendiri, jamak terjadi ODHA yang masih belum menerima vonis status HIV yang disematkan padanya,

sehingga memerlukan waktu untuk menerima. Dibutuhkan pengelolaan yang berbeda untuk manajemen pendampingan yang berbeda dan lebih intensif untuk ODHA yang ada pada kondisi ini.

“tapi kan balik lagi ini masalah kenyamanan mereka. Jadi memang ada yang langsung ketika ditawarkan dia mengatakan iya mulai. Tapi memang ada beberapa yang menunggu gitu kayak menunda gitu” (Mitra komunitas nasional)

“PSP masih banyak menolak/menunda ARV karena masih belum siap, merasa sehat, syok ketika tau status sehingga perlu penanganan lebih lama” (Mitra komunitas lokal)

Faktor lainnya yang menghambat akses dan kepatuhan berobat adalah ketidakpedulian ODHA terhadap kondisi dirinya sendiri. Petugas penjangkau, pendamping, petugas kesehatan sudah melakukan tugasnya sesuai tanggungjawabnya namun keputusan untuk mengakses pengobatan tetap pada ODHA itu sendiri.

“90 yang kedua ini memang banyak faktor. Agak sulit memang, setelah dikonseling oleh konselor, oleh pendamping juga, oleh dokter juga, untuk ARV tetep aja susah. Baru satu minggu sudah ada yang putus. Kembali lagi ke KDnya. Kita gak bisa maksa.” (Mitra komunitas lokal)

Pentingnya pemahaman tentang HIV dan pengobatannya masih menjadi faktor penting dalam keberhasilan mempertahankan pengobatan, informan mengakui jika rendahnya pemahaman ODHA tentang terapi dan efek samping ARV menjadi faktor yang mendorong ODHA untuk menghentikan pengobatan ARV yang sudah diterima. Di satu sisi ini menunjukkan pemahaman yang rendah, di sisi yang lain ini menunjukkan bahwa kualitas konsultasi ketika memulai pengobatan dan pendampingan masih harus ditingkatkan.

“Banyak komunitas yang kami dampingi ketika minum obat 2 minggu dan begitu timbul efek samping menganggap kalau ini akibat dari saya minum obat. Padahal itu hal alami yang muncul, efek dari minum obat itu” (Mitra komunitas lokal)

“ketika ada efek samping yang terjadi mereka (dampingan) ketakutan. Akhirnya mereka gak mau terbuka, gak mau ke layanan lagi.” (Mitra komunitas lokal)

Lebih lanjut adanya efek samping dan harapan untuk sembuh secara instan tanpa harus meminum obat setiap hari kemudian mendorong banyak ODHA untuk menggunakan pengobatan alternatif. Selain merupakan masalah di tingkat individu, faktor lingkungan sosial yang permisif dengan alternatif pengobatan yang tidak berbasis bukti ilmiah dan simpang siur informasi yang tidak terkontrol terkait kemanjuran pengobatan herbal dan alternatif menyumbang peran penting pada kondisi ini.

“Selain itu pengobatan alternatif juga menjadi tantangan kita. Karena ada yang saking takutnya sama efek samping, mereka lebih duluan cari pengobatan alternatif.” (Mitra komunitas lokal)

“Pemahaman teman – teman ketika menggunakan obat herbal ya sudah (ARV) dihentikan saja gitu”(Mitra komunitas lokal)

Informan kajian juga mengangkat tentang peran keluarga terutama suami yang menghambat ODHA untuk memulai pengobatan ARV diluar ketakutan akan efek samping dan stigma. Keterbukaan status terhadap pasangan dan keluarga masih menjadi hambatan utama dalam mengakses dan menggunakan pelayanan pengobatan HIV.

“Masih banyak teman-teman yang putus obat dan tidak bersedia kembali minum obat karena ada alasan takut efek samping, takut sama suami, gak bisa keluar karena mereka tinggal di mess, takut ketahuan temen-temennya dan mereka jadi gak bisa bekerja.” (Mitra komunitas lokal)

Seperti halnya pada akses tes HIV, informan juga mengatakan bahwa syarat admintrasi KTP juga menjadi tantangan pada populasi kunci pekerja seks perempuan dan LSL. Layanan non publik berusaha menanggulangi ini dengan tetap memberikan akses terhadap obat dan memberikan kesempatan untuk menunda memenuhi persyaratan adminstrasi pada pertemuan selanjutnya.

“Kita memang selalu menyarankan untuk menggunakan KTP ya. Tapi untuk komunitas pekerja seks itu sulit ya. Banyak yang tidak punya KTP. Mau ga mau pada kelompok itu dan ga punya KTP ya kita harus kasih obat. Masa ga dikasih obat kan. Kita memang menyuruh mereka untuk segera mengurusnya agar dipertemuan selanjutnya membawa perlengkapan.”
(Mitra komunitas lokal)

“Temen temen MSM amat sangat susah kalo dimintain KTP, entah mereka malu atau gimana, itu yang membuat kendala di PL” (Mitra komunitas lokal)

4.2.2. Faktor interpersonal (klien-pemberi layanan)

Dari sisi hubungan klien dan pemberi layanan maka faktor yang menghambat akses terhadap pengobatan diantaranya stigma, kualitas konseling, dan koordinasi antara pemberi layanan.

Faktor interpersonal terkait dengan akses pengobatan HIV di Indonesia

- Persepsi stigma pada HIV dan sikap dan situasi pemberi layanan mempengaruhi keputusan untuk mau datang dan mengakses pengobatan di layanan publik
- Kualitas konseling pasca test yang lemah mempengaruhi keputusan untuk memulai dan bertahan dalam pengobatan
- Kualitas pendampingan yang dilakukan oleh petugas penjangkauan masih perlu ditingkatkan karena sejak awal fungsi dan tanggungjawabnya terbatas sampai merujuk tes HIV

Informan mengakui bahwa stigma yang terjadi di layanan kesehatan termasuk persepsi adanya stigma oleh masyarakat lain yang mengakses layanan membuat dampingan yang berasal dari populasi kunci sering kali tidak nyaman untuk mengakses layanan kesehatan. Informan menyatakan ada klien yang lebih memilih layanan privat atau yang dominan melayani populasi kunci dalam mengakses pengobatan.

Karena ‘kami udah nyaman di YKP dan banyak melihat teman sebaya, jarang melihat pasien umum datang ke YKP’. Sedangkan kalau ke PKM, teman-teman tahu ya kalau pakaiannya tidak sebagus pasien umum, kadang-kadang mereka katanya ditoleh atau dilihat, mereka merasa risih. Mereka merasa tidak nyaman.’ (Mitra komunitas lokal)

Kualitas konseling diakui juga oleh informan sebagai salah satu faktor penting dalam membantu pasien mengambil keputusan untuk mengakses pengobatan ARV. Informan menekankan tentang konseling yang terbebas dari stigma dan diskriminasi akibat latar belakang pasien akan membantu pasien lebih yakin untuk memulai pengobatan. Konseling yang komprehensif termasuk didalamnya tentang tentang efek samping akan membantu pasien untuk bisa tetap bertahan dan melanjutkan pengobatan.

“konselingnya terbebas dari stigma dan diskriminasi yang tidak bias dalam melihat latar belakang dari komunitas. Ini juga apa namanya bisa bisa membantu mereka untuk lebih yakin lagi untuk memulai pengobatan ARV” (Mitra Pembangunan Internasional)

“Konseling awal untuk KD itu kurang menyentuh. Faktanya ketika ada efek samping yang terjadi mereka ketakutan. Akhirnya mereka gak mau terbuka, gak mau ke layanan lagi.” (Mitra komunitas lokal)

Informan dari komunitas menyatakan kualitas konseling kepatuhan yang dilakukan di layanan kesehatan menjadi kunci untuk

memastikan pasien tetap dalam pengobatan. Fungsi pendamping adalah melanjutkan proses konseling tersebut dengan melakukan pendekatan aktif ke pasien sehingga kepatuhan terhadap pengobatan tetap terjaga.

“Jadi seakan-akan peran pendamping sebaya untuk ODHA untuk kepatuhan memang tanggung jawab kita, cuma kalau dari awal tidak ada kualitas konseling, itu juga tidak mumpuni.” (Mitra komunitas lokal)

Secara program saat ini, rujukan tes HIV dan pendampingan untuk pengobatan dikelola oleh dua lembaga yang berbeda melalui proses rujukan. Ketika pasien dari komunitas populasi kunci dirujuk oleh petugas penjangkau untuk tes dan menerima hasil positif maka pasien seterusnya akan dirujuk ke petugas pendamping untuk didampingi dalam mengakses pengobatan dan mempertahankan pengobatannya. Informan mengakui bahwa seringkali pasien yang sudah nyaman dengan petugas penjangkau tidak mau dirujuk kepada petugas lain sehingga petugas penjangkau sekaligus mendampingi klien yang dijangkau untuk mengakses pengobatan. Namun petugas penjangkau belum semuanya memiliki kapasitas dalam melakukan pendampingan. Hal ini juga bisa menjadi hambatan untuk memastikan dampingan mengakses ARV dan tetap bertahan dalam pengobatannya.

“Ada missed treatment di awal mengakses pengobatan, dimana ada missing link dari penjangkauan dan tes ke pengobatan yang terjadi karena secara program dianggap sebagai dua hal yang berbeda. Penjangkau setelah memastikan dampingannya tes HIV perlu merujuk dampingannya ke program pendampingan ODHA atau diminta tetap melanjutkan ke pengobatan namun tidak didukung dengan kapasitas yang memadai untuk mengelola kasus.” (Mitra komunitas nasional)

4.2.3. Faktor sistem layanan kesehatan

Hambatan akses pengobatan dari sisi system layanan kesehatan diantaranya faktor kompleksitas institusi pemberi layanan, kepatuhan layanan terhadap panduan pengobatan dan komunikasi antara pemberi layanan.

Faktor sistem layanan kesehatan terkait dengan akses pengobatan HIV di Indonesia

- Sistem logistik ARV yang masih lemah menimbulkan masalah dalam hal ketersediaan ARV di daerah termasuk pemberian obat dalam jumlah terbatas dan membuat ODHA harus lebih sering ke layanan
- Kebijakan mendekatkan akses ARV kepada pasien perlu didukung dengan usaha peningkatan kapasitas pemberi layanan dan memastikan kepatuhan pemberi layanan terhadap panduan/rekomendasi yang ada
- Kolaborasi yang belum optimal dengan tim pendamping dari LSM untuk mengatasi permasalahan putus obat
- Sulitnya akses data pasien menjadi penghambat bagi LSM untuk membantu mengidentifikasi pasien-pasien yang mangkir dari pengobatan
- Substansi kesehatan mental belum menjadi prioritas dalam pengelolaan kasus pasien dengan HIV di layanan kesehatan

Dari segi kompleksitas sistem layanan kesehatan, diakui oleh informan bahwa faktor logistik ARV di layanan menjadi salah satu faktor yang punya peranan penting dalam pencapaian target 90 yang kedua. Ketersediaan obat di layanan kesehatan menjadi perhatian karena sering kali terjadi *stock out* obat yang memaksa pihak layanan untuk memangkas jumlah obat yang diberikan kepada pasien. Umumnya obat akan diberikan untuk mencukupi kebutuhan selama satu hingga dua bulan. Dengan adanya pembatasan jumlah obat yang diberikan, pasien menjadi harus lebih sering datang ke layanan. Kondisi ini menjadi penghambat bagi pasien dikarenakan mereka harus membayar biaya administrasi di layanan beberapa

kali lebih banyak. Disamping itu isu seringnya *stock out* obat juga menjadi pertimbangan bagi pasien untuk memulai pengobatan.

“Stok obat sempat terhambat. Nah pergantian obat untuk teman-teman yang stok obatnya belum datang dan obat dikasih cuma satu minggu satu minggu itu juga jadi tantangan kita. Kita berharap 90 90 90 ini tercapai tapi stok obat terhambat. Itu juga yang jadi pemicu nih tambah tidak tercapai nih. Sebulan aja mereka belum tentu bisa datang. Apalagi kasih obat per minggu, harus datang per minggu dan dengan catatan biaya administrasi gitu.” (Mitra komunitas lokal)

*“gimana orang mau diyakinkan untuk bisa berada di dalam pengobatan kalo obatnya sendiri sering *stock out* gitu”* (Mitra komunitas nasional)

“Terus tiba tiba berita oh obat kosong disana oh obat kosong disini. Siapa yang gak mikir gitu lo ini obat mesti diminum seumur hidup gitu lo. tiba tiba obatnya gak ada gimana matilah saya gitu” (Mitra komunitas nasional)

Dalam usaha mendekatkan akses ke layanan pengobatan, informan mengakui bahwa ada kesenjangan dalam hal akses ke layanan pengobatan. Di daerah timur Indonesia misalnya, dikarenakan jumlah layanan yang terbatas, layanan hanya tersedia di rumah sakit besar di ibukota, membuat pasien harus memerlukan waktu dan biaya yang lebih untuk bisa mengakses pengobatan. Diperlukan usaha untuk mendekatkan layanan ARV ke komunitas salah satunya dengan desentralisasi layanan. Desentralisasi layanan ini memungkinkan pemanfaatan sumber daya lokal terdekat dengan komunitas untuk membantu memberikan layanan yang bisa diakses oleh masyarakat dengan lebih dekat dan cepat.

“desentralisasi (layanan) di wilayah timur perlu diperhitungkan, teman-teman di Papua untuk mengakses pengobatan perlu waktu yang cukup lama cukup panjang, biaya transportasi yang tidak murah, itu yang harus kita perhatikan” (Mitra komunitas nasional)

“..ODHA masih harus tetep ke rumah sakit, trus ada banyak wilayah ODHA tes (HIV) di puskesmas tapi treatment di rumah sakit.. ini kan salah satu delay buat orang jadi malas mulai pengobatan padahal kita maunya test and treat di satu lokasi karena itu kita harus diupayakan test and treat di satu lokasi dan di puskesmas” (Mitra pembangunan internasional)

Saat ini diakui bahwa pemerintah berusaha melakukan desentralisasi layanan ARV dengan mendorong Puskesmas sebagai layanan lini pertama untuk bisa memberikan pengobatan ARV. Namun belum ada usaha yang sistematis untuk meningkatkan kapasitas petugas layanan di Puskesmas ataupun rumah sakit. Disamping itu informan merasa bahwa Puskesmas dan rumah sakit masih menerapkan pelayanan yang bersifat pasif atau menunggu pasien yang datang ke layanan untuk mengakses pengobatan. Sifat pasif ini menjadi kelemahan dari sistem layanan kesehatan ketika ingin mencapai target *fast track*. Diperlukan usaha yang lebih aktif untuk menjemput pasien dan memastikan akses mereka terhadap pengobatan dan kepatuhan dalam pengobatan.

“Perlu dipastikan kapasitas dari layanan lini pertama (Puskesmas) dalam menangani pasien HIV sebagai usaha mendekatkan layanan kepada ODHA” (Mitra komunitas nasional)

“memang layanan kita layanan pemerintah kita tidak di desain untuk seperti itu. dan juga keterbatasan keterbatasan lain keterbatasan anggaran waktu dan lainnya gitu. jadi memang layanan yang di desain oleh pemerintah secara umum memang didesain untuk menjadi layanan pasif. Nah

bagaimana kemudian untuk mendatangi orang-orang yang kemudian kita lihat tadi ee apa namanya mereka mungkin karena 1 dan lain-lain alasan banyak sebabnya. Itu kemudian mangkir dari pengobatan begitu. tentu saja kan dibutuhkan kerjasama dengan layanan-layanan lain yang bisa bertindak secara aktif. Dan layanan ini dimiliki oleh LSM” (Mitra komunitas nasional)

Disamping kapasitas dari fasilitas kesehatan, kepatuhan layanan dalam mengikuti panduan pengobatan terbaru juga dikatakan sebagai salah satu faktor yang menghambat pencapaian target 90 yang kedua. Pemerintah sudah mengeluarkan rekomendasi dan panduan terkait pelaksanaan tes dan mulai untuk memastikan inisiasi dini ART di layanan kesehatan, namun ternyata pelaksanaannya di daerah belum seragam. Hal ini didukung dengan kurangnya monitoring dan evaluasi dari pemerintah kepada layanan.

“masih ada yang kayak misalnya harus tes torak dulu. Terus foto rontgen terus apalagi ya tes darah lengkap segala macam SGOT SGPT terus malah ada beberapa yang masih menyuruh untuk tes apa CD4. Which is udah gak perlu lagi ya CD4 gitu” (Mitra komunitas nasional)

“tes and start itu juga menjadi langkah untuk inisiasi. Jadi kalo dimintain tes SGOT SGPP Hb rutin dan lain-lain nah ini juga bisa jadi boomerang ya” (Mitra Pembangunan Internasional)

“Masih ada pemeriksaan lab OT PT dan lain-lain di bbrp layanan” (Mitra komunitas lokal)

Informan mengakui meskipun kolaborasi dengan petugas penjangkau sebagai perpanjangan tangan pemberi layanan dibutuhkan dalam usaha pencapaian target 90 yang kedua, namun di lapangan koordinasi antara layanan dan LSM ini belum berjalan sesuai harapan. Salah satu bentuk komunikasi yang belum terjalin

dengan baik antara layanan dengan LSM adalah sulitnya tim pendamping dari LSM untuk mengakses data di layanan yang menghambat usaha komunitas dalam menemukan kembali pasien yang mangkir dari pengobatan.

“Setiap program tidak terintegrasi. Seperti sederhana saja. Kemarin saya rapat dengan Badung. Saya jadi seperti merengek-rengok. Saya ke layanan, ini loh pendukung sebaya saya ada, dimaksimalkan. Tapi mereka berpikinya cuma nyari data gitu loh. Itu yang saya sayangkan.” (Mitra komunitas lokal)

“mungkin persoalannya adalah teman teman di layanan aktif atau layanan yang dikelola LSM ini bisa tahu gitu ee siapa orang yang mangkir alamatnya dimana dan segala macam. Untuk menjadi data awal yang bisa mereka telusuri jika kemudian kebijakan data sharingnya ini tidak kemudian di modifikasi ya. karena saya menyadari tantangannya bahwa mereka selalu mengatakan bahwa oh data pasien itu adalah yang sifatnya tidak boleh dibuka gitu.... sebenarnya mereka (Petugas dari LSM) adalah community health worker yang kalo misalnya terjadi transfer data antara static atau namanya government health worker kepada community health worker seharusnya itu bisa dilindungi di bawah payung undang undang itu selama demi kebaikan pasien.”(Mitra komunitas nasional)

Terkait substansi pengelolaan pasien ODHA di layanan kesehatan, informan mengakui manajemen kasus yang dikelola oleh tenaga kesehatan lebih banyak mengatasi masalah-masalah kesehatan fisik dari pasien dan sedikit sekali menyentuh area kesehatan mental yang dibutuhkan oleh pasien untuk memastikan kepatuhan terhadap pengobatan jangka panjang.

“Manajemen kasus saat ini lebih condong pendekatan medis dan masih belum menyentuh aspek kehidupan lain dari

ODHA termasuk kesehatan mental. Panduan yang ada belum bias memfasilitasi kebutuhan komunitas dari latarbelakang yang berbeda. Penyusunan panduan perlu konsultasi intensif dengan komunitas.” (Mitra komunitas nasional)

4.2.4. Faktor kebijakan dan kondisi lingkungan sosial

Pada level kebijakan yang terkait dengan usaha pencapaian target kedua muncul tema lemahnya pengawasan dan evaluasi terhadap sistem dan rekomendasi yang ditetapkan oleh pemerintah pusat serta kebijakan yang cenderung menggunakan pola pendekatan lama.

Faktor kebijakan dan kondisi lingkungan sosial terkait dengan akses pengobatan HIV di Indonesia

- Kebijakan terkait pengadaan logistic belum diikuti dengan monitoring yang memastikan system logistic berjalan dengan baik
- Kebijakan pemerintah belum mendukung pemberian ARV secara multi bulan (Multi Month Dispensing)
- Desain program tidak mengakomodir kebutuhan komunitas penerima manfaat

Terkait ketersediaan ARV, informan menekankan pada perlunya perbaikan dan kepatuhan terhadap sistem logistik mulai dari proses pengadaan di tingkat pusat, distribusi hingga permintaan dari layanan di daerah jika ingin mencapai target *fast track*. Perbaikan dan monitoring diperlukan pada setiap tahapan sistem pengadaan logistik.

“ee pengadaan atau procurement pengobatan sampe supply chain managementnya itu masih sedikit berantakan ya. dari mulai pengadaannya sampai pendistribusiannya itu dari atas ke bawah. Dan juga dari permintaannya sendiri juga sering

terjadi keterlambatan dan lain sebagainya. Itu juga sudah menjadi tantangan yang konseptual untuk semua orang mendapatkan pengobatan ya” (Mitra komunitas nasional)

Kebijakan sistem pelayanan kesehatan yang terkait dengan akses pengobatan diakui oleh informan masih menggunakan pendekatan lama yang membuat pasien harus mendatangi layanan kesehatan setiap bulan.

“kita juga masih menggunakan pendekatan pendekatan yang lama. artinya bahwa pendekatan yang lama ini bilang bahwa ARV itu ada di layanan kesehatan. dan ARV itu juga karena penganggarnya minim untuk membeli obatnya. Makanya hanya bisa diberikan sebulan sekali. Akibatnya angka lost to follow up angka adherence itu juga tidak terlalu baik di Indonesia misalnya gitu ya.” (Mitra komunitas nasional)

Pemerintah juga belum memprioritaskan promosi pengobatan sebagai bagian dari pencegahan sehingga banyak orang yang belum paham tentang hal ini.

Kampanye pengobatan adalah bagian dari pencegahan juga belum terlalu banyak digaungkan ya (Mitra Pembangunan Internasional)

Program penanggulangan HIV yang saat ini didanani oleh *Global Fund*, membagi lembaga pelaksana ke area rujukan terpisah dengan area pendampingan. Pada program, tanggungjawab LSM penjangkau adalah sampai pada pencapaian target 90 yang pertama yaitu memastikan dampungnya melakukan tes HIV dan menerima hasil. Namun pelaksanaan di lapangan, karena sudah terbangun kepercayaan dengan petugas penjangkau, sering kali dampungan tidak mau dirujuk ke LSM yang bertanggungjawab pada pendampingan. Informan kajian mengakui bahwa kebijakan ini yang sering menimbulkan kesalahpahaman di lapangan dan juga terjadi tumpang tindih tanggung jawab bahkan berdampak pada

keengganan pasien untuk melanjutkan pengobatan karena merasa diperebutkan oleh dua LSM.

“Peran SSR hanya pada 90 pertama tapi sebagian besar dampingan maunya sama PL yang ngajak test pertama”
(Mitra komunitas lokal)

“Ada kasus pasien mengadu kepada petugas layanan tidak mau lanjut pengobatan karena diperebutkan oleh LSM, ini bagaimana programnya..” (Dinas Kesehatan)

4.3. Apa yang menghambat orang Indonesia dalam mematuhi pengobatan dan berhasil dalam pengobatan (90 ketiga)

4.3.1. Faktor individu

Untuk tahap 90 yang ketiga, tema yang muncul di level individu diantaranya pengetahuan, daya beli dan masalah jarak ke layanan.

Faktor individu terkait dengan kepatuhan dan keberhasilan pengobatan di Indonesia

- Pengetahuan pasien tentang pemeriksaan VL dan manfaatnya belum baik
- Daya beli komunitas ODHA belum memadai untuk mengakses layanan tes VL
- Faktor jarak tempuh ke layanan VL yang di banyak tempat masih cukup jauh dan memakan waktu

Masalah kurangnya pengetahuan dari pasien tentang pentingnya pemeriksaan VL diakui menjadi salah satu penghambat pencapaian target 90 ketiga. Informasi tentang tes VL juga belum banyak diberikan kepada komunitas sehingga mereka tidak cukup tahu sehingga belum terbentuk *demand* atau kebutuhan untuk melakukan tes VL. Bahkan beberapa IU mengakui mereka baru tahu ada bulan VL yang memberikan kesempatan akses VL secara gratis.

“Informasi tentang VL belum cukup massif, sangat berbeda dengan cara mengetahui status HIV” (Mitra komunitas nasional)

“Nah yang 90 ketiga gitu lo, ada gak diinformasikan kalian harus testing viral load minimal setahun 1 kali. Dan testing itu difasilitasi digratiskan misalkan. Baik dana program maupun BPJS misalkan ya kan. Maka orang akan datang berbondong bondong untuk itu. tapi kata katanya itu masih ee oh di rumah sakit A lagi ada program nih tapi tidak merata gitu lo” (Mitra komunitas nasional)

“Untuk viral load, sosialisasinya kan ga jelas. Artinya dimana bisa akses, siapa yang melakukan, siapa yang mempromosikan itu. Padahal memang ada anggaran untuk akses viral load dan ada alat laboratorium dan reagen. Nah itu gaungnya kurang kena ke masyarakat. Jangankan ke masyarakat, kita aja sebagai LSM bingung ‘oh sekarang ada bulan viral load ya’. Nah ini baru baru aja saya denger bulan viral load. Tapi kan sebelum-sebelumnya ga ada.” (Mitra komunitas lokal)

Informan juga ada yang menyatakan bahwa biaya untuk pemeriksaan viral load yang cukup besar menjadi tantangan bagi pasien untuk melakukan pemeriksaan. Walaupun ada waktu-waktu tertentu diadakan program bulan viral load, dimana pasien diberikan pemeriksaan VL gratis, namun informasi tentang program ini tidak merata diketahui oleh pasien maupun LSM pendamping.

“...Terus yang ketiga tidak semua orang mendapatkan informasi yang benar terhadap layanan viral load yang gratis gitu.” (Mitra komunitas nasional)

Selain faktor biaya, informan menyatakan jarak ke layanan tes VL juga menjadi penghambat. Alat tes VL tidak tersedia secara merata di semua kabupaten/kota di Indonesia. Umumnya alat tersedia di ibukota propinsi dan hanya di rumah sakit utama. Pasien yang

berdomisili diluar kabupaten/kota yang memiliki alat tes, memiliki kesempatan yang lebih kecil untuk bisa mengetahui status VL-nya.

“lain lagi faktor faktor eksternal seperti hm jarak ya kan. Karena kan temen temen itu kan gak semuanya tinggal di kota gitu. karena biasanya si alat tes viral load itu kan berada di ibukota propinsi kalo pun ada di 1 kota propinsi gitu. dan tidak semua propinsi juga toh punya alat itu gitu seperti itu”
(Mitra komunitas nasional)

4.3.2. Faktor interpersonal (klien-pemberi layanan)

Pada level interpersonal, ada kesenjangan informasi yang disampaikan pada konseling pengobatan. Informan mengakui bahwa seringkali petugas layanan kesehatan tidak menginformasikan tentang pemantauan keberhasilan pengobatan yang dijalankan oleh ODHA. Hal ini yang mengakibatkan rendahnya akses ke tes VL bahkan untuk program VL yang digratiskan.

“Nah yang 90 ketiga gitu lo, ada gak diinformasikan kalian harus testing viral load minimal setahun 1 kali. Dan testing itu difasilitasi digratiskan misalkan. Baik dana program maupun BPJS misalkan ya kan. Maka orang akan datang berbondong bondong untuk itu. tapi kata katanya itu masih ee oh di rumah sakit A lagi ada program nih tapi tidak merata gitu lo”
(Mitra komunitas nasional)

4.3.3. Faktor sistem layanan kesehatan

Pada level sistem layanan kesehatan, tema yang muncul adalah ketersediaan alat monitoring keberhasilan pengobatan, kompleksitas sistem di layanan kesehatan dan komunikasi antara pemberi layanan.

Faktor sistem layanan kesehatan terkait dengan kepatuhan dan keberhasilan pengobatan di Indonesia

- Tidak meratanya ketersediaan alat tes CD4 dan VL menjadi hambatan bagi pasien untuk bisa mengetahui keberhasilan pengobatan yang dijalani.

Informan mengakui bahwa selama ini alat monitoring keberhasilan pengobatan khususnya alat tes VL masih belum merata distribusinya di Indonesia. Alat viral load hanya tersedia di ibukota propinsi dan di rumah sakit rujukan utama. Untuk mendorong pencapaian target 90 ketiga ini memerlukan perbaikan infrastruktur yang masif.

“tidak semua daerah itu memiliki alatnya gitu. dan tidak semua ODHA mendapatkan akses untuk viral load gitu. dan intinya infrastrukturnya tidak merata. Jadinya itu menjadikan kesulitan bagi temen temen untuk bisa mengakses. Dan masih ada beberapa yankes yang ee apa ya hm kesulitan untuk mereka tahu ada banyak permintaan gitu. tapi kan gak bisa juga dipenuhi kalo misalnya fasilitasnya gak ada gitu”
(Mitra komunitas nasional)

“Ya kan kita tahu bahwa harga PCR di Indonesia sih untuk semua penyakit sih bukan hanya HIV covid juga, itu tergolong cukup tinggi ya cukup tinggi gitu. “(Mitra komunitas nasional)

“Untuk 90 yang terakhir, laboratorium atau tempat untuk tes viral load pun baru ada baru-baru ini. Bulan viral load juga baru kan dimulai. Dan itu juga gaungnya tidak terlalu besar.”
(Mitra komunitas lokal)

4.3.4. Faktor kebijakan dan kondisi lingkungan sosial

Pada level kebijakan tema muncul antara lain desain program penanggulangan HIV dan *Viral Load suppression* sendiri belum masuk sebagai indikator dalam program nasional.

Faktor kebijakan dan kondisi lingkungan sosial terkait dengan kepatuhan dan keberhasilan pengobatan di Indonesia

- Desain program penanggulangan HIV saat ini belum selaras dengan kebijakan tes VL yang ada
- Target *viral load suppression* belum menjadi indikator dalam program nasional saat ini
- Kesenjangan komunikasi antara petugas di layanan kesehatan dengan tim LSM menimbulkan terjadinya gap informasi bagi pasien.

Program nasional penanggulangan HIV yang saat ini berjalan di desain untuk memberikan pendampingan kepada ODHA selama 3 bulan sejak inisiasi ARV. Setelah 3 bulan maka petugas penjangkau atau pendamping tidak berkewajiban untuk mendampingi ODHA tersebut lagi. Hal ini tidak selaras dengan ketentuan tes VL yang dilakukan setelah 6 bulan menerima pengobatan. Ada gap diantara dua program ini yang memungkinkan pasien untuk mangkir dari pengobatan yang berdampak pada tidak tercapainya target keberhasilan pengobatan.

“Pendampingan cuman dilakukan sampai bulan ketiga yang bisa dipertanggungjawabkan dalam laporan keuangan, setelah itu tidak ada keharusan lagi” (Mitra komunitas nasional)

Informan juga menambahkan bahwa dalam desain program nasional, target supresi VL ini belum dijadikan indikator pencapaian program sehingga belum dijadikan prioritas. Informasi terkait pentingnya

tes VL juga baru belum lama ini mulai disampaikan sehingga belum banyak ODHA yang paham dan mengakses tes VL ini.

memang belum masuk indikator di dalam program nasional sehingga kemudian selalu terabaikan ninety yang ketiga (Mitra komunitas nasional)

“Untuk go yang terakhir, laboratorium atau tempat untuk tes viral load pun baru ada baru-baru ini. Bulan viral load juga baru kan dimulai. Dan itu juga gaungnya tidak terlalu besar.”
(Mitra komunitas lokal)

Kesenjangan informasi terkait tes VL yang terjadi di masyarakat diakui sebagai dampak dari kurang jelasnya jalur komunikasi dan koordinasi antara pemerintah, petugas layanan kesehatan dan petugas dari LSM. Informasi tentang adanya program pemeriksaan gratis VL dari pemerintah tidak tersosialisasi dengan baik ke masyarakat.

“Untuk viral load, sosialisasinya kan ga jelas. Artinya dimana bisa akses, siapa yang melakukan, siapa yang mempromosikan itu. Padahal memang ada anggaran untuk akses viral load dan ada alat laboratorium dan reagen. Nah itu gaungnya kurang kena ke masyarakat. Jangankan ke masyarakat, kita aja sebagai LSM bingung ‘oh sekarang ada bulan viral load ya’. Nah ini baru baru aja saya denger bulan viral load. Tapi kan sebelum-sebelumnya ga ada.” (Mitra komunitas lokal)

Faktor Yang Muncul Di Ketiga Tahapan

Secara umum, ada beberapa faktor yang konsisten mempengaruhi Sketiga target dari 90-90-90. Tema utama yang muncul adalah komitmen dan kebijakan pemerintah, koordinasi dan kolaborasi, serta keterlibatan komunitas.

5.1. Komitmen Pemerintah

Dari sisi komitmen pemerintah, informan dari berbagai latarbelakang mengakui bahwa komitmen masih kurang. Hal ini terlihat dari target 90-90-90 yang belum menjadi prioritas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Informan juga menekankan tentang kepemimpinan dalam program HIV di Indonesia yang tidak jelas sehingga arah kebijakan terkait program HIV menjadi kurang tepat. Perlu adanya pemimpin yang bisa menentukan arah kebijakan penanggulangan HIV yang lebih adaptif terhadap perkembangan dan inovasi.

“dari 2016 sampai sekarang hambatan kita itu yang pertama ada di leadership. Bisa dibilang saat ini program itu berjalan secara auto pilot. Kita tidak punya kepemimpinan yang jelas. Kita tidak punya road map yang jelas. Kita tidak punya pendanaan yang jelas. Kita tidak punya sistem ukur yang jelas.”(Mitra komunitas nasional)

“Mendekatkan layanan testing juga ini menjadi penting ya. beberapa inovasi yang mungkin bisa dilakukan adalah ya tadi CBS community based screening juga bisa menjadi pertimbangan buat kementerian kesehatan supaya bisa dilakukan secara masif.”(Mitra Pembangunan Nasional)

Komitmen pemerintah terkait penganggaran program HIV juga dikatakan masih lemah. Untuk proporsi penganggaran sudah cukup baik lebih dari 60% sudah didanai dari APBN namun pengalokasian anggaran yang masih kurang tepat. Dana program HIV masih sebagian besar untuk pengadaan logistik yang terkait dengan pengobatan sedangkan hampir tidak ada untuk program pencegahan yang melibatkan organisasi komunitas. Pemerintah masih fokus kepada pengadaan obat-obatan dan bahan habis pakai serta operasional sedangkan program-program promosi kesehatan dan pengadaan komoditas pencegahan seperti kondom dan jarum suntik steril yang dibutuhkan oleh populasi kunci masih mengandalkan pendanaan dari donor asing.

“Dana pemerintah masih terpusat pada pengadaan obat namun untuk program pencegahan masih kurang terutama yang menargetkan populasi kunci.” (Mitra komunitas nasional)

Lemahnya komitmen pemerintah yang diangkat bukan hanya di tingkat nasional tetapi juga dari sisi pemerintah daerah. Dengan adanya desentralisasi, pemerintah daerah memegang kunci dalam hal pelaksanaan kebijakan di daerahnya masing-masing. Kapasitas SDM dan infrastruktur yang belum setara di semua

wilayah di Indonesia berdampak pada penerimaan, interpretasi dan pelaksanaan kebijakan dari pemerintah pusat. Untuk program HIV sendiri, penerapan kebijakan pemerintah pusat sering kali diterjemahkan, diterima dan dilaksanakan berbeda-beda di setiap daerah. Kondisi ini juga yang menjadi tantangan pencapaian target 90-90-90.

Pemerintah pusat perlu merangkul pemerintah daerah untuk bisa memiliki visi yang sama dalam penanggulangan HIV. Dengan model desentralisasi perlu dipastikan pemerintah memiliki kesamaan persepsi tentang tujuan program HIV sehingga bisa memastikan kebijakan dan panduan yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat dilaksanakan dengan patuh di setiap daerah. Perlu usaha untuk membangun kesadaran akan pentingnya isu HIV di tataran pemangku kebijakan baik di tingkat nasional maupun di daerah.

“salah satu penyebab kenapa penambahan fasilitas layanan terkait HIV di daerah lambat sekali perkembangannya bisa jadi karena daerah belum melihat ada insentif buat daerah jika mengikuti kebijakan pusat ini. Kemenkes hanya bisa melakukan training, selebihnya yang memastikan layanan mau bergerak memberikan layanan adalah peranan dinas setempat dan rumah sakit yang melakukan mentoring untuk memastikan layanan diberikan dengan baik” (Mitra Pembangunan Internasional)

Tantangan lain terkait komitmen dan kebijakan pemerintah adalah kemauan untuk mengadopsi pembelajaran baik dari program dan layanan terkait HIV-AIDS yang berbasis data dan terbukti efektif. Selama ini ada beberapa program yang terbukti efektif namun masih belum diadaptasi kedalam program nasional seperti *community based screening* dan *testing* yang terbukti meningkatkan capaian 90 yang pertama. Begitu pula dengan sistem *multi month dispensing* (MMD) untuk mendorong kepatuhan minum obat pasien dan pelibatan

secara bermakna komunitas dalam sistem layanan kesehatan untuk mendorong pencapaian target 90 yang kedua dan ketiga.

“di kemenkes sendiri kan juga punya aturan ya mereka juga punya kebijakan mereka punya policy kayak misalnya contohnya yang PrEP itu ya. PrEP itu kan sebenarnya sudah menjadi salah satu bagian dari program pencegahan prevention di tahun 2015 ya. nah sampai sekarang Indonesia kan untuk mengadopsi itu kan masih berada dalam titik belum jelas nih gitu. cuma ee yang sepengetahuan saya sih sekarang sudah mau mulai jalan dalam bentuk pilot ya, itu satu. Terus yang kedua community based testing atau community based screening. Nah ini juga menjadi persoalan gitu karena kemenkes hm tidak pernah menyetujui hal ini gitu. karene kemenkes menganggap bahwa itu bukan tupoksinya dari komunitas” (Mitra komunitas nasional)

5.2. Koordinasi Dan Kolaborasi

Tantangan yang muncul di semua tahapan 90-90-90 adalah koordinasi. Semenjak dibubarkannya Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) pada tahun 2016, tidak ada yang melaksanakan fungsi koordinasi multisektoral yang menjadi tanggungjawab KPAN. Pertemuan koordinasi di tingkat nasional yang dilaksanakan umumnya berbasis program yang didanai oleh donor asing misalnya pertemuan koordinasi yang didanai oleh *Global Fund*. Sedangkan pada tingkat propinsi ataupun kabupaten/kota, koordinasi ini hampir tidak berjalan. Kekosongan forum koordinasi ini oleh informan dianggap sebagai masalah yang sangat penting. Forum koordinasi adalah wadah yang strategis untuk menyamakan persepsi tujuan program dan isu HIV diluar isu kesehatan seperti hak asasi, pendidikan dan sosialekonomi.

“Sejak KPAN dibubarkan tidak ada forum koordinasi untuk multi sector. Saat ini yang ada hanya platform koordinasi

yang didukung oleh GF untuk topic-topik dalam program yg didanai oleh GF” (Mitra komunitas nasional)

“cuma di beberapa daerah juga temen temen ee member kita itu juga itu juga ada kegiatan koordinasi yang dilakukan. Karena kan KPA itu kan tidak di nasional itu kan dileburkan oleh kemenkes ya. tapi di daerah di propinsi kan masih ada yang berjalan juga melalui SK gubernur ya. nah biasanya mereka melakukan koordinasi itu dengan KPA itu yang di daerah. Tapi kalo yang di nasional sih koordinasi yang rutin dilakukan itu sebatas pelaksanaan global fund sih.” (Mitra komunitas nasional)

Untuk koordinasi ditingkat kabupaten/kota tergantung dengan keberadaan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) di daerah masing-masing. Setelah dibubarkannya KPAN maka KPA kabupaten/kota sebagian besar melebur kedalam struktur dinas kesehatan kabupaten/kota yang mengakibatkan fungsi koordinasinya juga menjadi tidak jelas di sebagian besar daerah. Ketiadaan forum ini mengakibatkan aktor di daerah seperti berjalan sendiri-sendiri dengan programnya masing-masing. Pelaksana program di tingkat kabupaten/kota mengharapkan ada forum koordinasi yang jelas sehingga program bisa lebih terarah.

“IAC leading lah untuk koordinasi, siapa yang harus akselerasi capaian, sudah berapakah capaiannya. Pokoknya koordinasi lah. Mungkin dengan dinas kesehatan lah ya. Bisa difasilitasi oleh IAC. Kemudian, dinas kesehatan juga harus melakukan supervisi loh. Bagaimana sih ARV itu sudah diimplementasikan di layanan, apa yang dirasakan oleh penerima manfaat. Kan itu menarik sebetulnya. Assessment-assessment dampak dari ARV. Evaluasi juga tentang bulan viral load. Mereka tau apa engga.” (Mitra komunitas lokal)

Informan kajian mengakui bahwa dikarenakan kurang kuatnya komitmen dari pemerintah dan lemahnya koordinasi berujung

pada tidak terciptanya kolaborasi yang kokoh untuk mendorong pencapaian target. Pemerintah saat ini fokus pada pembenahan sektor layanan publik tanpa melihat sektor layanan non-publik yang mungkin berpotensi membantu mencapai target. Dinas kesehatan dan layanan juga bergerak sendiri dengan targetnya sementara komunitas dan LSM juga berjalan dengan programnya sendiri. Begitu pula layanan publik non-kesehatan untuk isu HIV menjadi tidak terdengar perkembangannya.

“Saat ini pemerintah masih terfokus meningkatkan kapasitas penyedia layanan sector public, belum menyentuh layanan swasta padahal ada strata-strata sosial yang cenderung lebih nyaman ke layanan swasta daripada ke layanan public”
(Mitra komunitas nasional)

“evaluasi tiap 6 bulanan evaluasi 1 tahunan itu saja dilakukan terpisah kok antara evaluasi yang dilakukan oleh program program yang dikerjakan oleh LSM dan evaluasi yang dikerjakan oleh ee program program yang dikerjakan oleh pemerintah. Itu artinya yang memang desain dan memang implementasinya memang masih berjalan di tracknya masing masing. Walaupun kemudian berusaha untuk dibangun bridgingnya. Tapi tetep secara kasat mata kelihatan sekali bahwa ini adalah diferent program diferent project gitu.”
(Mitra komunitas nasional)

Untuk memastikan layanan HIV yang berkualitas, informan mengakui dibutuhkan kesamaan visi dari pemangku kebijakan dan aktor-aktor pelaksana program HIV. Koordinasi yang efektif dengan memastikan komunikasi yang setara diantara aktor penggerak program HIV dibutuhkan untuk mendorong pencapaian target program.

“Kalo mereka share indikator yang sama target yang sama maka kemudian kolaborasinya akan terjadi dengan baik. Kayak misalnya kalo misalnya district tersebut memang

punya dinas yang kuat dan punya penekanan yang baik untuk penemuan kasus dan retensi ARV. Maka kemudian semua elemennya akan diarahkan untuk fokus kesitu gitu. jadinya pencapaian tim gitu. jadi kalo saya gak bantu maka saya juga gak sukses. Jadi mau gak mau saya bantu gitu” (Mitra Pembangunan Nasional)

“Saya inginnya seperti negara lain terintegrasi yang menganggap ini loh tanggung jawab bersama. Layanan open minded, ok saya punya tanggung jawab ini, peran ini, ayo kita terbuka, bisa mencapai goal kepatuhan pada ARV.” (Mitra komunitas lokal)

5.3. Keterlibatan Komunitas

Dari wawancara kepada informan diperoleh bahwa selama ini pelibatan komunitas dalam program-program HIV belum cukup bermakna. Komunitas lebih banyak bergerak sendiri dengan program yang didanai oleh mitra pembangunan internasional. Pendanaan dari pemerintah sendiri tidak ada yang dialokasikan untuk program-program yang dikerjakan oleh organisasi komunitas. Lebih jauh komunitas yang adalah unsur masyarakat belum dianggap sebagai bagian dari sistem layanan kesehatan di Indonesia.

“Komunitas berusaha untuk melibatkan diri dalam penanganan HIV misalnya dengan membentuk KDS, menjadi peer leader, menjangkau komunitasnya. Keterlibatannya masih belum sepenuhnya masuk ke sistem pelayanan HIV. Program dari komunitas berjalan sendiri, paralel dengan pelayanan kesehatan. komunitas hanya dianggap sebagai pelengkap” (Mitra komunitas nasional)

“LKB (Layanan komprehensif berkelanjutan) tidak berjalan dengan baik di Indonesia karena komunitas tidak benar-benar dilibatkan sebagai bagian dari system layanan kesehatan itu sendiri dengan berbagai alasan berbeda dengan Vietnam

dimana komunitasnya betul menjadi bagian dari layanan kesehatan bahkan sampai membantu memberikan obat” (Mitra Pembangunan Internasional)

“saat ini banyak LSM itu harus struggling gitu untuk bertahan hidup untuk bertahan melakukan kerja kerja yang sebenarnya membantu layanan kesehatan pemerintah. Itu kan sebuah hal yang konyol kita membantu tapi kemudian kita juga disuruh pusing untuk mencari sumber dayanya gitu.” (Mitra komunitas nasional)

Informan mengakui perlu usaha dari pemerintah untuk meningkatkan pelibatan komunitas yang lebih bermakna dalam sistem layanan terkait HIV. Pemerintah bisa memberdayakan komunitas populasi kunci sebagai bagian dari masyarakat sebagaimana dimandatkan dalam undang-undang kesehatan. Komunitas dilibatkan sebagai bagian dari tim layanan kesehatan sehingga beban petugas kesehatan bisa dibagi kepada masyarakat.

“Masalahnya di Indonesia adalah layanan HIV masih terpusat di layanan public, bukan hanya public tapi di rumah sakit, ada wacana desentralisasi tetapi jalannya slow sekali... padahal akan lebih mudah melibatkan komunitas di tingkat layanan primer seperti puskesmas padahal kita sudah punya good practices pelibatan komunitas dilayanan kesehatan seperti TB, Malaria dan KIA, bagaimana melibatkan masyarakat untuk meingkatkan kesehatan” (Mitra Pembangunan Internasional)

“Willingness dari pemerintah itu untuk berbagi bukan berbagi peran sih tapi memberikan ruang lah untuk komunitas untuk bisa berkontribusi juga gitu. karena kita kan bukannya mengambil alih kerjaan mereka gitu kita malah ngebantuin gitu”. (Mitra komunitas nasional)

“Ya kita harus kembali lagi kepada aturan kita terkait dengan sistem kesehatan nasional. Sistem kesehatan nasional itu kan memang bilang bahwa salah satu pilar dari sistem kesehatan nasional kita itu adalah partisipasi masyarakat. Yang kemudian diturunkan dalam bentuk kerja kerja teman teman LSM itu. yang artinya bahwa kerja temen temen LSM penjangkau dan penelusur itu kan mereka sebenarnya bagian dari tim kesehatan. sebenarnya mereka adalah community health worker yang kalo misalnya terjadi transfer data antara static atau namanya government health worker kepada community health worker seharusnya itu bisa dilindungi di bawah payung undang undang itu selama demi kebaikan pasien” (Mitra komunitas nasional)

Inovasi Yang Berhasil Dilakukan Dan Pembelajaran Terbaik

Meskipun sejauh ini berbagai kesulitan dalam mencapai target 90-90-90 dominan muncul dalam diskusi dengan berbagai informan, konsultan menemukan ada beberapa inovasi dan pembelajaran baik yang disampaikan oleh informan pada saat wawancara. Inovasi-inovasi ini dianggap sebagai intervensi yang bisa membantu mendorong pencapaian target 90-90-90.

6.1. Testing HIV Mandiri

Salah satu tantangan pencapaian target 90% orang mengetahui status HIV adalah stigma dan diskriminasi yang menghalangi masyarakat untuk mendatangi layanan kesehatan untuk menjalani tes HIV. Disamping itu dengan populasi kunci yang semakin sulit dijangkau saat ini, diperlukan inovasi untuk bisa memastikan komunitas ini bisa mengetahui status HIV nya. *Self Testing* atau tes mandiri bisa menjadi salah satu inovasi yang menjanjikan. *Community Based Screening* (CBS) atau *Community Based Testing* (CBT) adalah inovasi *self testing* yang menggunakan pendekatan

komunitas untuk menjangkau komunitas dari populasi kunci yang sulit dijangkau. *Self testing* dengan *Oral Fluid Test (OFT)* ataupun *finger prick test* bisa menjadi modalitas pengganti tes darah di layanan kesehatan. Dengan adanya modalitas tes mandiri ini bisa menurunkan beban tes HIV di layanan. Informan dari berbagai latar belakang mengakui bahwa CBS atau CBT bisa membantu menaikkan jumlah populasi kunci yang mengetahui status HIV-nya

“Sebenarnya tes seperti *OFT* kan untuk meningkatkan jumlah yang tes. Bagi mereka yang takut dengan jarum, sulit dijangkau atau tidak mau datang ke layanan. Sehingga dapat meningkatkan jumlah temen-temen yang mendapat layanan tes HIV. Tapi memang kalau kita temukan mereka positif, mereka harus datang ke layanan. Mau ga mau mereka harus ambil darah untuk konfirmasi.” (Mitra komunitas lokal)

“Penggunaan screening test HIV dgn *finger prick* (kebijakan masih hanya tenaga kesehatan yg boleh melakukan), padahal PL jg berpeluang sehingga layanan tetap berat, jadi yg datang ke layanan hanya yg konfirmasi saja” (Mitra komunitas nasional)

“Minat PSP untuk *self-testing* cukup tinggi” (Mitra komunitas lokal)

“di beberapa negara sudah terbukti gitu. contoh aja kita bicara kayak kemarin saya gak tahu apakah ini bener apakah gak. tapi kan kamboja sudah klaim kalo mereka sudah mencapai prep track itu. ketiga tiganya mereka sudah mencapai itu gitu. kenapa mereka mencapai itu karena mereka menerapkan CBT itu *community-based testing*. Bukan skrining lagi lo tapi testing gitu. jadi ya itu tadi gitu *willingness* dari pemerintah itu untuk berbagi bukan berbagi peran sih tapi memberikan ruang lah untuk komunitas untuk bisa berkontribusi juga gitu. karena kita kan bukannya mengambil alih pekerjaan mereka gitu kita malah ngebantuin gitu.” (Mitra komunitas nasional)

6.2. Notifikasi Pasangan

Inovasi kedua yang disampaikan oleh informan adalah notifikasi pasangan. Kegiatan ini bertujuan untuk menemukan dan melakukan testing kepada orang yang beresiko dan kontak dengan ODHA. Pada model notifikasi pasangan, ODHA akan diberikan konseling untuk mengidentifikasi orang disekitarnya yang berpotensi memiliki resiko tertular HIV. Metode rujukan tes dalam notifikasi pasangan ada 4 yaitu rujukan oleh pasien, rujukan oleh petugas kesehatan, rujukan kontrak dan rujukan ganda. Rujukan oleh pasien didasarkan pada kesadaran dari pasien dan pasangannya untuk datang mengakses tes HIV. Metode kedua adalah rujukan yang dilakukan oleh petugas kesehatan yang sudah terlatih untuk melakukan konseling kepada pasangan ODHA. Untuk metode rujukan kontrak, pasien diberikan waktu satu bulan untuk mengajak pasangannya ke layanan jika gagal maka petugas kesehatan akan membantu. Pada metode terakhir, pasien didampingi oleh petugas kesehatan memberikan pemahaman kepada pasangan agar mau melakukan tes HIV. Notifikasi pasangan membantu untuk memastikan tes HIV dilakukan pada orang yang benar-benar beresiko. Notifikasi pasangan ini memerlukan kerjasama yang baik antara pasien, petugas pendamping dan petugas di layanan kesehatan.

“jadi kita itu memulai identifikasi orang yang beresiko itu dimulainya dari ODHA nya itu. jadi bener bener ODHA nya ini kita analisa gitu ya, kita interview kita konseling ya. terus kemudian potensi potensi dia menularkan itu siapa aja. jadi semacam kontak tracing lah ya gitu” (Mitra Pembangunan Internasional)

“Case finding (Notifikasi pasangan) nya stabil juga temen temen menyampaikan juga bahwa mereka case findingnya memang diatas 20% semua. Dan angka follow up untuk inisiasi treatmentnya juga bagus gitu. nah ini sebenarnya terjadi karena layanan dan peran di temen temen komunitas itu

sudah hand in hand. Jadi bahwa temen temen di komunitas akan mengasih tahu di layanan yang sudah dilatih notifikasi pasangan bahwa ini klien saya punya pasangan A B C D E F G yang ini klien saya sudah mau nih untuk ngajak pasangannya PSK. Layanan itu ketika dirujuk dia sudah siap untuk di follow up untuk tes HIV dan juga konseling lagi” (Mitra Pembangunan Internasional)

“Notifikasi pasangan menjadi strategi untuk menemukan kasus baru lagi.” (Mitra komunitas lokal)

6.3. Penelusuran *Lost to Follow Up* (LTFU)

Angka pasien yang mangkir dari pengobatan (*lost to follow up*) ARV di Indonesia masih tinggi, oleh karena itu Jaringan Indonesia Positif (JIP) melakukan inovasi dengan melakukan penelusuran terhadap pasien-pasien ini kemudian mengajak mereka untuk kembali mengakses ARV. Inovasi ini membantu JIP menemukan kembali pasien yang LTFU dan yang belum pernah sama sekali mengakses ARV untuk bisa menerima layanan pengobatan di Jakarta. Tim penelusur adalah kolaborasi antara petugas penelusur, Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) dan petugas kesehatan di layanan PDP. Petugas penelusur merupakan pasien ODHA yang aktif dalam KDS dan memiliki pengetahuan tentang pengobatan ARV. Tim penelusur ODHA *LTFU* bertugas memastikan pasien dihubungi, ditemui, dirujuk, hingga didampingi kembali ke layanan kesehatan dengan berprinsip pada pendekatan yang berpusat pada pasien atau *patient-centred approach*. Pendekatan serupa juga diterapkan pada program penanggulangan HIV pada pekerja seks perempuan. Pada program PSP ini, petugas penjangkau ataupun *peer leader* (PL) selain bertanggung jawab menjangkau, merujuk PSP untuk tes HIV dan mendampingi untuk akses ARV, mereka juga diminta untuk melakukan *case conference* sederhana untuk mengidentifikasi pasien LTFU di wilayah kerjanya bekerjasama dengan petugas layanan PDP. Setelah mendapatkan list pasien LTFU, PL bertanggungjawab

memastikan pasien dihubungi, ditemui dan didampingi untuk mengakses kembali ARV. Penelusuran LTFU ini juga bergantung pada hubungan baik PL dengan layanan PDP terutama dalam hal akses terhadap data pasien LTFU.

“JIP itu berhasil dalam tracking lost to follow up, bagaimana mengejar orang-orang LoFU” (Mitra komunitas nasional)

“Teman-teman PL (program PSP) sekarang diharuskan melakukan case conference setiap bulan untuk mengidentifikasi pasien ODHA yang LoFU kemudian berusaha untuk menghubungi, menemui hingga mendampingi untuk mengakses kembali ARV di layanan, ada tambahan target LoFU untuk tahun 2020 ini untuk fast track” (Mitra komunitas nasional)

6.4. Social Marketing Isu HIV Melalui Media Sosial

Alur penyebaran informasi yang lebih masif dengan memanfaatkan media sosial yang lebih tersistem akan membantu menjangkau lebih banyak lapisan masyarakat. Potensi media sosial sangat besar mengingat hamper semua orang di Indonesia saat ini mengakses sosial media dalam berbagai *platform*. Penggunaan media sosial untuk isu HIV hingga saat ini masih belum maksimal. Ada beberapa *platform* media sosial yang digunakan seperti *website*, facebook dan instagram. Untuk saat ini *platform* media sosial yang digunakan masih belum terorganisir dan sistematis sehingga belum bisa menjangkau dan menyebarkan informasi secara masif. Ini terlihat dari jumlah pengikut dari akun-akun instagram yang menyebarkan informasi HIV seperti sayaberani_id, testjkt, sobatsehat belum banyak jika dibandingkan akun-akun umum lainnya. Diperlukan strategi digital marketing yang sistematis dan terencana untuk bisa mengoptimalkan media sosial sebagai salah satu saluran promosi kesehatan terkait HIV.

“lebih gampang ya menyebarkan informasi segala macam melalui sosial media. Karena orang sekarang kan connected to sosial media gitu. jadi itu sih yang sekarang menurut saya itu yang bisa kita lihat dari poses saat ini sudah mulai melihat potensi potensi lain seperti kekuatan sosial media the power of sosial media” (Mitra komunitas nasional)

“inovasi pemberian informasi tentang pentingnya pengobatan ARV melalui sosial media dan konseling konseling virtual ini juga ngebantu orang gitu ya. karena kan gak semua ODHA itu mau untuk bertemu gitu ya. tapi kemudian bagaimana dia bisa dengan mudah mendapatkan informasi ketika dia memiliki masalah atau pun tantangan dalam pengobatan.” (Mitra Pembangunan Internasional)

6.5. *Public Private Partnership* Dalam Penyediaan Layanan HIV-AIDS

Dengan keterbatasan yang dimiliki oleh layanan kesehatan publik, informan mengakui bahwa diperlukan inovasi untuk memastikan hak masyarakat dalam hal pelayanan HIV yang berkualitas dapat diakses oleh pemerintah. Pemerintah perlu memastikan layanan yang diberikan menerapkan prinsip *patient centre* (layanan berpusat pada pasien) sehingga benar-benar bisa mengakomodir kebutuhan pasien. Untuk memastikan semua lapisan masyarakat bisa mengakses layanan HIV yang berkualitas, pemerintah juga perlu menjajaki *public-private partnership* dalam penyediaan layanan HIV-AIDS. Layanan private yang sering kali lebih fleksibel dalam segi waktu layanan dan jenis layanan yang diberikan akan bisa melengkapi kekurangan dari layanan publik. Namun layanan privat tetap perlu didukung dan dimonitoring untuk memastikan fasilitas kesehatan ini tetap memberikan layanan yang berkualitas dan menjalankan prosedur sesuai panduan yang ditetapkan. Layanan HIV yang komprehensif juga menjadi harapan dari komunitas.

“Tapi kan sayangnya ya itu (community based clinic) tadi tidak difasilitasi tidak didukung tidak di support dan tidak diukur oleh negara gitu lo community based clinic itu misalkan begitu. kan kemudian itu mendekatkan layanan kepada orang yang membutuhkan. Dan mereka bisa lebih flexible. LSM itu kan kalo misalnya disuruh misalkan kalo punya klinik gitu disuruh buka sampe sore ya buka mereka sampe sore gak ribet.”(Mitra komunitas nasional)

“(Layanan) berorientasi pada client center approach itu. bukan pada provider center approach gitu bukan pada maunya orang yang mengerjakan program tapi harus kita desain untuk bisa mengakomodir pada kebutuhan dan maunya pihak yang kemudian akan mendapatkan manfaat” (Mitra komunitas nasional)

“Mungkin layanan yang terintegrasi di satu tempat akan memudahkan pencapaian fast track ini. Ada penjangkaunya, ada pendampingnya, ada konselornya, ada klinik. Pokoknya satu tempat. Tentunya ada sinergi dengan instansi yang lain, di lembaga koordinasi dengan stakeholder lainnya.” (Mitra komunitas lokal)

Meningkatkan Kualitas Tes Dan Pengobatan HIV-AIDS

7.1. Komunitas Perlu Mengambil Peran Lebih Besar Dalam Mendukung Percepatan Pencapaian Target 90-90-90

Hasil kaji cepat menunjukkan bahwa capaian target 90-90-90 di Indonesia masih jauh dari harapan, diperlukan upaya yang strategis dan inovatif dalam melakukan percepatan pencapaian target global ini. Jika dilihat dari sisi perspektif komunitas maka beberapa faktor yang berhasil diungkap di dalam kajian ini baik di tingkat individu, hubungan interpersonal klien dan pemberi layanan serta kondisi lingkungan sosial, maka dapat disimpulkan bahwa kita masih menghadapi masalah klasik yang terjadi di situasi terkini. Hingga saat ini permasalahan terkait pengetahuan yang belum baik terkait pentingnya mengetahui status HIV, manfaat pengobatan dan pemantauan keberhasilan pengobatan masih dilaporkan terjadi. Pengetahuan yang kurang ini mengarahkan kepada masalah yang lebih mendasar yaitu kurangnya permintaan (*demand*) untuk layanan terkait HIV. Masalah stigma, norma sosial dan norma gender yang

menghalangi akses komunitas ke layanan tes dan pengobatan masih menjadi faktor utama. Kemudian kebijakan dan program yang masih belum progresif menargetkan pencapaian 90-90-90 masih dirasakan menjadi faktor penting yang menghambat keberhasilan penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia.

Di tengah semua masalah tersebut, komunitas harus mengambil peran yang lebih besar lagi dan upaya yang lebih terarah lagi dalam mempercepat pencapaian target global ini. Bukti ilmiah menunjukkan bahwa intervensi berbasis komunitas akan berhasil jika implementasinya dikaitkan secara baik dengan konteks sosial budaya di negara dan target komunitas yang ada (19). Dari kajian ini kita ketahui bahwa masih terjadi hambatan pada akses ke layanan kesehatan untuk tes HIV akibat berbagai masalah stigma dan kompleksitas layanan, maka dibutuhkan pendekatan untuk memberikan ruang mandiri lebih besar pada komunitas dalam memenuhi kebutuhannya. Tes HIV mandiri (*self-testing*) adalah jawaban yang tepat untuk masalah ini (25). Tes HIV mandiri tidak hanya membuka ruang bagi keeluasaan komunitas untuk menggunakan tes HIV terlepas dari tekanan norma sosial dan norma gender serta kompleksitas birokrasi dalam memperoleh layanan tetapi sesungguhnya membuka ruang bagi pengurangan beban kerja layanan kesehatan dan efisiensi pelayanan. Meskipun diperlukan pemikiran mendalam terkait mekanisme distribusi yang tentu saja melibatkan komunitas dan mekanisme pemantauan hasil tes termasuk rujukan ke layanan pengobatan jika menunjukkan hasil reaktif (26).

Lebih lanjut, dari sisi peran komunitas, hasil kajian juga menunjukkan bahwa upaya memulai pengobatan masih terkendala dengan sistem pendampingan yang terfragmen. Sistem yang ada saat ini masih memisahkan peran penjangkauan untuk tes dan pendampingan untuk memulai dan mempertahankan pengobatan. Terdapat beberapa studi yang mengevaluasi peran *peer support* atau *peer counsellor* dalam peningkatan kaskade pengobatan HIV,

meskipun ada banyak bukti terkait keberhasilan peran *peer* dalam mendorong akses memulai pengobatan tapi belum ada bukti ilmiah yang cukup berkaitan dengan *outcome* atau dampak keberhasilan pengobatan (27). Betul bahwa saat ini, peran penjangkau dalam program GF-NFM sudah mulai diarahkan kepada pendampingan dalam memulai pengobatan, akan tetapi target kinerja mereka masih ditekankan pada penjangkauan dan tes HIV, sementara kinerja pendampingan dalam memulai dan mempertahankan pengobatan ada pada sistem yang berbeda, meskipun dalam sumber pendanaan GF-NFM yang sama. Jika privasi, konfidensialitas, persepsi stigma masih cukup kuat maka sebaiknya sistem penjangkauan dibuat komprehensif dimulai dari edukasi pencegahan, tes HIV, pengobatan dan mempertahankannya dalam pengobatan. Penguatan kapasitas konseling termasuk dalam dukungan kesehatan mental pada pendamping komunitas perlu mendapat dukungan jika kita ingin memperkuat peran mereka dalam percepatan pencapaian 90-90-90 di Indonesia (28). Pembelajaran terbaik dari program penelusuran LTFU di Jakarta menunjukkan bahwa ODHA yang putus obat memiliki kompleksitas masalah baik sosial maupun kesehatan, peran pendamping yang berkualitas dan memiliki kepekaan sosial tinggi sangat diperlukan.

Di masa depan, jika kebijakan pelayanan kesehatan sudah lebih progresif dalam mengadopsi peran komunitas dalam pemberian layanan, bukan mustahil jika model *task-shifting* dalam pemberian konseling saat tes HIV dan pemberian obat bahkan termasuk pemberian obatnya sendiri dapat terjadi. Dokter dan petugas medis bersifat supervisi sementara pelayanan dapat dilakukan oleh komunitas yang sudah terlatih. Apalagi jika tes HIV semakin jamak dan diterima yang berujung pada lebih banyaknya ODHA dalam fase infeksi lebih dini ditemukan sehingga tidak memerlukan penanganan klinis atau kompleksitas perawatan dari petugas profesional. Sebuah *non-inferiority trial* melaporkan bahwa peran pendamping komunitas tidaklah lebih inferior dalam mendukung keberhasilan terapi dibanding dokter (27).

Di sisi yang berbeda, inovasi pelayanan kesehatan untuk percepatan pencapaian target 90-90-90 dengan komunitas sebagai kontributor utama, dimulai dari perencanaan, manajemen pengelolaan dan pemberian pelayanan masih belum banyak dilaporkan di Indonesia. Misalnya saja klinik tes dan pengobatan HIV (KT-PDP) yang dikelola komunitas masih terbatas. Klinik swasta yang dikelola profesional kesehatan tetapi melibatkan komunitas dalam pelayanannya memang sudah tersedia di beberapa kota besar di Indonesia, namun perluasannya ke daerah lain masih terhambat pembiayaan dan kemampuan komunitas dalam mengelola pelayanan khusus seperti klinik KT-PDP ini. Upaya untuk memperkuat pengembangan alternatif pemberi layanan tes dan pengobatan HIV dari sisi komunitas harus mendapat dukungan lebih serius di masa depan terutama jika penguatan layanan publik (milik pemerintah) sudah dalam kondisi yang jenuh. Sekali lagi model *public private partnership* perlu dilirik dalam pengembangan pelayanan tes dan pengobatan yang dikelola oleh komunitas.

Untuk mendorong pemanfaatan layanan kesehatan terkait HIV baik layanan publik maupun privat, perlu diupayakan suatu usaha untuk meningkatkan permintaan dari masyarakat. Usaha penyebaran informasi yang masif, tersistem dan terstruktur perlu dikembangkan. Salah satu pendekatan yang bisa digunakan saat ini adalah dengan memanfaatkan teknologi informasi yang dapat menjangkau hampir seluruh lapisan masyarakat. Penyebaran informasi HIV melalui media massa dengan memanfaatkan pendekatan digital marketing yang tepat dapat membantu menjangkau lebih banyak orang. Perlu investasi sumberdaya yang tersistem untuk inovasi *demand creation* yang juga membutuhkan kolaborasi tersistem antara komunitas dan pemerintah.

7.2. Komitmen Pemerintah

Sudah disampaikan sebelumnya bahwa komunitas memiliki peran sentral dan potensi untuk lebih berperan dalam meningkatkan

capaian target 90-90-90. Hal ini hanya bisa tercapai jika pemerintah memiliki komitmen dan kebijakan strategis yang mendukung peran komunitas dalam percepatan pencapaian target 90-90-90. Dalam sistem kesehatan kita, salah satu pilar penopang sistem pelayanan adalah pemberdayaan masyarakat (29). Pemberdayaan ditempatkan sebagai salah satu prinsip dasar pembangunan kesehatan sehingga seharusnya tidak ada hambatan komitmen nasional dalam memberdayakan komunitas terdampak HIV dalam pemberian pelayanan kesehatan untuk mencapai target 90-90-90. Lebih lanjut pemberdayaan dimaknai sebagai upaya menyeluruh untuk meningkatkan peran aktif masyarakat dalam penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumber daya manusia kesehatan, subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, serta subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan.

Hanya saja hasil kajian menunjukkan bahwa komitmen pemerintah dalam memaksimalkan peran komunitas dalam pencapaian target 90-90-90 masih perlu diwujudkan dalam berbagai instrumen kebijakan dan program yang relevan. Dimulai dari dukungan untuk kebijakan terkait tes HIV mandiri, apakah hasilnya akan dihitung dalam cakupan tes di data daerah maupun nasional, apakah kemudian tes HIV mandiri ini akan diimplementasikan oleh komunitas atau berbasis komunitas baik. Sebagaimana dibahas sebelumnya, instrumen kebijakan juga harus didukung dengan mekanisme monitoring yang baik melalui sistem distribusi dan pelaporan yang mengadopsi tes HIV mandiri. Tantangan yang cukup besar dalam mewujudkan komitmen terkait pemberdayaan komunitas dalam hal tes adalah kepercayaan (*trust*) pada kemampuan komunitas untuk mengelola status HIV-nya sendiri dalam bentuk tes.

Lebih lanjut terkait pengobatan HIV, pemberian kepercayaan pada ODHA untuk mengelola dirinya pengobatannya sendiri dengan men-dispensing obat lebih banyak juga membutuhkan komitmen

kebijakan yang tegas. Juga perluasan layanan tes dan pengobatan yang dikelola oleh sektor privat atau komunitas, diperlukan dukungan kebijakan dan instrumen pendukung untuk mendesentralisasi pelayanan tes dan pengobatan HIV. Daerah yang berkeinginan untuk berpartner dengan sektor privat termasuk komunitas masih melihat kebijakan terkait keputusan pembukaan layanan ini dimiliki pusat sehingga kurang berani melakukan terobosan baik pendanaan maupun distribusi alat dan perbekalan kesehatan terkait tes dan pengobatan HIV.

Harus diingat bahwa model *public-private partnership* ini tidak hanya dalam pembukaan layanan tes dan pengobatan oleh sektor privat dari sisi komunitas, tetapi juga dapat bersifat kemitraan di sisi penjangkauan saja. Layanan tes dan pengobatan dapat dilakukan layanan publik tetapi pemerintah baik pusat maupun terutama di daerah dapat membiayai organisasi komunitas dalam hal penjangkauan dan pendampingan terkait tes dan pengobatan HIV. Model ini diperlukan di masa depan terutama ketika transisi pembiayaan penjangkauan dari dukungan dana global atau donor sudah berakhir. Yang kemudian diperlukan adalah indikator kinerja yang terfokus pada keberhasilan tes dan pengobatan HIV dilihat dari capaian 90-90-90. Rekognisi keberadaan penjangkau dan pendamping, harmonisasi peran mereka dalam pemberian pelayanan kesehatan terutama di layanan publik termasuk peningkatan kapasitas dan kualitas pelayanan perlu diupayakan secara serius.

Komitmen dan pengembangan instrumen kebijakan juga diperlukan secara serius untuk meningkatkan pembiayaan pada monitoring keberhasilan pengobatan HIV. Upaya memperluas pemeriksaan VL dengan menggunakan modalitas tes yang terbukti berbiaya lebih murah dan mudah dilakukan seperti penggunaan tes cepat molekuler (TCP) di tempat pelayanan pengobatan HIV diberikan (*point of care VL testing*).

7.3. Koordinasi Lintas Sektor Dalam Penanganan HIV

Terakhir, bagian diskusi dari laporan kajian ini membahas masalah koordinasi baik vertikal maupun horizontal. Hasil kajian menemukan bahwa kebijakan di tingkat nasional dalam tes dan pengobatan HIV belum tentu dimaknai sama atau diadopsi oleh layanan di tingkat daerah. Masalah sosialisasi kebijakan atau kesiapan layanan dalam mengimplementasikan kebijakan perlu mendapat perhatian lebih baik di masa depan. Tugas Dinas Kesehatan Provinsi sebagai kepanjangan tangan pemerintah pusat sangat diperlukan. Kelompok-kelompok komunitas dapat memanfaatkan mekanisme supervisi antara pemerintah provinsi dan kabupaten/kota dalam mensosialisasikan kebijakan terbaru di layanan kesehatan.

Dalam konteks layanan komprehensif berkesinambungan (LKB) yang dicanangkan Kemenkes sebagai kendaraan utama dalam mendukung upaya pencapaian target 90-90-90, koordinasi di daerah perlu dibangun melalui dua hal, pertama membangun forum koordinasi yang digalang oleh Dinas Kesehatan atau lembaga lain yang dibentuk berdasarkan kewenangan daerah yang fungsinya memang berfokus pada upaya menghubungkan layanan tes dan pengobatan di berbagai tingkatan layanan dengan klien serta memfasilitasi solusi jika ada masalah berkaitan dengan akses ke tes dan pengobatan. Kedua koordinasi yang berkaitan dengan mobilisasi sumber daya komunitas yang ada di tingkat daerah. Sejauh ini sumber daya komunitas yang bergerak dalam penjangkauan dan pendampingan masih dominan didanai oleh pendanaan GF sehingga koordinasinya lebih ke sentral pendanaan di tingkat sub-*recipients* atau *recipients* nasional. Di daerah masing-masing organisasi komunitas cenderung terpisah-pisah dan tidak berkoordinasi satu dengan lainnya dan fokus mengejar target mereka masing-masing. Pendanaan dari sumber dana terpisah dari pusat tanpa koordinasi yang baik di daerah justru potensial membuat pelayanan terpadu yang dicita-citakan malah terkotak-kotak.

Kesimpulan Dan Rekomendasi

8.1. Kesimpulan

1. Faktor individual yang masih menghambat upaya pencapaian target 90-90-90 adalah pengetahuan, norma gender, norma stigma, persepsi risiko, persepsi sehat sakit, dan masalah administrasi.
2. Faktor hubungan interpersonal yang menghambat upaya pencapaian target 90-90-90 adalah kualitas penjangkauan, konseling, pendampingan baik pada layanan oleh komunitas maupun oleh pemberi layanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Termasuk disini adalah *trust* atau kepercayaan pada pemberi layanan yang perlu dibangun secara sistematis.
3. Faktor sistem pelayanan kesehatan yang menghambat upaya pencapaian 90-90-90 adalah fleksibilitas layanan baik dari sisi tempat, waktu, dan pelaksana. Kemudian persyaratan administrasi, ketidakpatuhan pada kebijakan nasional. Di sisi lain masalah suplai dan distribusi alat

dan perbekalan kesehatan terkait tes dan pengobatan HIV masih menjadi masalah baik untuk tes, mempertahankan dalam pengobatan dan juga monitoring keberhasilan pengobatan. Terakhir, koordinasi dan sinergitas yang belum baik di daerah karena masalah sumber pendanaan dan alur tanggung jawab.

4. Faktor kebijakan yang menghambat upaya pencapaian 90-90-90 adalah kebijakan daerah desentralisasi yang kontra upaya penanggulangan dan cenderung menstigma dan diskriminasi komunitas terdampak. Kemudian kebijakan nasional terkait dispensing ARV, serta komitmen untuk memonitor keberhasilan pengobatan yang dinilai masih rendah baik dari target program maupun komitmen pengadaan alat dan dukungan pembiayaan.
5. Inovasi yang berhasil diidentifikasi dan dirasakan manfaatnya oleh komunitas adalah *community-based testing* berbasis tes HIV mandiri, notifikasi pasangan, penelusuran LTFU lewat *differentiated outreach*, *social marketing* dan *public private partnership* dalam penyediaan layanan tes dan pengobatan.

8.2. Rekomendasi

1. Pengambilan peran lebih besar oleh komunitas dalam upaya pencapaian target 90-90-90 hendaknya didukung oleh komitmen kebijakan dari pemerintah. Kebijakan yang jelas diperlukan dalam hal:
 - a. Panduan implementasi inovasi yang dianggap memiliki potensi dampak pada percepatan pencapaian 90-90-90 seperti tes HIV mandiri dan notifikasi pasangan termasuk kerjasama sektor publik dan privat (termasuk komunitas) dalam penyediaan layanan tes dan pengobatan.

- b. Memastikan ada lembaga atau institusi yang mengambil peran koordinasi di daerah dalam kerangka kerja LKB.
 - c. Mendukung pemberdayaan komunitas untuk secara bermakna mengambil peran lebih besar dalam berbagai inovasi program percepatan pencapaian 90-90-90.
2. Memperkuat koordinasi vertikal dan horizontal antar program dan kegiatan dan antar upaya pencapaian setiap tahapan dari target 90-90-90.
3. Komunitas yang terlibat dalam penjangkauan dan pendampingan perlu mendapat perhatian baik dari sisi harmonisasi peran, tanggung jawab, peningkatan kapasitas individu dalam pemberian layanan termasuk penghargaan baik yang berkaitan dengan gaji maupun status sosial.
4. Perlu dikembangkan sistem untuk memetakan komunitas yang berperan sebagai petugas penjangkau dan pendamping, memetakan kebutuhan pelatihan, supervisi dan juga kinerja.
5. Perlu dikembangkan metode penyebaran informasi yang masif, tersistem dan terstruktur dengan memanfaatkan media sosial dan marketing digital untuk bisa mendorong munculnya permintaan terhadap layanan terkait HIV dari masyarakat (*digital demand creation*)

Lampiran

9.1. Daftar Rujukan

1. Grinsztejn B, Hosseinipour MC, Ribaud HJ, Swindells S, Eron J, Chen YQ, et al. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis.* 2014;14(4):281–90.
2. Nachega JB, Sam-Agudu NA, Mofenson LM, Schechter M, Mellors JW. Achieving viral suppression in 90% of people living with human immunodeficiency virus on antiretroviral therapy in low-and middle-income countries: progress, challenges, and opportunities. *Clin Infect Dis.* 2018;66(10):1487–91.
3. (UNAIDS) JUNP on H. Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying our Efforts to Eliminate HIV. AIDS. 2011;

4. Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD, et al. What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the fast-track approach. *PLoS One*. 2016;11(5):e0154893.
5. Granich R, Gupta S, Hall I, Aberle-Grasse J, Hader S, Mermin J. Status and methodology of publicly available national HIV care continua and 90-90-90 targets: a systematic review. *PLoS Med*. 2017;14(4):e1002253.
6. HIV/AIDS JUNP on. Global AIDS Monitoring 2019—Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on Ending AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV. AIDS. 2018;
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Survei Terpadu Biologis dan Perilaku 2018-2019. 2019.
8. UNAIDS. Indonesia Country Data 2018. 2018.
9. MoH Indonesia. Estimates and projection of HIV-AIDS in Indonesia 2019-2024. Jakarta; 2020.
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Report on the HIV Epidemiologic Update. 2020.
11. Zuniga JM. UNAIDS 90-90-90—Opportunity in Every Difficulty. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2018.
12. Levi J, Raymond A, Pozniak A, Vernazza P, Kohler P, Hill A. Can the UNAIDS 90-90-90 target be achieved? A systematic analysis of national HIV treatment cascades. *BMJ Glob Heal*. 2016;1(2).
13. UNAIDS. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2014.

14. Granich R, Williams B, Montaner J, Zuniga JM. 90-90-90 and ending AIDS: necessary and feasible. *Lancet*. 2017;390(10092):341–3.
15. Ssekalembe G, Isfandiari MA, Suprianto H. Current Status Towards 90-90-90 UNAIDS Target and Factors Associated with HIV Viral Load Suppression in Kediri City, Indonesia. *HIV AIDS (Auckl)* [Internet]. 2020 Jan 16;12:47–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32021486>
16. Marsh K, Eaton JW, Mahy M, Sabin K, Autenrieth CS, Wanyeki I, et al. Global, regional and country-level 90-90-90 estimates for 2018: Assessing progress towards the 2020 target. *Aids*. 2019;33(April 2019):S213–26.
17. Tarigan YN, Woodman RJ, Miller ER, Wisaksana R, Wignall FS, Ward PR. Changes in the HIV continuum of care following expanded access to HIV testing and treatment in Indonesia: A retrospective population-based cohort study. *PLoS One*. 2020;15(9):e0239041.
18. Januraga PP, Reekie J, Mulyani T, Lestari BW, Iskandar S, Wisaksana R, et al. The cascade of HIV care among key populations in Indonesia: a prospective cohort study. *Lancet HIV*. 2018 Aug 23;5(10):e560–8.
19. Dave S, Peter T, Fogarty C, Karatzas N, Belinsky N, Pai NP. Which community-based HIV initiatives are effective in achieving UNAIDS 90-90-90 targets? A systematic review and meta-analysis of evidence (2007-2018). *PLoS One*. 2019;14(7):1–18.
20. Baral S, Logie CH, Grosso A, Wirtz AL, Beyrer C. Modified social ecological model: a tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1–8.

21. Grau LE, Griffiths-Kundishora A, Heimer R, Hutcheson M, Nunn A, Towey C, et al. Barriers and facilitators of the HIV care continuum in Southern New England for people with drug or alcohol use and living with HIV/AIDS: perspectives of HIV surveillance experts and service providers. *Addict Sci Clin Pract.* 2017;12(1):1–14.
22. UNAIDS. *Global AIDS Update 2018: Miles to Go.* UNAIDS Geneva, Switzerland; 2018.
23. Kemenkes RI. *Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan III Tahun 2020.* Jakarta; 2020.
24. Poorolajal J, Hooshmand E, Mahjub H, Esmailnasab N, Jenabi E. Survival rate of AIDS disease and mortality in HIV-infected patients: a meta-analysis. *Public Health.* 2016;139:3–12.
25. Jamil MS, Prestage G, Fairley CK, Grulich AE, Smith KS, Chen M, et al. Effect of availability of HIV self-testing on HIV testing frequency in gay and bisexual men at high risk of infection (FORTH): a waiting-list randomised controlled trial. *Lancet HIV.* 2017 Jun;4(6):e241–50.
26. Bhattacharjee P, Rego D, Musyoki H, Becker M, Pickles M, Isac S, et al. Evaluation of community-based HIV self-testing delivery strategies on reducing undiagnosed HIV infection, and improving linkage to prevention and treatment services, among men who have sex with men in Kenya: A programme science study protocol. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1–13.
27. Genberg BL, Shangani S, Sabatino K, Rachlis B, Wachira J, Braitstein P, et al. Improving Engagement in the HIV Care Cascade: A Systematic Review of Interventions Involving People Living with HIV/AIDS as Peers. *AIDS Behav*

[Internet]. 2016 Oct;20(10):2452–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26837630>

28. Chibanda D. Depression and HIV: integrated care towards 90-90-90. *Int Health*. 2017;9(2):77–9.
29. Presiden RI. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta: Presiden Republik Indonesia; 2012.

9.2. Instrumen Pengumpulan Data Primer

9.2.1. Daftar pertanyaan untuk wawancara informal dan FGD SSR-IU/Organisasi komunitas

1. Secara umum, Menurut anda bagaimana pencapaian target 90-90-90 di indonesia saat ini? (Mengapa bisa demikian?)
2. Untuk pencapaian target 90 yang pertama (jumlah yang tes HIV), bagaimana perkembangannya sampai saat ini, apa saja yang berkontribusi?
 - a. Menurut anda apakah *policy* yang ada sudah cukup adekuat atau tidak? jelaskan
 - b. Bagaimana keterlibatan komunitas dalam pencapaian 90 yg pertama?
 - c. Bagaimana peran CSO lainnya?
 - d. Bagaimana peran mitra internasional?
 - e. *Probing*:
 - Model penjangkauan yang dilakukan seperti apa? penjangkauan *online* dan link ke layanan apakah berjalan?
 - Ketersediaan layanan, sosialisasi terkait layanan, integrasi dengan program lain seperti TB, IMS, ibu hamil, proses konseling,

- Faktor sosial: stigma, kebijakan pemerintah/ contoh penutupan lokalisasi, kriminalisasi, kondom sebagai barang bukti prostitusi
 - Pengumpulan data penjangkauan dan tes (sistem pencatatan di penjangkauan dan di layanan untuk tes)
 - Modalitas tes selain tes darah (*rapid test* darah yang ada di layanan)
 - Syarat administrasi untuk mengakses tes
- 3. Untuk pencapaian target 90 kedua (akses ARV), bagaimana perkembangannya sampai saat ini? Apa yang berkontribusi?
 - a. Menurut anda apakah *policy* yang ada sudah cukup adekuat atau tidak? jelaskan
 - b. Bagaimana keterlibatan komunitas dalam pencapaian 90 yang kedua?
 - c. Bagaimana peran CSO lainnya?
 - d. Bagaimana peran mitra internasional?
 - e. *Probing*:
 - Kebijakan *test and treat* (apakah sudah dilaksanakan, jika belum kenapa?)
 - Kebijakan administrasi : penggunaan KTP sebagai syarat, BPJS
 - Ketersediaan layanan ARV, suplai dan distribusi ARV, jenis obat baru/regimen baru
 - Pendampingan/*buddies*: model pendampingan seperti apa?
 - Akses ke layanan
 - Manajemen kasus termasuk efek samping, *adherence*, konseling pra ARV, isu kesehatan

mental (kesiapan untuk pengobatan, motivasi untuk pengobatan jangka panjang,)

4. Untuk pencapaian target 90 ketiga (supresi VL) bagaimana perkembangannya sampai saat ini? Apa yang berkontribusi?
 - a. Menurut anda apakah *policy* yang ada sudah cukup adekuat atau tidak? jelaskan
 - b. Bagaimana keterlibatan komunitas dalam pencapaian 90 yang ketiga?
 - c. Bagaimana peran CSO lainnya?
 - d. Bagaimana peran mitra internasional?
 - e. *Probing*:
 - Ketersediaan layanan tes VL,
 - *Adherence*, LTFU,
 - pendampingan/*buddies*
5. Diantara step 90 90 90, dimana jurang yang paling lebar serta paling penting untuk di *address*/ditangani?(tes, akses *to treatment*, *adherence*)?
6. Bagaimana koordinasi/kerjasama antar *stakeholder* (pemangku kebijakan(kementerian/dinkes), layanan dan CSO(komunitas) dalam akselerasi pencapaian target?
7. Apa best practices yang anda amati dalam proses pencapaian target?
8. Apa pembelajaran yang dapat diambil dalam proses pencapaian target?
9. Apa hambatan utama dalam pencapaian 90 90 90 di daerah anda dan di Indonesia secara umum?
10. Menurut anda apa terobosan/inovasi yang bisa dilakukan untuk akselerasi capaian 90 90 90?

9.2.2. Daftar pertanyaan untuk wawancara informal Mitra Pembangunan Internasional

1. Secara umum, menurut anda bagaimana pencapaian target 90-90-90 di Indonesia saat ini? (Mengapa bisa demikian?)
2. Bagaimana komitmen pemerintah dalam usaha pencapaian target?
3. Apakah kebijakan yang ada cukup adekuat untuk mendorong pencapaian target?
4. Bagaimana anda memandang pelibatan komunitas dalam usaha pencapaian target?
5. Apa peranan mitra pembangunan internasional dalam pencapaian target?
6. Bagaimana anda melihat peran aktor di tingkat nasional dan daerah dalam pencapaian target?
7. Bagaimana menurut anda koordinasi dan kolaborasi yang terjadi diantara aktor penggiat HIV?
8. Diantara step 90 90 90, dimana jurang yang paling lebar serta paling penting untuk di *address*/ditangani?(tes, akses *to treatment*, *adherence*)?
9. Menurut anda apakah ada *best practise* yang bisa diambil selama proses pencapaian target ini?
10. Menurut anda apa pembelajaran yang bisa diambil selama proses pencapaian target ini?
11. Apa hambatan utama dalam pencapaian 90 90 90 di daerah anda dan di Indonesia secara umum?
12. Menurut anda apa terobosan/inovasi yang bisa dilakukan untuk akselerasi capaian 90 90 90?

9.2.3. Daftar pertanyaan untuk wawancara Kemenkes/Dinas Kesehatan

1. Secara umum, menurut anda bagaimana pencapaian target 90-90-90 di Indonesia saat ini? (Mengapa bisa demikian?)
2. Apakah layanan terkait HIV di Indonesia/Bali/ Kota Denpasar sudah mengakomodir usaha pencapaian target?
3. Apakah Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan Propinsi/Kota memiliki kebijakan terkait akselerasi pencapaian target? Jika ada apakah adekuat?
4. Bagaimana anda melihat peran CSO dalam pencapaian target?
5. Bagaimana anda memandang pelibatan komunitas dalam usaha pencapaian target?
6. Apa peranan mitra pembangunan internasional dalam pencapaian target?
7. Bagaimana anda melihat peran aktor di tingkat nasional dan daerah dalam pencapaian target?
8. Bagaimana menurut anda koordinasi dan kolaborasi yang terjadi diantara aktor penggiat HIV?
9. Diantara step 90 90 90, dimana jurang yang paling lebar serta paling penting untuk di *address*/ditangani?(tes, akses *to treatment, adherence*)?
10. Menurut anda apakah ada best practice yang bisa diambil selama proses pencapaian target ini?
11. Menurut anda apa pembelajaran yang bisa diambil selama proses pencapaian target ini?
12. Apa hambatan utama dalam pencapaian 90 90 90 di daerah anda dan di Indonesia secara umum?

13. Menurut anda apa terobosan/inovasi yang bisa dilakukan untuk akselerasi capaian 90 90 90?

9.2.4. Pedoman diskusi dengan layanan kesehatan

1. Apakah layanan anda sudah menerapkan *test & treat*?
 - a. Bagaimana pengalaman dalam menerapkan *test & treat*?
 - b. Apakah ada kendala/tantangan dalam penerapannya?
 - c. Bagaimana dengan suplai reagen?
 - d. Bagaimana dengan suplai ARV?
 - e. Bagaimana dengan pemeriksaan VL?
2. Apakah ada layanan lain yg terintegrasi dengan layanan HIV? (TB, ibu hamil, IMS)
3. Apakah ada keterlibatan komunitas/LSM dalam pelayanan (penjangkauan dan pendampingan)?
 - a. Bagaimana model keterlibatan komunitas/LSM?
 - b. Apakah keterlibatan komunitas/LSM memberikan dampak pada pencapaian target di layanan?
4. Apakah ada supervisi dari dinas? Apakah terjadwal/rutin dilakukan? Apakah ada *feedback* dari hasil supervisi?
5. Bagaimana dengan pencatatan dan pelaporan layanan HIV (sudah cukup simple dan rutin dikerjakan?)
 - a. Apakah ada kendala dalam pencatatan dan pelaporan?
 - b. Apakah ada penanggungjawab khusus untuk data?
6. Apakah ada pertemuan koordinasi antara layanan kesehatan dengan penggiat HIV lain di daerah?
7. SDM tim

- a. Berapa orang tim HIV, apa saja perannya?
 - b. Apakah semua tim layanan HIV mendapat pelatihan rutin?
 - c. Bagaimana memotivasi tim dalam melaksanakan program?
 - d. Bagaimana sistem *reward* untuk tim?
8. Berasal darimana saja pembiayaan untuk pelayanan HIV?
 - a. Untuk pos apa saja pembiayaannya?
 - b. Apakah ada bagian dari pelayanan yang tidak mendapat pos pendanaan? Bagaimana mengatasinya?
 9. Bagaimana dukungan pemerintah dalam optimalisasi layanan?
 10. Apa *Best practice/lesson learned* dari pelayanan yang selama ini diberikan?
 11. Apakah ada terobosan/inovasi yang mungkin dapat dilakukan untuk meningkatkan/mengoptimalkan layanan HIV?

No	Checklist	Hasil
1	Apakah sudah <i>test & treat</i> ?	
2	Stok reagen	
3	Stok ARV	
4	Stok paket pencegahan (kondom, jarum suntik steril)	
5	Pemeriksaan VL	
6	Pelibatan komunitas dalam layanan HIV	
7	Pencatatan dan pelaporan	
8	Pelatihan tim HIV	

**KAJI CEPAT
PENCAPAIAN 90-90-90
DI INDONESIA
DARI PERSPEKTIF KOMUNITAS**



ISBN 978-602-294-463-8

