

policy brief

MODEL PMTS YANG TERINTEGRASI PADA LAYANAN PRIMER

Pesan Pokok

Keberlanjutan program pencegahan melalui transmisi seksual adalah kunci keberhasilan memerangi epidemi HIV di Indonesia. Untuk itu diperlukan pengembangan model layanan dan kebijakan program pencegahan melalui transmisi seksual (PMTS) yang terintegrasi ke dalam sistem kesehatan nasional. Terdapat 10 kegiatan pelayanan yang dapat diselenggarakan oleh puskesmas dan jejaringnya terkait program PMTS. Kesepuluh kegiatan pelayanan tersebut diusulkan untuk memiliki variasi tingkat integrasi ke layanan mainstream pada tingkat terintegrasi sebagian hingga tingkat terintegrasi penuh



Pendahuluan

Epidemi HIV yang berlangsung hampir tiga dekade di Indonesia menunjukkan pergeseran yang berarti; setelah berkembang pesat di kalangan pengguna napza suntik (penasun), ini kemudian meledak di kelompok wanita penjaja seks (WPS) yang dikhawatirkan berperan sebagai jembatan epidemi ke populasi yang lebih umum (Riono and Jazant, 2004; NAC of Indonesia, 2012). Belum reda kekhawatiran kita akan potensi pergeseran epidemi yang didorong oleh penularan pada kelompok WPS, berbagai data surveilans dan juga pemodelan matematika menunjukkan peningkatan yang bermakna kejadian infeksi HIV pada kelompok laki-laki seks dengan laki-laki [LSL] (Kemenkes, 20108; Kemenkes 2013). Jika dilihat dari akumulasi jumlah orang dengan HIV dan AIDS dan faktor risikonya yang didominasi oleh kelompok WPS dan LSL termasuk waria, maka jelas terlihat bahwa upaya penanggulangan epidemi HIV pada kelompok ini adalah kunci keberhasilan menanggulangi epidemi HIV di Indonesia.

Selama ini, penanggulangan HIV-AIDS pada populasi WPS, LSL, dan waria terutama berkat dorongan inisiatif global, berupa bantuan finansial yang berkonsekuensi jenis dan dinamika perkembangan kebijakan dan program penanggulangan HIV-AIDS secara spesifik pada berbagai populasi tersebut (Yu *et al.*, 2008; PKMK FK UGM, 2015). Intervensi kesehatan spesifik yang berfokus pada kelompok populasi kunci terbukti lebih efisien diterapkan terutama pada negara-negara dengan keterbatasan sumber daya. Pada susu lain, ada pula beberapa kelemahannya di antaranya: 1) berkembangnya sistem ganda atau paralel dalam sistem kesehatan, 2) kekhawatiran akan tergerusnya sumber daya dari sistem kesehatan kepada intervensi kesehatan spesifik yang memiliki skema pendanaan berbeda, serta yang paling ditakutkan adalah 3) lemahnya insentif dan adopsi sistem kesehatan, terutama di daerah untuk mendukung upaya penanggulangan yang kemudian mengancam keberlanjutan program (Atun *et al.*, 2010; Suharni *et al.*, 2015). Untuk itu, diperlukan cara sistematis untuk mengintegrasikan upaya kesehatan spesifik pencegahan melalui transmisi seksual (PMTS), terutama pada populasi berisiko tinggi pada tatanan keorganisasian sistem kesehatan pada umumnya, dengan memperhatikan aspek struktural dan fungsional yang mampu secara optimal menjamin keberlangsungan layanan di tingkat akar rumput (Suharni *et al.*, 2015; PKMK FK UGM, 2015; Atun *et al.*, 2010). Keberlanjutan program pencegahan melalui transmisi seksual adalah kunci keberhasilan memerangi epidemi HIV di Indonesia

Apakah integrasi menjadi kebutuhan untuk menjamin keberlanjutan program dan pelayanan kesehatan, konsep dan bagaimana pola atau model integrasinya ke dalam sistem kesehatan yang ada masih menjadi pertanyaan yang harus dijawab (Atun *et al.*, 2010; Frenk, 2009). Secara umum penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa terdapat variasi tingkat integrasi

dan efektivitasnya terhadap cakupan layanan kesehatan. Variasi tersebut terutama berada dalam konteks perbedaan kemampuan daerah, khususnya pendanaan dan kapasitas SDM, serta besarnya masalah atau perbedaan tingkat epidemi. Penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa tatanan kebijakan penanggulangan HIV-AIDS, termasuk untuk program PMTS, telah tersusun dari tingkat nasional dan juga daerah; hanya saja dalam tatanan pelaksanaan ditemukan banyak masalah (PKMK FK UGM, 2015; Suharni et al., 2015). Untuk itu diperlukan pengembangan model layanan dan kebijakan program pencegahan melalui transmisi seksual (PMTS) yang terintegrasi ke dalam sistem kesehatan nasional.

Kerangka kerja integrasi di tingkat layanan primer

Terdapat dua asumsi utama yang digunakan untuk pengembangan model PMTS di tingkat layanan primer. Pertama, posisi dan peran penting pelayanan kesehatan primer dalam sistem kesehatan nasional dimana layanan primer ditempatkan sebagai ujung tombak yang diharapkan mampu memberikan pelayanan komprehensif dan esensial baik upaya kesehatan perorangan maupun masyarakat. Dengan posisi dan peran seperti itu, penguatan PMTS di tingkat layanan primer diharapkan berkontribusi lebih besar pada upaya penanggulangan epidemi HIV. Yang kedua, dalam sejarahnya, peran layanan primer di Indonesia, terutama puskesmas, dalam memberikan pelayanan yang melibatkan masyarakat dan sektor non-kesehatan telah berjalan cukup baik dan berhasil memicu munculnya beberapa best practice kerjasama lintas sektor dan integrasi layanan.

Lebih lanjut, secara khusus terdapat 6 alasan utama yang mendasari pentingnya pengembangan model integrasi program PMTS di tingkat layanan dasar:

1. Dampak kesehatan, sosial dan ekonomi penyakit HIV-AIDS sangat besar.
2. Masalah IMS dan HIV-AIDS secara nyata memiliki singgungan dengan berbagai masalah kesehatan lain.
3. Kesenjangan cakupan layanan atau kaskade pelayanan IMS dan HIV-AIDS di Indonesia masih lebar.
4. Layanan dasar *mainstream*, terutama puskesmas, tersebar merata di hampir seluruh wilayah Indonesia.
5. Pemberian layanan di tingkat yang paling dasar diharapkan mampu mengurangi stigma dan diskriminasi.
6. Integrasi layanan PMTS di tingkat layanan dasar dapat meningkat *cost-effectiveness* program.

Model PMTS yang terintegrasi dengan pelayanan primer

Terdapat 10 kegiatan pelayanan yang dapat diselenggarakan oleh puskesmas dan jejaringnya terkait program PMTS. Kesepuluh kegiatan pelayanan tersebut diusulkan untuk memiliki variasi tingkat integrasi ke layanan mainstream pada tingkat terintegrasi sebagian dengan kolaborasi yang mendasar di tempat pelayanan hingga tingkat terintegrasi penuh. Sejumlah pertimbangan pertimbangan dalam penentuan model khususnya yang berkaitan dengan tingkatan integrasi layanan yang terjadi saat ini dan bagaimana harapan tingkat integrasi layanan di masa depan.

1. Pengadaan kondom di masa depan dapat diambil alih oleh pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan, peran puskesmas lebih pada pendistribusian kondom baik secara pasif di dalam layanan dalam gedung maupun aktif bekerjasama dengan LSM penjangkau atau petugas lapangan.
2. Distribusi kondom bagi populasi kunci dimasa depan akan tetap menghadapi hambatan sosial, politik, agama dan budaya atau norma setempat sehingga peran LSM atau OMS penjangkau masih sangat besar, diharapkan puskesmas mampu menjadi koordinator pelaksana kegiatan di wilayah kerja mereka.
3. Diagnosis dan pengobatan IMS pada pelayanan perorangan di tingkat puskesmas, diharapkan menjadi upaya kesehatan wajib yang sudah diselenggarakan secara mandiri dan terintegrasi dengan layanan lainnya.
4. Sebagai UKM, diagnosis dan pengobatan IMS seperti skrining dan pengobatan presuntif berkala pada dasarnya merupakan upaya kesehatan wajib.
5. Sirkumsisi lelaki dewasa sebagai layanan kesehatan perorangan diharapkan mampu diselenggarakan oleh puskesmas. Sebagai UKM, sirkumsisi ini bisa dilakukan pada daerah dengan epidemi yang meluas seperti di Papua.
6. Kegiatan tes HIV di dalam gedung puskesmas, baik melalui klinik KTS maupun PITC, bisa secara berkelanjutan oleh puskesmas yang terintegrasi dengan layanan kesehatan yang lain.
7. *Mobile KTS* sebagai perwujudan UKM menyasar pada populasi kunci, meski telah dilakukan secara berkelanjutan dukungan dari donor terutama untuk operasional dan sarana masih diyakini cukup besar.
8. Layanan ART meski saat ini masih terdapat variasi komitmen dan dukungan sarana dalam mewujudkannya di tingkat puskesmas, tetapi dimasa depan diharapkan bisa terselenggara di tingkat primer.
9. Promosi kesehatan reproduksi dan HIV-AIDS pada masyarakat umum diyakini belum maksimal dilakukan puskesmas, diharapkan dapat diintegrasikan secara penuh, mengingat kegiatan ini adalah salah satu dari tugas dan fungsi pokok puskesmas.

10. Promosi kesehatan terkait HIV-AIDS pada kelompok berisiko tinggi sebagai UKM, diyakini memang masih dilakukan secara sporadis oleh puskesmas dan umumnya diselenggarakan oleh LSM atau OMS penjangkauan. Di masa depan diharapkan ada koordinasi yang lebih baik antar puskesmas dan LSM/OMS penjangkau dalam hal informasi, manajemen kegiatan, dan juga dukungan sarana prasarana serta pengaturan kegiatan di wilayah kerja puskesmas.

Secara ringkas, jenis intervensi dan tingkat integrasi untuk PMTS yang diusulkan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

		Pembiaaan	SDM	Layanan	Sarana	Manajemen	Regulasi	Informasi
Penyediaan kondom dan lubrikan	Saat ini	Level 1	✗	✗	✗	✗	!	!
	Model	Level 4	✗	!	!	!	!	!
Distribusi kondom dan lubrikan	Saat ini	Level 2	✗	!	!	!	!	!
	Model	Level 3	!	!	!	!	!	!
Diagnosis dan pengobatan IMS dalam PKPP	Saat ini	Level 5	!	✓	✓	!	✓	!
	Model	Level 6	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Penapisan dan pengobatan IMS pada pekerja seks dalam PKMP	Saat ini	Level 4	!	!	!	!	!	!
	Model	Level 6	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sirkumsisi laki-laki dewasa dalam PKPP	Saat ini	Level 6	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Model	Level 6	✓	✓	✓	✓	✓	✓
KTS HIV dalam gedung Puskesmas	Saat ini	Level 5	!	✓	✓	!	✓	!
	Model	Level 6	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mobile KTS HIV	Saat ini	Level 4	!	!	✓	!	!	!
	Model	Level 5	!	!	✓	✓	✓	✓
Layanan ART dan PEP	Saat ini	Level 4	✗	!	!	!	!	!
	Model	Level 5	!	✓	✓	✓	✓	!
Promosi kesehatan pada masyarakat umum	Saat ini	Level 3	!	!	!	!	!	!
	Model	Level 5	!	!	✓	✓	✓	✓
Promosi kesehatan pada populasi kunci	Saat ini	Level 2	✗	✗	✗	✗	!	!
	Model	Level 3	!	!	!	✓	✓	✓

Keterangan : terintegrasi penuh (✓), sebagian (!), dan tidak terintegrasi sama sekali (✗)

- ✓ **Level 1:** Jika layanan dilakukan pihak lain, di luar koordinasi puskesmas dan puskesmas hanya menerima informasi yang tidak rutin.
- ✓ **Level 2:** Jika layanan dilakukan pihak lain yang berkoordinasi dengan puskesmas yang secara regulasi dan manajemen puskesmas juga diminta terlibat aktif.
- ✓ **Level 3:** Jika layanan dilakukan pihak lain di dalam koordinasi penuh puskesmas sebagai pihak penyedia sebagian sarana/prasarana.
- ✓ **Level 4:** Jika layanan dilakukan puskesmas bersama dengan pihak lain, dengan pembagian tugas dan kewenangan yang jelas.
- ✓ Level 5: Jika layanan sudah menjadi layanan rutin puskesmas dengan bantuan SDM dan pendanaan dari pihak lain di luar mekanisme pendanaan reguler puskesmas.
- ✓ **Level 6:** Jika layanan sudah menjadi rutin puskesmas dengan perencanaan, pendanaan, dan layanan yang terintegrasi penuh dengan mekanisme yang ada di puskesmas.

Rekomendasi

Bagi Kementerian Kesehatan, beberapa rekomendasi spesifik yang perlu diperhatikan untuk bisa mendukung penerapan model tersebut adalah sebagai berikut:

1. Diperlukan konsensus dan peta jalan untuk kesinambungan pengadaan dan distribusi kondom yang selama ini mayoritas bersumber dana donor dan dikonsentrasi pengadaan dan distribusinya oleh KPAN, sehingga seolah-olah berada di luar jalur pengadaan dan distribusi alat kesehatan pada umumnya.
2. Diperlukan kejelasan strategi program pencegahan HIV jangka menengah, baik strategi per populasi atau menurut jenis transmisi seperti PMTS, sehingga peta jalan integrasinya dalam layanan kesehatan UKP dan UKM menjadi mudah dilakukan.
3. Memasukkan PMTS dan program pencegahan HIV lainnya sebagai target rencana strategis dan juga standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan agar dukungan sistem layanan kesehatannya menjadi jelas.
4. Diperlukan konsistensi program prioritas dengan berbagai sumber pendanaan. Contohnya GF untuk prioritas *cascade* populasi kunci dan integrasi TB-HIV, sedangkan Kemenkes prioritaskan integrasi layanan ANC-PPIA dan HIV-TB); sehingga seolah terjadi dualisme pendekatan program.
5. Mengurangi kepentingan lembaga dan mengedepankan kepentingan program misalnya dalam pendekatan struktural intervensi PMTS yang mengorbankan program pendidikan kesehatan masyarakat atau IPP untuk mengurangi risiko oleh LSM semata didasari kepentingan alokasi dana donor dibanding pemikiran mana program yang lebih efektif.
6. Untuk mengukur *feasibility* and *effectiveness* dari integrasi model program PMTS.

Rujukan

- Atun R, de Jongh T, Secci F, et al. (2010) "A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems". *Health policy and planning* 25: 1-14.
- MOH of Indonesia. (2008) *Mathematic Model of HIV Epidemic in Indonesia 2008-2014*, Jakarta: Ministry of Health Of Indonesia.
- MOH of Indonesia. (2013) *Estimation and Projection of HIV/AIDS in Indonesia 2011-2016 (Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016)*. Jakarta: MOH of Indonesia.
- PKMK FK UGM. (2015) *Kebijakan HIV-AIDS dan Sistem Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: PKMK FK UGM.
- Riono P and Jazant S. (2004) "The Current Situation of the HIV/AIDS Epidemic in Indonesia". *AIDS Education and Prevention* 16: 78-78-90.
- Suharni M, Hersumpana, K CL, et al. (2015) *Integrasi Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS Ke Dalam Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: PKMK FK UGM.
- Yu D, Souteyrand Y, Banda MA, et al. (2008) "Investment in HIV/AIDS programs: Does it help strengthen health systems in developing countries?". *Globalization and Health* 4: 8.



**Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada**

Gedung IKM Baru Sayap Utara
Jl. Farmako Sekip Utara Yogyakarta 5528
email: chpm@ugm.ac.id
Telp/Fax (hunting) (+62274) 549425

www <http://kebijakanaidsindonesia.net>
f Kebijakan AIDS Indonesia
v @KebijakanAIDS