

EVALUASI KEGIATAN KONSELING DAN TES HIV SUKARELA (KTS) DI PUSKESMAS WILAYAH JAKARTA TIMUR TAHUN 2014

Nauri Anggita Temesvari
Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul
Jalan Arjuna Utara No.9, Jakarta Barat
nauri@esaunggul.ac.id

Abstract

HIV Voluntary Counseling and Testing (VCT) is the entry point of preventing HIV/AIDS. East Jakarta targeted 20.308 of key population could visited VCT in 2013, but it's just reached 67%. Thus, as researcher i would like to evaluate the implementation of VCT in Primary Health care (Puskesmas) in East Jakarta Area. Tool which is used in this research is Logical Framework Analysis (LFA). LFA evaluate VCT from input (fund, health worker, policy, and facility), activity (health worker's training, counseling and tesing program, and monitoring evaluation), and output (total trained health worker, client satisfaction, councilor satisfaction) of VCT. Client and health worker were interviewed to confirm what they expect and what they get from VCT. The result is overall implementation of VCT has gone well. However, the lack of awareness of key populations to visit healthcare centre as early as possible, the lack of accurate data collection, and the lack of socialization to the general population compared to key populations are the barriers of the implementation. Recommendations from this research are to improve outreach of key population; include in the community, to monitor all of data recording and reporting, and to improve the function of primary healthcare as Sustainable Comprehensive Services (LKB).

Keywords: HIV, VCT, LFA

Abstrak

Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS) merupakan pintu masuk dalam pencegahan HIV/AIDS. Jakarta Timur menargetkan seluruh populasi kunci yang memanfaatkan KTS sebesar 20.308 orang. Namun, yang baru tercapai pada tahun 2013 sebesar 67%. Oleh karena itu, dalam penelitian ini dilakukan evaluasi dengan Kerangka Kerja Logis untuk melihat pelaksanaan KTS yang telah berjalan. Dari hasil penelitian didapat bahwa keseluruhan pelaksanaan KTS telah berjalan dengan baik, kurangnya kesadaran dari populasi kunci untuk memeriksakan diri sedini mungkin, kurang akuratnya pengumpulan data, dan kurangnya sosialisasi ke populasi umum dibandingkan dengan populasi kunci menjadi permasalahan utama dalam pelaksanaan KTS. Rekomendasi dari penelitian ini adalah meningkatkan penjangkauan ke lokasi yang memungkinkan populasi kunci tersebar, termasuk di lingkungan masyarakat, pengawasan dalam pencatatan dan pelaporan, dan meningkatkan fungsi Puskesmas dalam Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB).

Kata kunci: KTS, HIV, KKL

Pendahuluan

Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan syndrome atau kumpulan penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yaitu retrovirus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. HIV pertama kali didiagnosis di Amerika pada tahun 1981 dan sampai saat ini telah menjadi pandemi karena menyerang sebagian besar negara di dunia (Kemenkes, 2007).

DKI Jakarta merupakan provinsi tertinggi yang menyumbang jumlah infeksi HIV di Indonesia pada tahun 2013, yaitu

28.790. Jakarta Timur merupakan kota di Jakarta yang menyumbang kasus AIDS terbanyak pada tahun 2013 sebanyak 5% dan kasus baru HIV tiap tahunnya juga cukup tinggi (Ditjen PP & PL, 2014). Jakarta Timur juga menjadi kota prioritas yang didanai oleh *Global Fund* (GF) pada dukungan GF Ronde 8 (2009-2014) berdasarkan jumlah kasus HIV/AIDS di wilayah ini yang cukup tinggi pada masa itu, selanjutnya setelah jangka waktu tersebut selesai, secara bertahap pelaksanaan program beralih untuk didanai oleh daerah sendiri (KPAN, 2010).

Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat/Ketua KPA Nomor 05/Kep/Menko/Kesra/II/1995 tentang Program Penanggulangan HIV/AIDS Pelita VI, yang mana salah satu strategi yang tertulis di dalamnya adalah konseling dan tes sukarela (KTS) atau *Voluntary Counselling and Testing* (KTS) (KPAN, 2003). Kegiatan KTS merupakan kegiatan yang terintegrasi dengan fasilitas kesehatan yang berada di Rumah Sakit, Puskesmas, Lembaga Masyarakat (LAPAS), dan LSM (Kemenkes, 2013). Sasaran dari KTS adalah populasi kunci, yaitu: Wanita Pekerja Seks Langsung (WPSL), Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung (WPSTL), Waria, LSL (Lelaki Suka Lelaki), dan LBT (Lelaki Berisiko Tinggi/ High Risk Man) (KPAP DKI Jakarta, 2013).

Pada tahun 2013, Suku Dinas Kesehatan (Sudinkes) Jakarta Timur menargetkan jumlah kunjungan pada seluruh layanan KTS yang ada di wilayahnya sebesar 20.308. Namun, capaian kunjungan KTS pada tahun 2013 hanya 67%. Evaluasi melalui Kerangka Kerja Logis diperlukan untuk menemukan solusi dan pemecahan masalah, dimana dilihat peran input terhadap kegiatan dan peran kegiatan dalam menentukan hasil. Puskesmas dengan fungsi utamanya dalam menegakkan promosi dan preventif bermasyarakat membuat peneliti tertarik untuk melihat bagaimana pelaksanaan KTS di Puskesmas Pasar Rebo dan Kramat Jati.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menyajikan fakta-fakta yang terjadi dalam pelaksanaan KTS, menggali masalah yang terjadi, dan membuat penyelesaian masalahnya. Pendekatan kualitatif digunakan karena dapat dianalisis secara mendalam evaluasi kegiatan KTS dan menemukan masalah juga penyelesaiannya dilihat dari sudut pandang *stakeholder* yang terlibat dalam KTS.

Lokasi penelitian ini di Puskesmas wilayah Jakarta Timur dengan kriteria memiliki kegiatan KTS, yaitu Puskesmas Kramat Jati yang telah menjadi Puskesmas Mandiri ARV pada tahun 2014 dan Puskesmas Pasar Rebo yang baru menjadi Mandiri ARV pada tahun 2015. Pengumpulan data dilakukan pada bulan April hingga Mei 2015.

Dalam pemilihan informan pada penelitian ini, peneliti memperhatikan *stakeholder* yang terlibat dalam kegiatan KTS di Puskesmas dengan melihat prinsip

kesesuaian dan kecukupan pada pemilihan informan penelitian kualitatif. Maka informan pada penelitian ini adalah: 1 orang Penanggung Jawab Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur, 2 orang Penanggung Jawab Program HIV/AIDS dari masing-masing Puskesmas, 2 orang Konselor/ Tenaga Medis Kegiatan KTS masing-masing Puskesmas, 1 orang staf Monitoring dan Evaluasi KPAK Jakarta Timur, dan 14 klien.

Metode pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam kepada informan dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam dan telaah data sekunder menggunakan daftar tilik. Dengan metode tersebut, maka penelitian ini dalam menjaga validitas data menggunakan triangulasi sumber; dimana dalam penelitian ini peneliti melakukan konfirmasi layanan KTS pada klinik dan penyedia layanan, kemudian juga dilakukan triangulasi metode; dimana data yang didapatkan dalam wawancara mendalam dikonfirmasi kelengkapan kebijakan atau data terkaitnya.

Hasil dan Pembahasan

Informan yang berkontribusi dalam penelitian ini sebanyak 6 orang dari pihak penyelenggara kesehatan. Informan dari penyelenggara kesehatan memiliki rentang usia 32-52 tahun (rata-rata 42 tahun), memiliki pengalaman kerja > 5 tahun, dan pendidikan akhir D3-S1. Sedangkan untuk informan klien dilakukan wawancara dengan teknik *snowball*, dimana penentuan informan berdasarkan kebutuhan kelengkapan data yang diperoleh. Dalam penelitian ini informan klien berjumlah 14 orang, dengan rentang usia 18-54 tahun (rata-rata 32 tahun).

Masukan Terhadap Pelaksanaan KTS SDM dalam KTS

Dalam pelaksanaan KTS di fasilitas kesehatan, standar minimum SDM yang harus tersedia adalah dokter, konselor, bagian pencatatan dan pelaporan, dan laboratorium. Kesemua informan menyetujui untuk melaksanakan KTS harus tersedia SDM tersebut. Di Puskesmas Kramat Jati, dalam pelaksanaan KTS tenaga kesehatan yang terlibat adalah 1 orang dokter, 2 orang konselor, 1 bagian pencatatan dan pelaporan, dan 2 orang bagian laboratorium. Sedangkan di Puskesmas Pasar Rebo, tenaga kesehatan yang terlibat dalam KTS adalah 1 orang dokter, 3 orang konselor, 2 orang bagian pencatatan dan pelaporan, dan 2 orang

bagian laboratorium. Terkadang terjadi kondisi dimana salah satu standar minimum SDM yang harus tersedia dalam pelaksanaan KTS tidak tersedia karena pemindahan lokasi kerja. Jika hal tersebut terjadi, maka pelaksanaan KTS dilaksanakan seperti biasa dengan menunggu pergantian SDM.

Perencanaan pelatihan tiap SDM dalam KTS ditentukan oleh Suku Dinas Kesehatan/Dinas Kesehatan Provinsi, bukan dari masing-masing Puskesmas. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang pedoman pelayanan KTS dijelaskan bahwa SDM yang terlibat dalam pelaksanaan KTS yang penting pernah mengikuti pelatihan pelayanan KTS dan memiliki keterampilan di bidangnya masing-masing (Kemenkes, 2005). Semua informan menyetujui telah mendapatkan pelatihan konselor HIV. *Refreshing* pelatihan dijelaskan oleh Sudinkes Jakarta Timur biasanya dilakukan 1 tahun sekali, tetapi pada tahun ini belum dilakukan karena anggaran belum cair. Pelatihan yang pernah diikuti dari informan kedua Puskesmas memiliki kesamaan yaitu sudah pernah mendapatkan pelatihan sebagai konselor. Hal ini merupakan syarat wajib sebagai konselor KTS (Kemenkes, 2005). Pelatihan lain yang pernah diikuti antara lain untuk Puskesmas Kramat Jati, petugas kesehatan yang terlibat KTS sudah mendapatkan pelatihan tentang PICT dan *Training of Trainer* (TOT) terakhir pada tahun 2014, sedangkan pelatihan yang belum didapatkan adalah kolaborasi TB-HIV. Untuk di Puskesmas Pasar Rebo, petugas kesehatan yang terlibat dalam KTS telah mendapatkan pelatihan kolaborasi TB-HIV & Pengobatan, Perawatan, dan Dukungan (PDP) yang dilaksanakan terakhir pada tahun 2012.

Dana dalam KTS

Perencanaan anggaran KTS dilakukan 1 tahun sebelumnya dan disusun oleh tim pelaksana. Sedangkan untuk pendanaan KTS di Puskesmas dibagi menjadi 2, yaitu APBD dan lembaga donor. Hal ini sejalan dengan penelitian Ni'mal Baroya (2008) yang menyatakan bahwa dalam pembiayaan KTS di RSUD dr. Soebandi mendapat dukungan dari *Glofal Fund* yang dialokasikan untuk insentif pelaksana, pembelian reagen, pembelian bahan habis pakai, dan ARV. Sedangkan untuk pengobatan infeksi oportunistik pembiayaannya diberikan tanggung jawab kepada APBD (Baroya & Sulistiyani, 2008).

Dalam Surat Edaran HK.02.03/D/III.2/823/2013 tentang Alokasi pembiayaan logistik program pengendalian HIV/AIDS dan IMS disebutkan bahwa reagen diagnostik dan bahan laboratorium untuk HIV dengan menggunakan RDT (*Rapid Diagnostic Test*), pemerintah daerah harus mengalokasikan kebutuhan RDT sebesar 50% dari kebutuhan masing-masing wilayah, sedangkan Kementerian Kesehatan akan mengalokasikan sebesar 50% dari kebutuhan nasional, sedangkan reagens IMS terutama Sifilis, pemerintah daerah mengalokasikan kebutuhan reagen sifilis sebesar 50% dari kebutuhan masing-masing wilayah, sedangkan kementerian kesehatan mengalokasikan 50% dari kebutuhan nasional (Ditjen PP&PL, 2013).

Untuk klien peserta BPJS, dalam KTS tidak dikenakan biaya. Semua informan juga menyatakan bahwa untuk mengikuti KTS tidak dikenakan biaya. Namun, yang menjadi permasalahannya adalah terdapat klien dari masing-masing Puskesmas yang belum terdaftar dalam BPJS, sehingga ketika dia telah diketahui lebih dahulu terkena Infeksi Oportunistik (IO), maka ia butuh penanganan untuk IO-nya juga, dan harga obat tersebut jika tidak ditanggung cukup mahal membuat klien untuk tidak melakukan KTS.

Sarana dalam KTS

Sarana yang harus tersedia dalam kegiatan KTS dalam pedoman kegiatan KTS Tahun 2005 (Kemenkes, 2005) adalah: papan nama/petunjuk, ruang tunggu, jam kerja layanan, ruangan konseling, ruang pengambilan darah, ruang petugas kesehatan, dan ruang laboratorium. Semua standar tersebut disediakan oleh kedua puskesmas. Selain kelengkapan sarana untuk menunjang pelaksanaan KTS, hal lain yang diperlukan adalah kenyamanan. Semua informan klien menyetujui ruang tunggu dan ruang konseling cukup nyaman. Untuk mencegah infeksi nosokomial, petugas kesehatan menganjurkan klien untuk memakai masker yang tersedia di ruangan atau membawanya sendiri, selain disediakan tempat cuci tangan yang diperuntukan bagi tenaga kesehatan atau klien sebelum dan setelah pemeriksaan. Kenyamanan tidak berhubungan langsung dengan efektifitas layanan kesehatan, tetapi mempengaruhi kepuasan klien, sehingga mendorong klien untuk berobat kembali ke tempat tersebut (Pohan, 2007).

Kebijakan dalam KTS

Setiap informan menyatakan bahwa prosedur yang digunakan dalam pelaksanaan KTS adalah Keputusan Menteri Kesehatan yang berisi pedoman pelayanan KTS. Ada dua pedoman pelaksanaan KTS yang digunakan yaitu Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela (Kemenkes, 2002) dan Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS secara Sukarela (Kemenkes, 2005). Selain prosedur pelaksanaan KTS, masing-masing Puskesmas juga memiliki alur pelayanan yang memudahkan klien ketika berkunjung ke Puskesmas tidak mengalami kesulitan.

Kebijakan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan juga menjelaskan bahwa petugas kesehatan yang terlibat dalam kegiatan KTS, terutama konselor harus mengikuti pelatihan tentang konseling (Kemenkes, 2005). Hal yang sama juga dinyatakan oleh informan bahwa seluruh petugas kesehatan wajib mengikuti pelatihan konseling.

Kebijakan dalam pembinaan dan pengawasan yaitu pada pencatatan pelaporan, dokumen klien disimpan di tempat terkunci dan hanya bisa diakses oleh petugas yang berwenang dan diarsipkan sesuai dengan prinsip catatan medik pasien di sarana kesehatan (Kemenkes, 2005).

SIHA adalah suatu perangkat lunak aplikasi sistem informasi HIV/AIDS dan IMS yang mampu menangkap data yang berasal dari Unit Pelayanan Kesehatan (UPK), dengan memanfaatkan perangkat server Pusat Data dan Informasi (Pusdatin Kementerian kesehatan). Untuk pelaporan kegiatan harian dan bulanan dilakukan secara offline tiap harinya melalui SIHA, lalu dilanjutkan dengan pelaporan bulanan secara online tiap tanggal 26.

Pelaksanaan KTS Terhadap Hasil KTS Pelatihan KTS

Pelatihan Tes dan Konseling HIV (TKHIV) merupakan paduan kegiatan antara pelatihan Tes dan Konseling HIV. Petugas kesehatan yang menangani pasien dan sudah mendapat pembekalan pengetahuan terkait TKHIV diharapkan menawarkan tes HIV kepada pasiennya. Seorang dinyatakan sebagai konselor HIV apabila telah mengikuti pelatihan dengan menggunakan Modul Pelatihan Konseling dan Tes terbitan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Ditjen PP&PL, 2013). 3 Konselor pada Puskesmas Pasar Rebo telah mengikuti pelatihan dan mendapatkan sertifikat

konselor, begitu juga di Puskesmas Kramat Jati 2 Konselor telah mengikuti dan mendapatkan sertifikat serupa. Pelatihan juga dirasakan amat penting oleh konselor karena menambah kemampuan saat melakukan konseling dengan klien dan lebih.

Selain teknik konseling didapatkan dari pelatihan, konselor juga tergabung dalam Perhimpunan Konselor VCT HIV/AIDS (PKVHI). Semua informan menyatakan mereka tergabung dalam PKVHI, selain dapat bertukar ilmu dan pengalaman dari berbagai konselor, tetapi juga sebagai pelindung terhadap konseling yang mereka lakukan terhadap klien. Petugas kesehatan memiliki tanggung jawab moral untuk memberikan tanggapan yang cepat, akurat, dan dilandasi empati. Dengan memiliki perilaku seperti ini, petugas kesehatan mendapatkan nilai tambah dari klien dalam hal kepuasan klien dan juga akan menjamin partisipasi aktif dari klien dalam proses pengobatannya.

Namun demikian, banyaknya pelatihan maupun pengalaman yang didapat dalam PKVHI, tetap saja menimbulkan hambatan dalam diri konselor ketika melakukan pekerjaannya, salah satunya adalah sebagai call center pelayanan dimana klien dapat berkonsultasi tanpa harus hadir di layanan. Call center yang seharusnya melayani 24 jam baik itu panggilan ataupun sms dari klien, nyatanya tidak berjalan sepenuhnya karena kesibukan dari konselor.

Kegiatan KTS

Pada prinsipnya, semua orang yang berisiko terkena HIV wajib dilakukan KTS. Namun, wajib dalam pengertian ini tidak bersifat memaksa, melainkan yang berisiko ditawarkan untuk KTS (Kemenkes, 2005). Pada kasus klien tertentu, seperti ibu hamil, pasien IMS, dan pasien TB langsung diarahkan untuk melakukan KTS.

Kerahasiaan menjadi kunci terbentuknya kepercayaan antara klien dan petugas kesehatan (Kemenkes, 2005). Maka dari itu, sebelum dilakukan pemeriksaan HIV, klien harus menandatangani *informed consent* atau lembar kerahasiaan. Semua klien menyetujui bahwa *informed consent* menjadi sangat penting karena menjaga kerahasiaan klien.

Untuk meningkatkan kunjungan klien KTS, Puskesmas melakukan promosi, baik itu ke LSM atau melalui media elektronik. Sampai saat ini KPA Jakarta Timur telah bekerjasama dengan LSM dari berbagai kelompok mulai dari ODHA, penasun, WPS, GWL, hingga masyarakat umum. Puskesmas

juga melakukan *mobile VCT*. Hal ini dilakukan untuk menjangkau ke seluruh populasi di masyarakat. Namun dari hasil wawancara dengan informan *mobile VCT* yang dilakukan masih kurang dilakukan pada populasi umum. Dengan adanya LKB di Puskesmas seharusnya pemberian layanan HIV & IMS dapat dilakukan secara paripurna, yaitu sejak dari rumah atau komunitas, ke fasilitas layanan kesehatan. Namun, yang diperlukan adalah komitmen dari seluruh pihak terkait, baik pemerintah, swasta, maupun masyarakat (Kemenkes, 2013).

Semua klien yang ditanyakan tentang sikap petugas di masing-masing puskesmas, menyatakan bahwa baik itu petugas yang melakukan KTS maupun tidak sama-sama ramah terhadap klien. Keramahan menjadi salah satu alasan dari klien juga untuk datang ke Puskesmas, bahkan merekomendasikan temannya untuk melakukan KTS di Puskesmas. Keramahan petugas dideskripsikan klien dengan petugas menyamakan klien dengan pasien umum lainnya, konselor menerima keluhan klien dengan respon yang baik, dan klien dapat bercerita dengan konselor layaknya keluarga sendiri.

Jumlah kunjungan KTS di wilayah Jakarta Timur dari tahun 2012-2014 semakin meningkat. Namun, peningkatan dari kunjungan tidak sebanding dengan jumlah yang hasil test yang reaktif, penurunan hasil test reaktif terjadi pada tahun 2013 ke 2014, dari 1.880 menjadi 1.490. Ini pun dijelaskan oleh KPA bahwa kasus HIV/AIDS ibarat gunung es, karena pengidap yang berhasil terdata baru sebagian kecil. sementara pengidap yang belum terdata masih banyak menularkan HIV kepada orang lain.

Pembinaan dan Pengawasan KTS

Pembinaan dan pengawasan kegiatan KTS di layanan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten setempat (Kemenkes, 2005). Untuk meningkatkan pelayanan KTS di Puskesmas, maka dibentuklah Puskesmas Mandiri ARV, dimana klien dengan rencana tindak lanjut pengobatan dapat melanjutkan pengobatan di Puskesmas, tanpa harus merujuk ke layanan tingkat lanjut. Selain itu, Puskesmas yang menyediakan obat ARV dapat memudahkan klien untuk terkontrol dalam pengobatannya. Puskesmas Kramat Jati sudah menjadi Puskesmas Mandiri ARV dari tahun 2014, sementara Puskesmas Pasar Rebo baru memulai pada April 2015. Manfaat dari penunjukan Puskesmas sebagai Mandiri ARV dirasakan oleh Puskesmas Pasar Rebo.

Pembinaan dan pengawasan yang dilakukan oleh Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur dalam pelaksanaan kegiatan KTS adalah dengan melakukan pencatatan pelaporan data klien yang melakukan KTS. Selain itu, juga diadakan pertemuan rutin tiap bulannya untuk mengevaluasi kegiatan KTS bersama dengan seluruh komponen yang terlibat dalam program KTS ini, termasuk LSM. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan kualitas layanan KTS. Meskipun rutin dilakukan pertemuan untuk terus mengevaluasi kegiatan, tetapi penetapan pendataan sasaran kegiatan masih dirasakan kurang tepat antar pemangku kepentingan.

Kendala ketika konseling dialami oleh informan adalah terdapat klien menyangkal terhadap hasil status yang reaktif (*denial*), sehingga dia tidak meneruskan pengobatan. Hal lain yang dialami adalah terdapat klien yang baru sadar dirinya terkena HIV dan mau memeriksakan diri ke Puskesmas ketika sudah sakit parah. Hal lain yang menjadi masalah konselor ketika melakukan konseling adalah ketika pasangan klien yang tidak mengetahui status HIV pasangannya sendiri. Pasangan yang tidak mengetahui status HIV dari pasangannya sendiri biasanya baru mengetahui ketika mengalami sakit. Seperti yang dinyatakan oleh salah satu informan yang awalnya dia berpikir sakit yang dideritanya hanya sakit biasa. Banyak perempuan pasangan penasun di Indonesia yang mengetahui status HIV pasangannya ketika kondisi suami sudah parah, meninggal, atau bahkan ketika virus itu sudah menginfeksi tubuh anaknya (AusAid, 2009). Hal serupa terjadi pada kelompok LSL di Afrika Selatan melaporkan hanya setengah LSL yang akses ke KTS dan tidak semua dari mereka mau membuka status HIV kepada pasangannya (HSRC, 2009).

Salah satu penilaian dalam kinerja SDM dalam pelaksanaan KTS adalah rendahnya komplain dari klien. Ini dibuktikan di kedua Puskesmas, selama ini belum terdapat komplain. Jika terjadi masalah dalam pelaksanaan KTS, tiap Puskesmas akan mendiskusikan terlebih dahulu bersama tim, meskipun salah satu tim berada di lapangan, tetapi komunikasi dapat berlangsung melalui media elektronik.

Dari data KTS di Jakarta Timur yang telah diperlihatkan sebelumnya dapat dilihat bahwa populasi kunci mengalami peningkatan dalam kunjungan ke KTS dan penurunan jumlah infeksi HIV. Namun, yang perlu dilihat bahwa pada kelompok Penasun, pasangan risti, LSL, dan pelanggan merupakan

kelompok yang menyumbang kasus HIV terbanyak dari tahun 2013-2014 dalam pelaksanaan KTS. Hal ini sesuai dengan epidemi yang diperkirakan terjadi di Indonesia. Meskipun epidemi HIV di Indonesia biasanya dihubungkan dengan pengguna jarum suntik (Penasun) dan pekerja seks perempuan (WPS), ternyata situasi epidemi HIV dan AIDS telah berubah. Diperkirakan, jumlah terbesar infeksi HIV baru akan terjadi di antara laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), diikuti oleh perempuan pada populasi umum (perempuan risiko rendah), yang terdiri dari perempuan terinfeksi melalui berhubungan seks dengan pasangan yang terinfeksi serta wanita yang mereka sendiri mungkin telah terlibat dalam perilaku berisiko pada tahun sebelumnya dan mereka yang sebenarnya telah terinfeksi HIV dan baru dapat terdeteksi di kemudian hari. Jumlah infeksi yang cukup besar terjadi pada laki-laki yang merupakan pelanggan pekerja seks dan laki-laki populasi umum (laki-laki risiko rendah), yang terdiri dari laki-laki yang terinfeksi melalui hubungan seksual dengan istri mereka ditambah dengan laki-laki yang berhubungan seks dengan WPS pada tahun sebelumnya (Kemenkes, 2013)

Evaluasi Kerangka Kerja Logis dalam KTS

Dari hasil dan pembahasan yang telah dijelaskan sebelumnya, peneliti mengubah ke dalam bentuk Kerangka Kerja Logis (KKL). Dapat terlihat bahwa pada komponen masukan, baik SDM, prosedur/ kebijakan, dana, dan sarana telah tersedia. Permasalahannya adalah pada kebijakan perihal konfidensial, dimana konselor harus menekankan kerahasiaan atas segala informasi berkaitan dengan klien. Seharusnya konselor juga memberikan dorongan kepada klien untuk membuka statusnya pada pasangannya. Jika hal ini terus berlangsung, maka kasus HIV baru akan terus bertambah dari pasangan klien yang baru mengetahui dirinya terkena HIV ketika sakit parah atau pasangannya meninggal.

Pada komponen aktivitas pada pelatihan telah dilakukan sesuai dengan peraturan yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan bahwa setiap SDM yang terlibat dalam KTS wajib mendapatkan pelatihan KTS. Pada pembinaan dan pengawasan masih terjadi ketidakakuratan data dalam penginputan data klien dan pada kegiatan KTS, kurangnya kesadaran dari klien untuk

memeriksa diri, kekhawatiran akan pengobatan yang mahal, dan keengganan klien membuka status ke klien menjadi sebab dari masalah pada keluaran yaitu belum tercapainya target populasi kunci yang memanfaatkan KTS.

Setelah membuat logika vertikal evaluasi kegiatan KTS, maka selanjutnya dibuat logika horisontal dengan melihat indikator dari tiap komponen, sumber informasi, asumsi, dan juga hasil ketercapaian dari tiap komponen. Padas umber informasi, yang dapat dibuktikan oleh informan adalah laporan evaluasi kegiatan bulanan, data kepegawaian, buku SOP/Kebijakan, dan kelengkapan sarana. Terlihat bahwa komponen keluaran yang belum tercapai adalah klien yang memanfaatkan KTS, dengan seba dari komponen masukan dan aktivitas yang telah dijelaskan sebelumnya. Dari permasalahan yang telah ditemukan dari hasil penelitian ini, maka peneliti membuat analisis masalah untuk menguraikan dasar dari permasalahan ini untuk dibuat solusi penyelesaiannya. Dapat dijelaskan bahwa masalah utamanya adalah populasi kunci yang memanfaatkan KTS tidak sesuai dengan target dan penyebabnya adalah sebagai berikut: Kurangnya KTS pada Populasi Umum, Pendataan klien belum optimal, Kesadaran Populasi Kunci untuk memeriksa diri masih rendah, Anggapan pengobatan berkelanjutan HIV/AIDS mahal.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka peneliti dapat menyimpulkan sebagai berikut: 1) Kegiatan KTS di Puskesmas Jakarta Timur telah berjalan dengan baik. Target yang tidak tercapai disebabkan karena kesadaran populasi kunci yang masih kurang untuk memeriksa diri, kurang akuratnya dalam pencatatan dan pelaporan, dan kurangnya pelaksanaan KTS di populasi umum. 2) Semua SDM yang menjadi informan telah mendapatkan pelatihan. Pelatihan yang wajib diikuti oleh SDM adalah tentang KTS. SDM mendapatkan pelatihan KTS yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan atau Kementerian Kesehatan. Pelatihan memberikan kepuasan konselor secara tidak langsung dengan menambah keterampilan saat melayani klien. 3) SDM dalam pelaksanaan KTS adalah dokter, konselor, bagian pencatatan dan pelaporan, laboratorium, dan LSM. Pendanaan KTS bersumber pada APBD dengan ketentuan 50% dan 50% dari Kemenkes. Dalam

pelaksanaannya, KTS tidak dipungut biaya. Sarana yang diperlukan dalam pelaksanaan KTS adalah media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE). Stok KIE selama ini dirasa sudah mencukupi oleh Puskesmas, begitu juga dengan ketersediaan kondom. 3) Pembinaan dan pengawasan dilakukan dilakukan oleh Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur dengan melakukan pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan juga pertemuan rutin, sementara konselor difasilitasi melalui PKVHI. Alur pencatatan dan pelaporan dilakukan berjenjang dengan menginput ke SIHA. Namun, kesalahan sistem terkadang terjadi pada SIHA. Kelemahan dari pencatatan dan pelaporan juga terlihat dari masih ada ketidakjelasan data laporan.

Saran yang dapat peneliti sampaikan adalah sebagai berikut: 1) Meningkatkan peran Puskesmas untuk menggerakkan LKB di masyarakat, 2) Melakukan pengentrian data klien lebih akurat dengan memperhatikan cara penulisan HIV klien, 3) Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur mengawasi pelaksanaan LKB di wilayah Jakarta Timur sebagai bentuk pencegahan HIV/AIDS pada masyarakat umum, 4) Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur Mengawasi pencatatan dan pelaporan klien di fasilitas kesehatan, sehingga jika terjadi kejanggalan dapat ditanyakan terlebih dahulu kepada fasilitas kesehatan, 5) KPA Kota Jakarta Timur bekerjasama dengan Fasilitas Kesehatan, Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur, dan LSM untuk melaksanakan LKB, 6) Meningkatkan koordinasi kepada Fasilitas Kesehatan dan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur pendataan sasaran populasi kunci di wilayah Jakarta Timur

Daftar Pustaka

AusAid. 2009. "Perempuan di Lingkar NapzaSuntik, Penelitian Eksploratif di Delapan Kota di Indonesia Tahun 2007. *Indonesia HIV/AIDS Prevention and Care Project and AusAid*, Jakarta.

Ditjen PP & PL. 2014. "Statistik Kasus HIV-AIDS di Indonesia Triwulan I Tahun 2014", Ditjen PP & PL Kemenkes RI.

Ditjen PP&PL. 2014. "HK.02.03/D/III.2/823/2013 Tentang Alokasi Pembiayaan Logistik HIV/AIDS", Jakarta.

Ditjen PP&PL. 2013. "Pedoman KT HIV Tahun 2013", Jakarta.

Kemenkes. 2013. "Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016", Jakarta.

Kemenkes. 2005. "Keputusan Menteri Kesehatan Nomor1507/MENKES/SK/X/2005 Pedoman Pelayanan KTS", Jakarta.

Kemenkes. 2005. "Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan testing HIV/AIDS secara Sukarela (VCT)", Jakarta.

Kemenkes. 2013. "Modul Manajemen PKM Terintegrasi HIV/AIDS, Jakarta.

Kemenkes. 2002. Pedoman Manajemen Puskesmas.

Kemenkes. 2013. "Permenkes Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS", Jakarta.

Kemenkes. 2013. "STBP Pada Kelompok Berisiko Tahun 2013", Jakarta.

Kemenkes. 2013. "Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku, Jakarta.

KPAN 2010. "Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2010-2014", Jakarta.

KPAN. 2003. "Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS 2003-2007", Jakarta.

KPAP DKI Jakarta. 2014. "Strategi dan Rencana Aksi Provinsi (SRAP) Penanggulangan HIV/AIDS Tahun 2013-2017", Jakarta.

Ni'mal Baroya & Sulistiyani. 2008. "*The Implementatiopn of HIV&AIDS Prevention and Tackling*", Jember.

Pohan, I. S. 2007. "Jaminan Mutu Layanan Kesehatan", Jakarta.