

PROTOKOL



MANAJEMEN PENGADUAN DAN UMPAN BALIK BERBASIS KOMUNITAS DALAM PENANGGULANGAN HIV/AIDS



PENABULU FOUNDATION
CIVIL SOCIETY RESOURCE ORGANIZATION



Manajemen Pengaduan dan Umpan Balik Berbasis Komunitas Dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia

Dokumen Protokol

Penyusun:
Tim Penabulu

Dwi Aris Subakti, M.Ikom
dr. Adhi Sanjaya, Msc-IH
Irman Suryana, S.Kom

Editor:
Kuswoyo

Disusun dengan dukungan Indonesias Aids Coalition dan Yayasan Spiritia Melalui Pendanaan The Global Fund untuk Program (HIV/AIDS) - Community Based Monitoring and Feedback (CBMF)

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	iii
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR SINGKATAN	vi
BAGIAN PERTAMA.....	1
Pengantar dalam Mengembangkan Sistem Monitoring Komunitas	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	2
C. Metodologi	2
1. Identifikasi.....	2
2. Desk Review.....	3
3. Focus Group Diskusi (FGD).....	3
4. Indepth interview	4
5. Formulasi dan Penulisan Protokol	7
D. Dasar Hukum.....	7
E. Kerangka Konseptual	8
BAGIAN KEDUA.....	13
Pelayanan Publik dan Pengaduan Masyarakat.....	13
A. Tentang Pelayanan Publik.....	13
B. Azas Pelayanan Publik.....	16
C. Hak dan Kewajiban Terkait Kebijakan Publik	16
D. Pengaduan dan Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik.....	17
E. Mekanisme Pengaduan Menurut Pedoman PermenPAN	18
BAGIAN KETIGA	21
Peran Komunitas HIV/AIDS dalam Penguatan Layanan Publik.....	21
A. Situasi Epidemi dan Respon Penanggulangan HIV/AIDS	21
B. Definisi Komunitas dalam Program HIV/AIDS	22
C. Peran Strategis komunitas dalam program HIV/AIDS.....	23
1. Kinerja Pada Tingkat Keluaran (output).....	26
2. Kinerja Pada Tingkat Outcome (hasil).....	26
D. Permasalahan yang dialami Komunitas dalam Penanggulangan HIV/AIDS.....	27
1. Permasalahan Terkait Pelayanan Kesehatan	27
2. Permasalahan stigma, diskriminasi dan pelanggaran HAM	29
3. Permasalahan pelaksanaan program HIV dan AIDS di tingkat komunitas	30
BAGIAN KEEMPAT	32
Monitoring dan Umpan Balik Berbasis Komunitas Populasi Kunci.....	32
A. Monitoring Berbasis Komunitas	32
B. CBMF sebagai “Ruang” Pengaduan untuk Mendapatkan Umpan Balik	33
C. Asas dan Prinsip dalam CBMF	35
D. Bentuk dan Media CBMF.....	36
1. Pengaduan secara Lisan melalui <i>Call Centre</i>	37
2. Pengaduan secara tertulis.....	37
3. Pengaduan melalui mekanisme sistem berbasis aplikasi <i>multi platform</i>	38
E. Tingkatan Pengaduan dan Penanganan dalam CBMF	38
F. Ruang Lingkup CBMF.....	39
1. Client Satisfaction	39

2.	Enabling Environment	42
3.	Quality Assurance	45
G.	Para Pelaku Monitoring Berbasis Komunitas	49
1.	Komunitas sebagai Pelapor.....	49
2.	Tim Verifikator	49
3.	Tim Respon	50
BAGIAN KELIMA.....		52
Mekanisme Pengelolaan & Tingkatan Penanganan CBMF		52
A.	Mekanisme Pengaduan CBMF	52
1.	Penerimaan dan pencatatan Laporan	52
2.	Identifikasi Pengaduan	53
3.	Uji Silang Pencarian Fakta	55
4.	Penanganan Pengaduan	56
5.	Arsip Pendokumentasian	56
B.	Tingkatan Penanganan Pengaduan Berbasis Komunitas	57
1.	Di Tingkat Layanan	57
2.	Di Tingkat Kabupaten/Kota.	57
3.	Di Tingkat Provinsi	57
4.	Di Tingkat Pusat/Nasional.....	58
BAB KEENAM		59
Penanganan Pengaduan CBMF Berbasis Sistem Informasi		59
A.	Tahapan Satu : Input oleh komunitas	59
1.	Login (Masuk Aplikasi)	60
2.	Register (Pendaftaran Laporan).....	60
3.	Memilih Ruang Lingkup.....	61
4.	Membuat Laporan.....	61
5.	Kerahasiaan.....	61
6.	Unggah bukti	61
7.	Kirim Laporan.....	62
B.	Tahap Dua : Proses Verifikasi oleh Tim Verifikator	62
1.	Login (Masuk Aplikasi)	63
2.	Dashboard Admin Tim Verifikato	63
C.	Tahap Tiga: Penanganan oleh TIM Respon	64
1.	Login (Masuk Aplikasi)	64
2.	Menu Dashboard Tim Respon.....	64
REKOMENDASI.....		66
DAFTAR PUSTAKA		67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Konseptual CBMF.....	9
Gambar 2. Fokus Area CBMF	11
Gambar 3. Kerangka Alur Bisnis Proses CBMF	12
Gambar 4. Kelembagaan Pelayanan Publik	15
Gambar 5. Mekanisme Pengelolaan Pengaduan	19
Gambar 6. Komunitas dalam Program HIV/AIDS	23
Gambar 7. Peran Strategis Komunitas dalam Program HIV-AIDS	24
Gambar 8. Nilai Tambah Respon Komunitas	25
Gambar 9. Logika Perubahan terkait Peran Komunitas dalam Program HIV-AIDS.....	26
Gambar 10. CBM Mengisi Gap Kebutuhan Data Lokal.....	33
Gambar 11. Jenis Media Pengaduan	37
Gambar 12. Ruang Lingkup CBMF.....	39
Gambar 13. Ruang Lingkup Client Satisfaction dalam CBMF	40
Gambar 14. Ruang Lingkup Enabling Environment dalam CBMF.....	42
Gambar 15. Ruang Lingkup Quality Assurance dalam CBMF.....	46
Gambar 16. Mekanisme Pengelolaan Pengaduan CBMF.....	52
Gambar 17. Alur Penanganan Pengaduan Oleh Tim Respon.....	56
Gambar 18. Bagan Alur Sistem Informasi CBMF	59
Gambar 19. Tahapan (1) Pelapor-Komunitas	60
Gambar 20. Tahapan (2) Verifikasi.....	62
Gambar 21. Tahapan (3) Penanganan.....	64

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARV	Antiretroviral
ACS	Antiretroviral Community Support
APIP	Aparat Pengawasan Internal Pemerintah
BPKP	Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan
BPK RI	Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia
BNI	Bank Negara Indonesia
BTN	Bank Tabungan Negara
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
CSS	Community System Strengthening (Penguatan Sistem Komunitas)
CSO	Civil Society Organization
CBO	Community Based Organization
CBM	Community Based Monitoring
CIS	Community Information System
CATS	Community Access to Treatment Service Study
Dinkes	Dinas Kesehatan
FGD	Focus Group Discussion (Diskusi Kelompok Terarah)
FASKES	Fasilitas Kesehatan
GF	Global Fund
GPS	Global Positioning System
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HAM	Hak Asasi Manusia
HRWG	Human Right Working Group
IAC	Indonesia Aids Coalition
IMS	Infeksi Menular Seksual
IDU	Injecting Drug User
IU	Implementing Unit
IT	Information Technology
JIP	Jaringan Indonesia Positif
KDS	Kelompok Dukungan Sebaya
Kemenkes	Kementrian Kesehatan
KPAI	Komisi Perlindungan Anak Indonesia
KPI	Komisi Penyiaran Indonesia
KPAD	Komisi Penanggulangan AIDS Daerah
LSL	Lelaki Seks dengan Lelaki
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
LPND	Lembaga Pemerintah Non Departemen
LBH	Lembaga Bantuan Hukum
LGBT	Lesbian Gay Bisexual Transgender
MA	Mahkamah Agung
MK	Mahkamah Konstitusi
NGO	Non-Governmental Organization (Organisasi Non-Pemerintah)
OBK	Organisasi Berbasis Komunitas (Community Based Organization)
OMS	Organisasi Masyarakat Sipil (Civil Society Organization)

ODHA	Orang dengan HIV dan AIDS
OPSI	Organisasi Perubahan Sosial Indonesia
ORI	Ombudsman Republik Indonesia
Penasun	Pengguna Napza (Narkoba) Suntik
Pemda	Pemerintah Daerah
Perda	Peraturan Daerah
P/K/K	Provinsi/Kota/Kabupaten
PL	Petugas Lapangan
PR	Principal Recipients
PermenPAN	Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara
PPH Atmajaya	Pusat Penelitian HIV/AIDS
SR	Sub-Recipients
SSR	Sub-Sub-Recipients
STBP	Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku
SDM	Sumber Daya Manusia
SPIP	Sistem Pengendalian Internal Pemerintah
TIK	Teknologi Informasi Komunikasi
TB	Tuberculosis
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
UU	Undang-undang
PIMS	Penyakit Infeksi Menular Seksual

BAGIAN PERTAMA

Pengantar dalam Mengembangkan Sistem Monitoring Komunitas

A. Latar Belakang

Sistem manajemen pengaduan pelayanan publik (penyedia layanan kesehatan dan lembaga) belum menjadikan masyarakat sebagai penerima manfaat dan yang memiliki kepentingan berperan dalam upaya dalam meningkatkan kualitas layanan. Meskipun di dalam peraturan perundang-undangan menyatakan secara tegas keterlibatan dan ruang yang diberikan kepada masyarakat. Di sisi lain, penyedia layanan publik harus menyediakan sarana pengaduan, melakukan evaluasi kinerja dan serta upaya lain yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas layanan secara terus menerus dalam rangka pemenuhan hak masyarakat.

Dalam konteks program penanggulangan HIV/AIDS, perlu dilakukan upaya untuk mendorong pelibatan komunitas dalam pelaksanaan program. Bagian lain yang juga sangat penting adalah bagaimana meningkatkan peran dalam mendorong untuk peningkatan kualitas pelayanan publik. Hal ini penting karena hak terkait peran tersebut dilindungi dan diatur dalam berbagai kebijakan pemerintah. Hal ini secara tegas dinyatakan di dalam Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2015-2019, dimana komunitas diposisikan sebagai 'pelaku utama' serta mitra pemerintah dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS.

Komunitas selama ini dalam konteks penanggulangan HIV/AIDS belum memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) sebagai bagian dalam mengoptimalkan perannya sebagai subyek utama pemberantasan HIV/AIDS sekaligus mendorong peningkatan kualitas yang mampu memenuhi kebutuhan komunitas.

Bentuk peran serta komunitas bisa dilakukan melalui fungsi pengawasan terhadap penyelenggara pelayanan publik (penyedia layanan kesehatan dan Lembaga program). Hal ini pada dasarnya merupakan salah satu bentuk kontrol sosial yang berfungsi untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan kinerja lembaga. Salah satu wujud praktiknya adalah memberikan ruang bagi komunitas untuk menyampaikan keluhan (*complaint*) atau pengaduan manakala pelayanan yang diterimanya tidak sesuai dengan harapan atau tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh pemberi layanan. Melalui pengaduan yang disampaikan komunitas, diharapkan akan ada perbaikan sehingga bisa dicapai peningkatan kualitas layanan dan kinerja program.

Beberapa studi terdahulu menyatakan bahwa kondisi di komunitas banyak yang masih belum memahami terkait hak untuk memberikan pengaduan serta pemahaman tentang pengelolaan dan penanganan pengaduan. Hal ini muncul karena masih lemahnya pemahaman bahwasannya mendapatkan pelayanan publik yang berkualitas dan sesuai

dengan standar merupakan hak bagi warga termasuk komunitas. Terhadap pelayanan publik merupakan bentuk partisipasi aktif warga dalam kaitannya mendorong peningkatan kualitas layanan secara terus menerus mengikuti kebutuhan masyarakat.

Namun kenyataannya, komunitas selama ini dalam mengakses layanan publik masih mengandalkan pendamping atau kelompok dukungan serta media sosial yang dianggap sebagai saluran penyampaian aspirasi terkait kebutuhan mereka. Fenomena tersebut menunjukkan bahwasannya sarana pengaduan yang selama ini disediakan oleh penyedia layanan belum dimanfaatkan secara maksimal.

Kondisi lain menunjukkan juga menunjukkan bahwa saluran pengaduan yang disediakan penyelenggara layanan publik belum dirancang untuk mengakomodir kebutuhan komunitas secara lebih jauh. Permasalahan lain adalah adanya hambatan yang alih-alih membuat komunitas mau dan mampu menyampaikan pengaduan, komunitas bahkan belum atau tidak bisa mengakses layanan. Karenanya, perlu upaya untuk mengidentifikasi dan menganalisis hambatan atau kendala serta faktor-faktor yang mempengaruhi komunitas dalam menyampaikan pengaduan dan perlu dikembangkan mekanisme pemantauan dan pengaduan berbasis komunitas.

B. Tujuan

Tujuan dari pengembangan mekanisme pemantauan dan pengaduan berbasis komunitas adalah;

1. Memfasilitasi terciptanya mekanisme pengawasan berbasis komunitas sehingga tercipta kontrol sosial
2. Menciptakan sistem pengaduan yang menjamin kerahasiaan pelapor
3. Memfasilitasi proses pengaduan dari permasalahan yang perlu ditindaklanjuti
4. Umpan balik upaya memperbaiki pelayanan, pengelolaan maupun pelaksanaan demi kebaikan semua pihak
5. Sebagai Indikator dari keterlibatan dan partisipasi Komunitas dalam mempengaruhi peningkatan kualitas layanan dan kebijakan terkait pelayanan publik.

C. Metodologi

1. Identifikasi

Identifikasi dilakukan untuk melakukan pendefinisian masalah (*problem definition*). Pendefinisian ini dilakukan melalui *kick off meeting* yang melibatkan pada 14 Oktober 2019 di Kantor IAC. IAC melibatkan semua pihak diinternal mereka untuk memberikan informasi dan dukungan. Pertemuan yang sama juga dilakukan pada 15 November 2019 dengan Spiritia.

Sebagai proses awal, pada pertemuan ini dilakukan proses belajar bersama antara Tim Penyusun Protokol dengan Tim IAC dan juga Spritia. Dari pertemuan ini dilakukan identifikasi situasi yang terkait erat dengan CBMF. Hasil identifikasi di antaranya berupa peta situasi, kebutuhan dan perencanaan.

2. Desk Review

Desk Review adalah cara pengumpulan data dan informasi melalui pemeriksaan dan analisis data dan informasi dengan menggunakan data sekunder terkait Program HIV/AIDS dan khususnya Monitoring berbasis komunitas. Data dan informasi yang dikumpulkan berupa peraturan dan kebijakan terkait HIV/AIDS, laporan dan publikasi terkait program HIV/AIDS, kajian atau riset ilmiah, dll. Pada desk review, juga dilakukan validasi dengan menguji informasi dari sumber lain untuk menentukan kualitas data dan informasi. Pada tahap ini bagian penting yang harus dimiliki adalah komparasi data dan informasi, membangun generalisasi, mencari korelasi dan relevansi dengan CBMF.

3. Focus Group Diskusi (FGD)

Dalam melakukan penyusunan konsep CBMF telah dilakukan dua kali FGD. FGD pertama dilakukan di Bali dengan peserta komunitas yang berasal dari 23 wilayah program IAC sedangkan FGD yang kedua dilakukan di Hotel Ashley, Jakarta dengan peserta dari organisasi komunitas selaku pelaksana program serta lembaga internasional mitra program dan tokoh-tokoh dari komunitas.

a. FGD 7 November 2019 di Bali

FGD dengan komunitas dan pelaksana program dilaksanakan di Hotel Arya Duta Denpasar Bali pada 7 November 2019. FGD tersebut melibatkan ARV Community Support (ACS) dan enumerator yang merupakan pelaksana program langsung di bawah IAC dan berada di 23 daerah intervensi. FGD juga diikuti oleh pelaksana program di bawah koordinasi organisasi mitra yaitu dari Jaringan Indonesia Positif (JIP) dan juga Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI). Pelaksana program dari organisasi tersebut diantaranya adalah Vokal Poin, Paralegal serta local champion. Mereka yang dilibatkan berasal dari berbagai daerah di Indonesia seperti Jakarta, Bekasi, Depok, Bandung, Semarang, Malang, Lampung, Sumatera Utara, Deli Serdang, Papua Barat dan Papua.

FGD dipandu oleh fasilitator yang mengarahkan jalannya diskusi sehingga peserta yang berasal dari berbagai daerah yang mewakili ACS, Enumerator, Paralel dan Local Champion dapat mengemukakan mengenai pandangannya terhadap layanan kesehatan. Dalam FGD tersebut, ditemui dua 2 topik besar yakni hambatan yang dirasakan oleh komunitas dan solusi yang dilakukan ketika mengakses layanan.

Temuan dan solusi yang dilakukan oleh komunitas menjadi masukan yang sangat berarti dalam penyusunan protokol Manajemen Pengaduan dan Umpan Balik Berbasis Komunitas dalam penanggulangan HIV/AIDS khususnya terkait *Aspek Client Catisfaction*.

b. FGD 6 Februari 2020 di Jakarta

FGD dilaksanakan di Hotel Ashley Jakarta pada 6 Februari 2020. FGD dilaksanakan untuk mendapatkan masukan atas konsep dari CBMF yang sudah dikembangkan oleh tim konsultan. Dalam FGD ini, peserta yang hadir berasal dari perwakilan populasi kunci, Mitra IAC, Organisasi Pelaksana Program penanggulangan HIV/AIDS, UNAIDS dan LBH Masyarakat.

Tujuan dari FGD tersebut yakni mengali informasi, pendapat dan masukan dari peserta mengenai konsep CBMF yang telah disusun yang meliputi mekanisme input, proses, output dan outcome. Kedua, Sharing situasi mengenai komunitas kaitannya dengan alur mekanisme CBMF dan menyatukan pemahaman komunitas dan stakeholder dalam ekosistem CBMF.

Ada dua sesi yang berlangsung dari FGD yakni presentasi konsep CBMF yang telah disusun, sekaligus sesi diskusi dalam rangka mendapatkan masukan mengenai konsep yang telah disusun. Sesi kedua, peserta dibagi dua menjadi dua kelompok yaitu kelompok untuk membahas *end user* dan kaitannya dengan mekanisme input yang diikuti oleh Perwakilan Mitra dari Organisasi komunitas sedangkan kelompok kedua adalah mitra program dari lembaga internasional dan lembaga bantuan hukum.

Masing kelompok dipandu oleh seorang fasilitator. Kelompok mengenai *end user* membahas mengenai mekanisme penggunaan CBMF dan menggali masukan sekaligus mendorong 'kesepakatan' mengenai mekanisme CBMF yang disusun dalam perspektif komunitas. Di kelompok kedua diskusi mengenai mekanisme, komposisi dan kualifikasi dan sistem dari tim verifikasi dan tim respon.

4. Indepth interview

Indepth interview dilakukan pada organisasi – organisasi yang sedang menjalankan program yang dilakukan oleh Global Fund baik dari Global Fund di Indonesia, Kementerian Kesehatan, Layanan Kesehatan, Sub Recipient (SR) Spiritia dan IAC maupun Sub Sub Recipient (SSR) dan komunitas.

Tujuan dilakukan indepth interview yakni mengali informasi, pendapat dan masukan terkait konsep CBMF yang meliputi input, proses dan output. Kedua, sharing situasi komunitas dan alur mekanisme CBMF yang tengah disusun dan menyatukan pemahaman komunitas dan stakeholder dalam ekosistem CBMF yang sedang disusun. Adapun narasumber dan pembahasannya, antara lain, sebagai berikut;

A. Spiritia

Dengan Spiritia dilakukan pada tanggal 15 November 2019, di kantornya – Menteng – Jakarta Pusat. Indepth Interview dengan 2 Narasumber dari Spiritia dan tim konsultan CBMF. Diskusi membahas tentang *Community Information System* dan mekanisme-nya seperti *tools* dan *dashboard mekanisme*. Selain itu, pembahasan dilakukan mengenai sistem pelaporan

mengenai pelaksanaan program yang selama ini diperlakukan oleh Spiritia sebagai PR kepada SR, SSR dan implementing Unit serta Mitra. Pembahasan mulai dari organisasi SR dan SSR di bawah Spiritia serta program penanggulangan yang selama ini dilakukan dengan komunitas serta intervensi yang dilakukan terkait dengan layanan serta masalah yang timbul dalam pelaksanaan program. Topik bahasan tersebut penting bagi tim konsultan dalam memahami alur kerja dan konsep yang diinginkan dalam membangun konsep CBMF.

B. JIP

Indepth interview dilakukan pada 11 November 2019 di Kantor JIP di Jakarta Selatan. Diskusi dilakukan untuk mendapatkan gambaran secara lebih detail tentang program yang dilaksanakan oleh JIP khususnya terkait dengan Vokal Poin dan Paralegal. Diskusi juga dilakukan untuk mendapatkan harapan dan masukan terkait pengembangan CBMF.

Indepth Interview ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran situasi komunitas dan juga merancang pelibatan komunitas serta pelaksana program di tingkat lapangan. JIP juga memberikan dokumen-dokumen sebagai referensi yang relevan dalam proses pengembangan CBMF.

C. OPSI

Indepth interview dilakukan dengan SSR-OPSI yang dilakukan pada tanggal 22 November 2019 di kantornya-Jakarta. Wawancara dilakukan untuk mengetahui lebih jauh mengenai pandangan dan harapan dari OPSI sekaligus meminta masukan terkait CBMF yang akan disusun.

Selain meminta masukan dan pandangan mengenai CBMF, tim konsultan CBMF mulai membedah alur kerja yang dilakukan oleh OPSI mengenai Paralegal dan Vokal Poin yang berada di bawah OPSI di daerah.

D. SR dan SSR Mitra Spiritia

Indepth interview dilakukan dengan SR dan SSR Mitra Spiritia di Hotel Yellow Jakarta pada 5 Desember 2019. Kegiatan ini dilakukan di sela-sela pertemuan Monev tahunan yang diselenggarakan oleh Spiritia dengan melibatkan semua SR dan SSR. Indepth Interview dilakukan dengan melibatkan SR dan perwakilan SSR Mitra Spiritia. Narasumber yang terlibat dalam Indepth Interview tersebut berasal dari Organisasi Mitra dari Batam, Jawa Timur, Jawa Tengah dan Jakarta.

Interview dilakukan untuk melihat kebutuhan sekaligus model CBMF yang diharapkan. Selain itu, dalam pembahasan tersebut, digali juga mengenai masalah dan persoalan mengenai akses terhadap layanan kesehatan dan harapan mengenai layanan kesehatan yang dibutuhkan. Lebih jauh, interview juga menggali mengenai model pelaporan dan mekanisme pengaduan yang selama ini dijalankan oleh organisasi dan harapan dari pengaduan yang diinginkan. Interview juga dilakukan untuk

mengidentifikasi kesiapan komunitas dan hal-hal yang perlu dilakukan sebagai bagian dari pra-syarat untuk pemantauan berbasis komunitas.

E. Paralegal

Indepth Interview dengan Paralegal dilaksanakan pada 11 Desember 2019 di Novotel Cikini, Jakarta. Indepth Interview dilaksanakan di sela-sela kegiatan Pelatihan Paralegal yang diselenggarakan oleh IAC dan menghadirkan paralegal dari OPSI dan JIP.

Indepth Interview dilakukan dengan beberapa paralegal secara terpisah pada saat jeda pelatihan dan pada saat istirahat makan siang. Paralegal yang menjadi narasumber berasal dari Malang, Bandung, Surakarta, Jayapura. Diskusi dilakukan untuk mengumpulkan informasi terkait stigma, diskriminasi dan pelanggaran HAM yang terjadi pada komunitas HIV/AIDS.

Dari narasumber juga digali informasi tentang bagaimana mekanisme yang dilakukan oleh paralegal dalam memberikan dukungan jika terjadi masalah. Selain itu juga digali informasi tentang mekanisme pelaporan serta upaya penanganan masalah.

Indepth interview juga dilakukan dengan melibatkan paralegal dari LBH-Masyarakat. Paralegal yang dimintai pendapat berasal dari Semarang. Pembahasan mengenai mekanisme pelaporan yang selama ini dilakukan oleh paralegal kepada SR, serta permasalahan apa yang banyak terjadi baik terkait dengan stigma dan diskriminasi serta pelanggaran HAM yang selama ini dialami komunitas berikut dokumen template pelaporannya.

F. Sobot Sehat – IAC

Pada 10 Februari 2020, Tim konsultan CBMF melakukan indepth interview dengan IAC mengenai Sobot Sehat. Sobot sehat merupakan aplikasi berbasis wordpress yang berisi mengenai directory pelayanan kesehatan di wilayah Indonesia. Aplikasi yang terintegrasi dengan google map dan berbasis lokasi dari end user untuk memudahkan menemukan lokasi layanan kesehatan yang dibutuhkan.

Tim Konsultan CMBF berupaya mengali mengenai sinergi yang akan dilakukan terkait dengan konsep CBMF yang disusun. Selain itu, meminta pendapat dan masukan mengenai konsep CBMF yang telah disusun.

G. Global Fund

Tim konsultan melakukan Indepth interview dengan pemegang kewenangan Program Global Fund di Indonesia. Interview dilakukan di Kementerian Kesehatan pada tanggal 11 Februari 2020. Dalam wawancara tersebut menelaah mengenai mekanisme pengawasan yang dilakukan oleh Global Fund baik nasional maupun internasional serta bagaimana jika komunitas akan melakukan pengawasan. Disisi lain, juga digali pendapat dan masukan terkait konsep CBMF yang dibangun serta peluang sinergi dengan stakeholder khususnya terkait dengan layanan kesehatan dalam pengelolaan pengaduan.

H. Subdit HIV/AIDS dan PIMS, Kementerian Kesehatan

Tim konsultan CBMF melakukan wawancara mendalam dengan Subdit HIV/AIDS dan PIMS, Kementerian Kesehatan pada 11 Februari 2020 di Kantornya. Informasi dan data yang digali terkait dengan manajemen pengawasan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan serta kebijakan terkait dengan pengawasan pada pelayanan. Selain itu, meminta masukan dan persepsi dari Kementerian Kesehatan terkait dengan konsep CBMF.

I. Komunitas

Narasumber wawancara mendalam kali ini dengan Kang Imam dari Komunitas. Kang Imam salah satu perancang dalam Sitras dan Empati. Sebuah aplikasi layanan untuk pasien TB dan pelaksana layanan kesehatan pada 13 Februari 2020.

Wawancara tersebut untuk melihat sistem yang efektif berjalan dalam TB melalui basis aplikasi dan layanan. Tim konsultan menyadari upaya pengoperasionalan sistem CBMF merupakan tantangan tersendiri sehingga konsep CBMF yang dibangun merupakan kebutuhan komunitas.

J. Puskesmas Pasar Senen

Tim konsultan melakukan wawancara dengan Puskesmas Pasar Senen untuk mengetahui layanan kesehatan yang selama ini terjadi pada 13 Februari 2020. Pembahasan dalam wawancara tersebut yakni layanan kesehatan yang selama ini berjalan baik sarana-prasarana, maupun model pengaduan yang disediakan dan pandangan layanan kesehatan terkait konsep CBMF.

Masukan dari petugas layanan kesehatan juga dilakukan oleh Tim pada 10 Desember 2019 pada saat kegiatan Pemberian Award bagi petugas layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh IAC. Pada kegiatan tersebut, tim hadir untuk mempresentasikan konsep tentang CBMF di hadapan para petugas layanan. Berdasarkan presentasi kemudian digali masukan dari para peserta.

5. Formulasi dan Penulisan Protokol

Dari keseluruhan proses, tahap akhir yang dilakukan adalah pengembangan protokol. Namun pada prosesnya, pengembangan protokol bisa dilakukan secara bertahap dengan menyusun kerangka awal dan penyusunan *draft* sesuai dengan data dan informasi yang dikumpulkan. Setelah melalui proses validasi dan memastikan informasi sudah sesuai dan usulan tersebut memenuhi tujuan yang diharapkan, protokol dikembangkan hingga menjadi hasil final.

D. Dasar Hukum

Dalam upaya pengembangan pemantauan dan umpan balik berbasis komunitas perlu dilakukan identifikasi landasan hukum yang dapat dijadikan titik pijakan. Landasan hukum tersebut merujuk pada peraturan-perundang-undangan Negara Republik Indonesia, sehingga hal ini memiliki dasar yang kuat. Pemantauan berbasis komunitas

merupakan bagian dari partisipasi masyarakat untuk terlibat aktif dalam mendorong tercapainya peningkatan kualitas layanan. Adapun dasar hukum yang menjadi rujukan adalah sebagai berikut:

- Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik
- Undang-Undang Nomor 37 Tahun 2008 tentang Ombudsman
- Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
- Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Keterbukaan Informasi
- Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Pelayanan Publik
- Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal
- Peraturan Presiden Nomor 76 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik Nasional
- Peraturan Menteri Kesehatan No 13 Tahun 2017 tentang Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu Di lingkungan Kementerian Kesehatan
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan RB Nomor 24 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik Secara Nasional
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan RB Nomor 3 Tahun 2015 tentang Roadmap Sistem Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik Nasional
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 13 Tahun 2009 tentang Pedoman Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik dengan Partisipasi Masyarakat,
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 25 Tahun 2004 tentang Pedoman Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah,
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 16 Tahun 2014 tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Penyelenggaraan Pelayanan Publik
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien.

E. Kerangka Konseptual

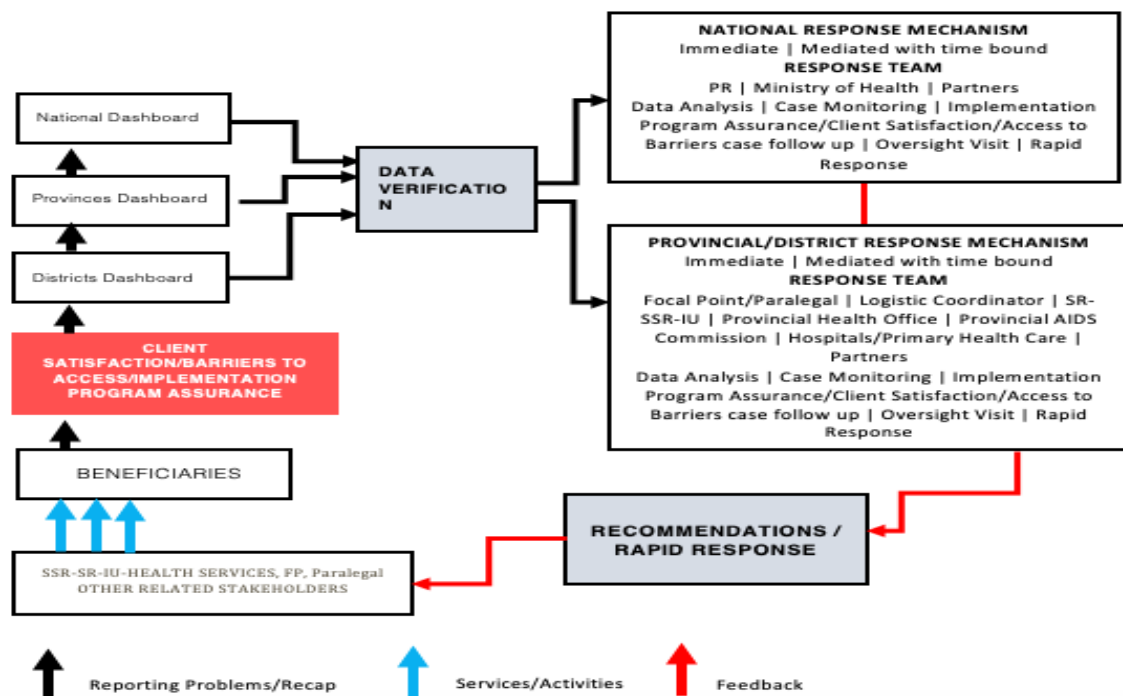
'Komunitas' adalah istilah yang digunakan secara luas yang tidak memiliki definisi tunggal atau tetap. Secara umum, komunitas dibentuk oleh orang-orang yang terhubung satu sama lain dengan cara yang berbeda dan beragam. Contohnya termasuk mereka yang memiliki karakteristik atau kerentanan tertentu karena: geografi, situasi kehidupan, tantangan kesehatan, budaya, jenis kelamin, usia, agama, identitas, dan orientasi seksual. Komunitasnya beragam dan dinamis. Seseorang dapat menjadi bagian

dari lebih dari satu komunitas (The Global Fund. 2019. *Technical Brief: Community System Strengthening*).

Dalam arti lain, komunitas bukan merupakan suatu entitas yang tunggal, melainkan merupakan kumpulan dari beragam kepentingan, posisi, kapasitas, sumber daya dan prioritas yang terlibat dalam aneka kegiatan mulai dari advokasi, pendidikan komunitas dan penyediaan layanan (Alliance et al., 2007). Mengacu pada definisi tersebut di atas, dokumen protokol ini mendefinisikan sektor komunitas sebagai setiap bagian dari komunitas yang mengambil tindakan untuk membantu dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan maupun kinerja program.

Dalam konteks penanggulangan HIV dan AIDS, komunitas merupakan faktor penentu dalam mempercepat pencapaian *three zeroes* – *zero new infection*, *zero death related AIDS* dan *zero stigma and discrimination*. Kesadaran inilah yang menjadi latar belakang komunitas dalam merespon semua aktifitas baik di layanan kesehatan maupun pemangku program HIV/AIDS dalam peningkatan layanan dan kualitas. Pengembangan sistem pemantauan dan umpan balik berbasis komunitas merupakan bagian dari upaya mewujudkan informasi strategis dalam penanggulangan HIV dan AIDS serta mendorong efektifitas peran komunitas.

Global Fund melalui Indonesia AIDS Coalition (IAC) dan Yayasan Spiritia mengembangkan konsep mengenai *Community Baseds Monitoring and Feedback* (CBMF), yang dapat dilihat pada gambar di bawah ini;



Gambar 1. Kerangka Konseptual CBMF

Monitoring berbasis komunitas dalam program HIV/AIDS merupakan salah satu strategi untuk mendapatkan respon bagaimana cara komunitas bertindak terhadap tantangan dan kebutuhan yang mereka hadapi. Monitoring sebagai respon bisa digunakan sebagai data dan informasi yang nantinya memberikan kontribusi vital terhadap respons

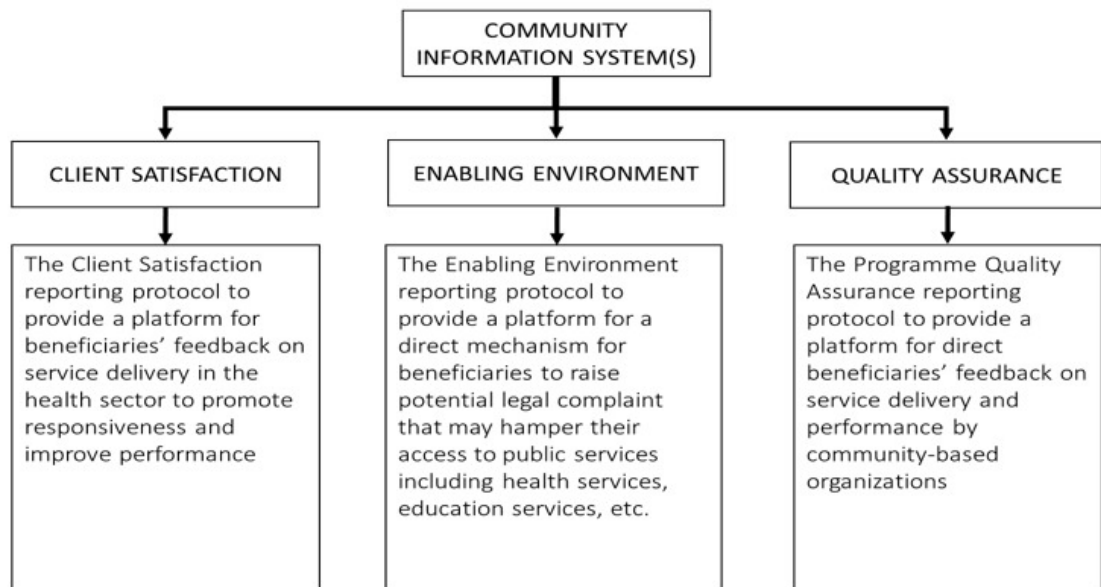
nasional terhadap HIV. Monitoring berbasis komunitas bisa digunakan untuk mengembangkan pendekatan berbasis bukti, menerapkan praktik yang baik, dan menerapkan panduan normatif. Melalui monitoring berbasis komunitas, juga bisa didapatkan adanya nilai tambah yang unik dalam menjalankan program yang tidak bisa ditemukan dalam metode monitoring biasa.

Sebagai contoh, monitoring berbasis komunitas sangat efektif dalam memastikan kesetaraan kesehatan, khususnya untuk populasi kunci dan rentan serta bagaimana menangani faktor-faktor penentu sosial kesehatan (seperti hak asasi manusia dan kesetaraan gender); menerapkan layanan yang aman, berkualitas tinggi dan berpusat pada komunitas; dan meminta pengambil keputusan yang bertanggung jawab (*Global Action Plan For Healthy Lives And Well-Being For All: Accelerator 3: Community And Civil Society Engagement, Discussion Paper for Non-State Actor Consultation on the Global Action Plan*, April 2019; https://www.who.int/docs/default-source/global-action-plan/gap-consultation-accelerator-3-discussion-paper-30-april-2019.pdf?sfvrsn=190coa5f_2

Kerangka konseptual di atas bermaksud untuk mencapai tujuan sistem informasi pengaduan berbasis komunitas, yaitu menemukan peran apa saja yang dilakukan oleh sektor komunitas upaya bekerjasama dalam meningkatkan kualitas layanan dan mutu lembaga program yang terkait penanggulangan HIV/AIDS. Sedangkan penyediaan layanan berperan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kelompok sasaran program dalam pencegahan penularan HIV, perawatan, pengobatan dan dukungan serta mengurangi dampak sosial ekonomi yang diakibatkan oleh AIDS. Sementara itu peran lembaga berbasis sektor komunitas bisa dilihat dari kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan selama ini sebagai bagian dari sebuah program, yang lebih besar terkait dengan program penanggulangan AIDS dan hasil-hasilnya.

Komunitas memiliki hak untuk memberikan masukan serta pengaduan terkait dengan akses layanan yang dirasakannya. Pengaduan dan masukan dikelola dan diselesaikan secara berjenjang sesuai dengan kewenangan urusan pemerintahan dari tingkat Kab/kota, Provinsi hingga Nasional. Di masing-masing tingkat memiliki mekanisme pengelolaan tersendiri dalam menangani dan menyelesaikan pengaduan.

Konsep CBMF memiliki ruang lingkup yang sesuai dengan kebutuhan komunitas dalam memberikan ruang/sarana pengaduan yang efektif, transparan dan partisipatif. Pengelolaan mekanisme tersebut, berada dalam satu sarana yang terintegrasi yaitu *Community Information System (CIS)* yang memiliki ruang lingkup; *Client Satisfaction* (kepuasaan pelanggan) di layanan kesehatan, *Enabling Environment* (Lingkungan kondusif) dan *Quality Assurance* (Penjaminan Kualitas Program).



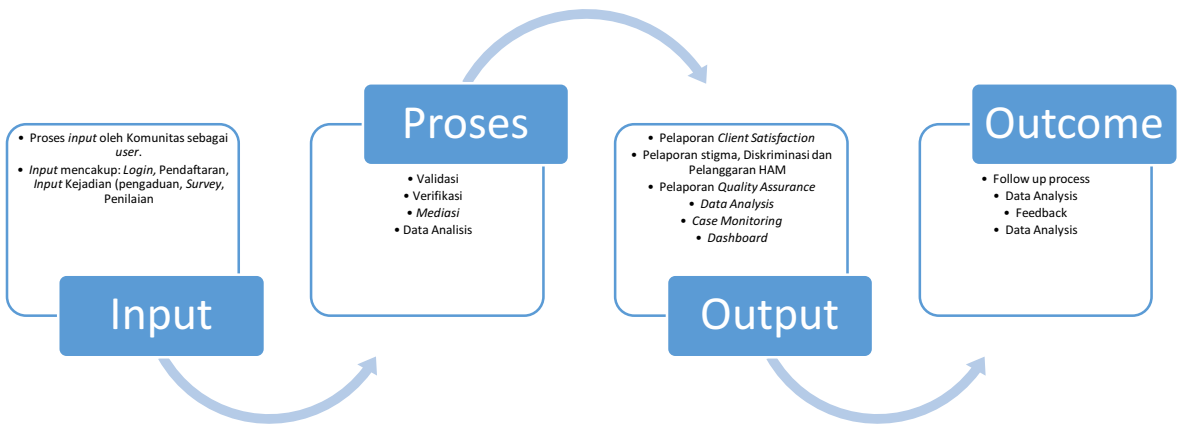
Gambar 2. Fokus Area CBMF

Kapasitas lembaga dan Komunitas merupakan dua komponen yang saling melengkapi dalam menentukan sejauhmana efektifitas peran komunitas. Dokumen protokol ini mengembangkan kerangka konseptual berdasarkan gabungan dari kedua asumsi ini. Pada dasarnya kerangka ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari *Community System Strengthening* (CSS) yang dikembangkan oleh Global Fund sebab komponen-komponennya telah mencakup dua komponen utama penguatan sektor komunitas, serta paling mewakili berbagai konsep penguatan peran sektor komunitas sebagaimana yang ditawarkan oleh sumber-sumber yang telah dijelaskan di atas.

CBMF merupakan sebuah sistem informasi yang *evidence based* dengan kebutuhan utama adanya bukti-bukti yang dilaporkan oleh komunitas. Di dalam CBMF terdapat empat (4) tahapan besar yang masing-masing saling bergantung dan melengkapi, yakni;

1. *Input*: Informasi, masukan dan keluhan yang masuk perlu di input dari komunitas. Komunitas diharapkan menjadi pelaku utama, karena komunitas merupakan pihak yang merasakan secara *factual* apa yang dialaminya dan memiliki kebutuhan dan kepentingan.
2. *Proses*: Masukan dan keluhan dari komunitas yang masuk, akan dilakukan validasi, verifikasi, mediasi sesuai dengan tingkatan urusan pemerintahan sesuai perundang-undangan dan data analisis.
3. *Output*: Informasi baik masukan, saran dan pengaduan berada dalam 3 ruang lingkup yakni pelaporan *client satisfaction*, pelaporan stigma dan diskriminasi (*enabling environtmen*), pelaporan kualitas program. Pelaporan tersebut akan dianalisis, dimonitoring dalam *dashboard*.
4. *Outcome*: Laporan tersebut akan di-*follow up* pada instansi dan lembaga yang terkait. Dalam prosesnya, akan terjadi proses data analisis dari kasus yang timbul. Selain itu, data analisis juga dapat melihat *trend* dan jumlah masalah yang dihadapi oleh komunitas terhadap ketiga aspek tersebut.

Gambaran empat tahapan tersebut secara sederhana disajikan dalam alur bisnis proses tersebut dapat dilihat dalam gambar di bawah ini;



Gambar 3. Kerangka Alur Bisnis Proses CBMF

BAGIAN KEDUA

Pelayanan Publik dan Pengaduan Masyarakat

A. Tentang Pelayanan Publik

Berdasarkan Undang-undang No 25/2009 Pasal 1 ayat 1, Pelayanan Publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara. Berdasarkan UU tersebut, dijelaskan bahwa pelayanan publik diselenggarakan dengan tujuan:

- 1) Pelayanan publik merupakan perwujudan dari batasan dan hubungan yang jelas tentang hak, tanggung jawab, kewajiban dan kewenangan seluruh pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan publik
- 2) Terwujudnya sistem pelayanan publik yang layak sesuai dengan asas umum pemerintahan dan korporasi yang baik
- 3) Terpenuhinya pelayanan publik yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- 4) Terwujudnya perlindungan dan kepastian hukum bagi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik

Dalam pelaksanaannya, pelayanan publik dilakukan oleh Penyelenggara, Organisasi Penyelenggara, dan Pelaksana. Secara lebih jauh, dalam melaksanakan pelayanan publik, penyelenggara memiliki tolak ukur yang menjadi standar pelayanan serta sarana pengaduan sebagai bagian dari upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang selama ini berjalan.

Di dalam Ketentuan UU No. 25/2009 menyatakan bahwa definisi **Penyelenggara Pelayanan Publik** adalah setiap institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan undang-undang untuk kegiatan pelayanan publik dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk pelayanan publik. Selain itu, **Organisasi Penyelenggara** adalah satuan kerja penyelenggara pelayanan publik yang berada di lingkungan institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen dan badan hukum lain yang semata-mata dibentuk untuk pelayanan publik. Sementara, **Pelaksana** adalah pejabat, pegawai, petugas dan setiap orang yang berada di dalam organisasi penyelenggara yang bertugas melaksanakan tindakan atau serangkaian tindakan pelayanan publik dan masyarakat adalah seluruh pihak baik warga negara, maupun penduduk sebagai orang-perseorangan, kelompok maupun badan hukum yang berkedudukan sebagai penerima manfaat pelayanan publik, baik langsung maupun tidak langsung.

Komponen penyelenggara publik, organisasi penyelenggara dan pelaksana berada di level Kabupaten/kota, provinsi dan nasional yang masing-masing memiliki kewenangan dan cakupan kerja yang berbeda.

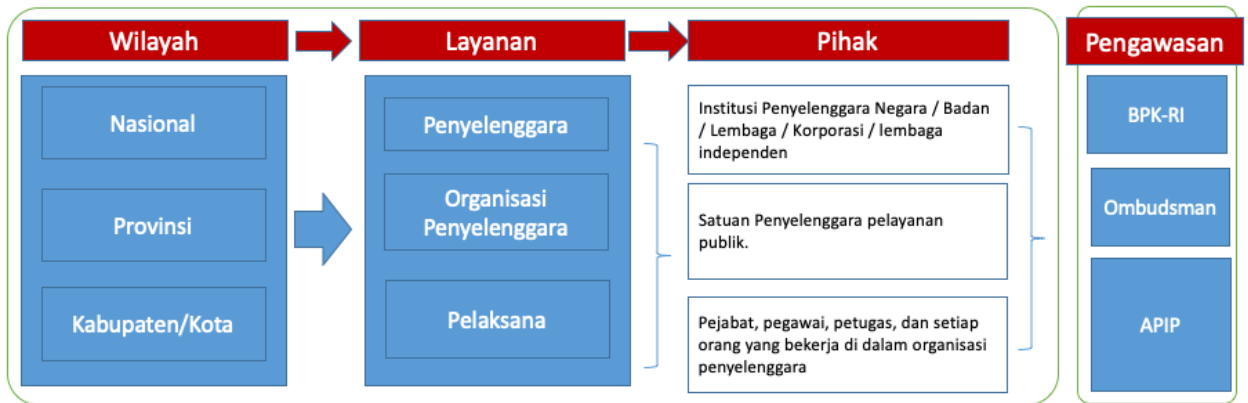
Penyelenggara pelayanan publik, organisasi penyelenggara dan pelaksana pelayanan publik ada di tingkat Daerah, Provinsi hingga Pusat atau Nasional. Sebagai contoh, pada layanan publik terkait Kesehatan, di tingkat kabupaten/kota, **penyelenggara pelayanan publik** bidang kesehatan adalah **Dinas Kesehatan** sedangkan **organisasi penyelenggara** adalah **Puskesmas** serta penyedia layanan yang berada di bawah koordinasi Dinas sedangkan **Pelaksana** merupakan pejabat dan semua orang yang ada bekerja di layanan tersebut. hingga staf dilingkungan puskesmas. Pada tingkat provinsi, Dinas Kesehatan Provinsi, dengan organisasi penyelenggara Rumah Sakit Umum serta pelaksana adalah pejabat hingga staf dilingkungan Rumah sakit Provinsi dan pada tingkat nasional, Kementerian Kesehatan, Rumah Sakit Pusat dan Pejabat hingga staf yang bekerja di rumah sakit.

Selain itu, dalam konteks pengawasan terdapat mekanisme internal maupun eksternal. Pelaku pengawasan internal disebut dengan Aparat Pengawas Internal Pemerintah (APIP) yang menjalankan peran pengawasan dengan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) sesuai dengan Peraturan Pemerintah No.60/2008. Pengawasan dilakukan terhadap semua wilayah dari tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Di tingkat pusat terdapat Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan (BPKP) yang bertanggungjawab kepada Presiden, Inspektorat Jenderal yang bertanggungjawab kepada Menteri/Kepala Lembaga Pemerintah Non Departemen (LPND), Inspektorat Pemerintah Provinsi yang bertanggungjawab kepada Gubernur, dan Inspektorat Kabupaten/Kota yang bertanggungjawab kepada Bupati/Walikota.

Dalam konteks Eksternal, terdapat badan Pemeriksa Keuangan RI (BPK-RI) dan juga ada lembaga pengawasan yang bersifat *ad hoc* yaitu Ombudsman. BPK RI dibentuk berdasarkan amanat amandemen ke-tiga UUD 45 Bab VIII A Pasal 23 E, Pasal 23 F, dan Pasal 23 G yang kemudian diperkuat dengan dikeluarkannya UU No 15/2006. Fungsi BPK-RI secara spesifik terkait dengan memeriksa pengelolaan dan tanggung jawab keuangan Negara.

Ombudsman dibentuk berdasarkan UU No. 37/2008. Dalam definisi yang tertuang pada UU NO. 37/2008 bagian ketentuan, dinyatakan bahwa Ombudsman Republik Indonesia selanjutnya disebut Ombudsman adalah lembaga negara yang mempunyai kewenangan mengawasi penyelenggara pelayanan publik baik yang diselenggarakan oleh penyelenggara negara dan pemerintahan termasuk yang diselenggarakan oleh Badan Usaha Milik Negara, Badan Usaha Milik Daerah dan Badan Hukum Milik Negara serta badan swasta atau perseorangan yang diberi tugas menyelenggarakan pelayanan publik tertentu yang sebagian atau seluruh dananya bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara/atau anggaran pendapatan dan belanja daerah.

Masing-masing komponen dalam pelayanan publik tersebut memiliki hak dan kewajiban dalam konteks pelayanan publik sekaligus arus informasi dari para aktor dapat dilihat dalam gambar di bawah ini;



Gambar 4. Kelembagaan Pelayanan Publik

Ruang lingkup pelayanan publik meliputi pelayanan barang, jasa dan pelayanan administrasi, yang berada dalam sektor pendidikan, pengajaran, pekerjaan dan usaha, tempat tinggal, komunikasi dan informasi, lingkungan hidup, kesehatan, jaminan sosial, energi, perbankan, perhubungan, sumber daya alam, pariwisata dan sektor strategis lain.

Berdasarkan UU 25 Tahun 2009, Pengadaan dan penyaluran terkait pelayanan publik tersebut dapat dilakukan oleh:

- Dilakukan oleh instansi pemerintah yang sebagian atau seluruh dananya bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara atau daerah. Sebagai dari pelayanan publik tersebut misalnya dibidang pendidikan adalah pelayanan dan pengadaan terkait sekolah, dinas pendidikan dsb.
- Dilakukan oleh Badan usaha yang modal pendiriannya sebagian atau seluruhnya bersumber dari kekayaan negara atau daerah, seperti dalam sektor perbankan munculnya BUMN seperti Bank Mandiri, BNI, BTN dsb.
- Dilakukan melalui pembiayaan non/tidak bersumber dari anggaran dan belanja negara atau daerah tetapi ketersediaannya menjadi misi negara yang ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan. Misi negara yang dimaksud dalam penjelasan UU Pelayanan publik tersebut yakni kebijakan untuk mengatasi permasalahan tertentu, kegiatan tertentu, dan mencapai tujuan tertentu berkenaan dengan kepentingan, manfaat orang banyak. Dalam hal ini upaya Global Fund dan pemerintah terkait program penanggulangan HIV/AIDS masuk dalam kategori misi negara.

B. Azas Pelayanan Publik.

Dalam menyelenggarakan pelayanan publik pemerintah menganut asas ;

- 1) Kepentingan umum; yakni pelaksana pelayanan publik tidak boleh mengutamakan kepentingan pribadi maupun golongan
- 2) Kepastian hukum; terwujudnya hak dan kewajiban dalam penyelenggaraan pelayanan
- 3) Kesamaan hak; pemberian pelayanan tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender dan status ekonomi
- 4) Keseimbangan hak dan kewajiban; pemenuhan hak harus sebanding dengan kewajiban yang harus dilaksanakan baik oleh pemberi maupun penerima layanan
- 5) Keprofesionalan; pelaksana layanan harus sesuai dengan kompetensi yang sesuai dengan bidang tugas
- 6) Partisipatif; peningkatan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat
- 7) Persamaan perlakuan/tidka diskriminasi; setiap warga negara berhak memperoleh pelayanan yang adil
- 8) Keterbukaan; setiap penerima pelayanan dapat dengan mudah mengakses dan memperoleh informasi mengenai pelayanan yang diinginkan
- 9) Akuntabilitas; proses penyelenggaraan pelayanan harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- 10) Fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan ; pemberian kemudahan bagi kelompok rentan sehingga tercipta keadilan dalam pelayanan
- 11) Ketepatan waktu; penyelesaian setiap jenis pelayanan dilakukan tepat waktu dan sesuai dengan standar pelayanan
- 12) Kecepatan, Kemudahan dan Keterjangkauan; pelayanan dilakukan secara cepat, tepat dan terjangkau.

C. Hak dan Kewajiban Terkait Kebijakan Publik

Penyelenggara pelayanan publik memiliki kewajiban untuk menyusun, menetapkan dan mempublikasikan maklumat pelayanan, menempatkan pelaksana yang kompeten, menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung terciptanya pelayanan yang memadai, memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai asas pelayanan publik, membantu masyarakat dalam mengetahui hak dan kewajibannya dan memberikan pertanggungjawaban atas pelayanan yang diselenggarakan.

Selain penyelenggara, UU No. 25/2009 juga mengatur kewajiban bagi Pelaksana yaitu melakukan pelayanan sesuai dengan penugasan yang diberikan oleh penyelenggara, memberikan pertanggungjawaban atas pelaksanaan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan maupun melakukan evaluasi dan membuat laporan keuangan dan kinerja kepada penyelenggara secara berkala.

Di sisi lain, masyarakat sebagai penerima manfaat, memiliki hak dan kewajiban terkait dengan pelayanan publik, hak masyarakat yaitu mengetahui kebenaran standar layanan dan pelaksanaannya, mendapat pelayanan yang berkualitas sesuai asas dan tujuan pelayanan publik, mengadukan penyelenggara dan pelaksana yang melakukan penyimpangan standar pelayanan dan/atau tidak memperbaiki pelayanan kepada penyelenggara dan Ombudsman mendapat tanggapan terhadap pengaduan yang diajukan. Meski demikian, penyelenggara memiliki hak untuk pembelaan terhadap pengaduan dan tuntutan yang tidak sesuai dengan kenyataan dalam penyelenggaraan pelayanan publik dan menolak permintaan pelayanan yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan.

Di pasal 20 UU 25/2009, disebutkan tentang standar pelayanan. Dalam salah satu butirnya menyatakan bahwa penyelenggara pelayanan publik dalam menyusun standar pelayanan wajib mengikutsertakan masyarakat dan pihak terkait. Dengan kata lain, dalam peraturan perundang-undangan terkait dengan pelayanan publik, pemerintah memberikan ruang bagi masyarakat untuk terlibat dalam pelayanan publik. Selain itu, penyelenggaraan pelayanan publik dan pengaduan pelayanan publik dilaksanakan oleh pelaksana yang kompeten, dalam konteks pengaduan pemerintah memberikan sarana pengaduan dan menindaklanjuti atas pengaduan yang masuk dari pengadu.

Berdasarkan pada Pasal 36 dan 37 Undang-Undang Nomor 25/2009 tentang Pelayanan Publik mengamanatkan penyelenggara wajib memberikan akses seluas luasnya kepada masyarakat untuk memberikan masukan kepada penyelenggara atas pemberian layanan publik. Dengan kata lain, masyarakat sebagai penerima memiliki peran untuk berpartisipasi secara aktif dalam melakukan pengawasan demi peningkatan kualitas pelayanan yang mampu menjawab tuntutan masyarakat. Bahkan di pasal 39, UU No. 25/2009 menyatakan bahwa peran masyarakat sejak penyusunan standar pelayanan hingga dengan evaluasi kinerja serta memberikan penghargaan, bentuk kerjasama dan berperan aktif dalam kebijakan pelayanan publik sampai membentuk lembaga pengawasan pelayanan publik.

Ketentuan lain yang mengatur tentang partisipasi masyarakat adalah Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 13 Tahun 2009 tentang Pedoman Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik dengan Partisipasi Masyarakat. Secara umum ada ketentuan tentang pernyataan ketidakpuasan pengguna pelayanan terhadap kinerja pelayanan. Pernyataan ketidakpuasan diungkapkan dalam bentuk keluhan (pengaduan) dari pengguna pelayanan.

D. Pengaduan dan Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik

Salah satu bentuk pengawasan pelayanan publik oleh pengguna layanan adalah melalui pengaduan. Definisi pengaduan menurut Perpres No 76/2013 tentang Pengelolaan Pengaduan Publik, Pasal 1 Ayat 8, Pengaduan adalah penyampaian keluhan yang disampaikan oleh pengadu kepada pengelola pengaduan pelayanan publik atas

pelayanan pelaksana yang tidak sesuai dengan standar pelayanan, atau pengabaian kewajiban dan/atau pelanggaran larangan oleh penyelenggara.

Pihak yang melakukan pengaduan disebut dengan pengadu. Berdasarkan Perpres Nomor 76/2013 Pasal 1 Ayat 7, Pengadu adalah seluruh pihak baik warga negara maupun penduduk baik orang perseorangan, kelompok maupun badan hukum yang menyampaikan pengaduan kepada pengelola pengaduan pelayanan publik. Pengaduan bisa dilakukan oleh setiap orang yang dirugikan atau pihak lain yang menerima kuasa untuk mewakilinya.

Dalam memfasilitasi pengaduan, penyelenggara pelayanan publik wajib menyediakan sarana pengaduan dan menugaskan pelaksana yang kompeten dalam pengelolaan pengaduan, penyediaan sarana pengaduan memperhatikan kepentingan kelompok rentan atau berkebutuhan khusus. di dalam Permenpan Nomor 24/2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik Secara Nasional, Pengadu dengan kebutuhan khusus adalah individu yang memiliki keterbatasan fisik (*disable citizen*), antara lain: tuna netra, tuna rungu dan tuna daksa.

Dalam Perpres No 76/2013 menyatakan bahwa penyelenggara wajib menyediakan formulir pengaduan yang memuat sekurang-kurangnya identitas pengadu seperti nama, alamat lengkap, uraian keluhan atas pelayanan, tempat, waktu, penyampaian dan tanda tangan. Dalam hal pengadu tidak mampu menulis dan/atau membaca, pengelolal wajib membantu mengisi formulir.

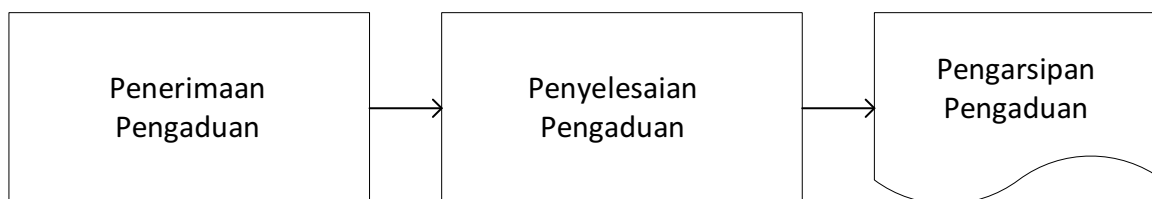
Terhadap setiap pengaduan, perlu dilakukan pengelolaan pengaduan yang diartikan sebagai kegiatan penanganan pengaduan sesuai dengan mekanisme dan tata cara pengelolaan pengaduan. Di Pasal 44 UU No 25/2009 terkait dengan penerimaan dari pengadu, mekanisme penerimaan yakni penyelenggara menanggapi pengaduan paling lambat 14 hari sejak pengaduan diterima yang sekurang-kurangnya berisi informasi lengkap atau tidak lengkap materi aduan.

Dalam Peraturan Presiden No. 76/2013 dalam bab 6 mengenai penyelesaian pengaduan dinyatakan secara tegas bahwa penyelenggara wajib menunjuk pelaksana yang bertanggung jawab atas pelaksanaan tindak lanjut dari pengaduan. Penyelesaian pengaduan harus dilakukan secara cepat, tepat, tertib, tuntas dan dapat dipertanggungjawabkan. Pengaduan paling lambat diterima selama 30 hari sejak pengadu menerima pelayanan sedangkan Penyelenggara wajib menyelesaikan setiap pengaduan paling lambat 60 hari sejak berkas pengaduan dinyatakan lengkap.

E. Mekanisme Pengaduan Menurut Pedoman PermenPAN

Ketentuan mengenai pengaduan bagi layanan publik diatur secara terperinci dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No. 24 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik Secara Nasional.

Di dalam peraturan tersebut diatur mekanisme pengelolaan pengaduan yang terbagi menjadi tiga tahap yaitu; 1). Penerimaan Pengaduan, 2). Penyelesaian Pengaduan, 3). Pengarsipan Pengaduan.



Gambar 5. Mekanisme Pengelolaan Pengaduan

Penerimaan pengaduan dilakukan dengan dua metode yaitu penerimaan pengaduan langsung kepada penyelenggara dalam bentuk lisan dan penerimaan pengaduan tidak langsung kepada penyelenggara melalui tulisan (surat, kotak pengaduan, email, website, dll). Berikut penjelasan tentang ketentuan penerimaan pengaduan langsung dan tidak langsung:

Penerimaan Langsung	Penerimaan Tidak Langsung
a. Pengelola menerima pengadu di tempat Penyelenggara; b. Identitas Pengadu dijamin kerahasiaannya; c. Pengelola wajib mendengarkan aduan pengadu, mencatat substansi pengaduan, dan memberikan respon/tanggapan secara langsung; Pengelola memeriksa substansi pengaduan dari aspek kewenangan. Apabila substansi pengaduan di luar kewenangan penyelenggara, maka berkas pengaduan tersebut wajib diteruskan kepada penyelenggara lain yang berwenang, serta harus diinformasikan kepada Pengadu; d. Pengelola wajib mencatat setiap pengaduan yang memuat sekurangnya identitas pengadu yang terdiri atas nama dan alamat lengkap, nomor pengaduan, uraian keluhan atas pelayanan, dan tempat, waktu penyampaian, serta tanda tangan. e. Apabila karena kondisi tertentu pengadu tidak mampu menulis dan/atau membaca, maka pengelola	a. Pengelola memeriksa substansi pengaduan dari aspek kewenangan. Apabila substansi pengaduan di luar kewenangan Penyelenggara, maka pengaduan tersebut wajib diteruskan kepada Penyelenggara lain yang berwenang, serta hal ini harus diinformasikan oleh pengelola kepada pengadu; b. Jika pengaduan tersebut tidak menyebut identitas atau anonim dan tidak ada nomor kontak yang bisa dihubungi, maka pengaduan tersebut dapat diabaikan; c. Pengelola pengaduan memberikan respon atau tanggapan awal kepada pengadu paling lambat 3 hari kerja sejak pengaduan diterima; d. Pengelola pengaduan memberikan nomor pengaduan kepada pengadu untuk menjadi acuan dalam penyelesaian pengaduan; e. Penyelenggara wajib menyediakan sarana bagi pengadu untuk dapat memantau status penyelesaian pengaduan.

wajib membantu pengadu untuk mengisi formulir pengaduan tersebut.	
---	--

Pada tahap Penyelesaian Pengaduan Pelayanan Publik, beberapa hal yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:

- Penyelenggara yang berwenang bertanggungjawab atas penyelesaian pengaduan.
- Penyelesaian atau solusi yang diambil harus memenuhi kriteria spesifik, terukur, dapat dicapai, dan realistis.
- Solusi dapat berupa penyelesaian pengaduan dan/atau rencana perbaikan pelayanan.
- Solusi tersebut menjadi bagian perbaikan kinerja pelayanan penyelenggara.
- Pengelola pengaduan wajib merahasiakan informasi yang bersifat pribadi, dan menurut derajatnya merupakan rahasia negara/jabatan sesuai dengan perundang-undangan.
- Pengelola pengaduan wajib memberikan akses kepada masyarakat untuk melihat status penyelesaian pengaduannya.
- Penyampaian penyelesaian pengaduan kepada pengadu paling lama 60 hari kalender sejak penyelesaian pengaduan.

Atas semua dokumen pengaduan, tahap yang penting untuk dilakukan adalah Pengarsipan Pengaduan. Pada tahap ini yang perlu dilakukan adalah:

- Dokumen dan pelaporan pengaduan disimpan dengan aman dan diupayakan menggunakan fasilitas digital, sehingga memudahkan penemuan kembali apabila diperlukan.
- Pengarsipan dilakukan dalam bentuk data elektronik (softcopy). Apabila terdapat data hardcopy wajib diubah menjadi data softcopy dan disimpan dalam database.
- Pengelola pengaduan wajib mempublikasikan jumlah, dan status penyelesaian pengaduan kepada masyarakat.

BAGIAN KETIGA

Peran Komunitas HIV/AIDS dalam Penguatan Layanan Publik

A. Situasi Epidemi dan Respon Penanggulangan HIV/AIDS

Menurut Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kemenkes RI, hingga Agustus 2019 jumlah kumulatif HIV/AIDS berjumlah 466.869 orang dengan 349.882 HIV dan 116.977 AIDS. Persebaran kasus AIDS tertinggi ada pada kelompok umur 20-29 tahun (32,1%), kelompok umur 30-39 tahun (31%), 40-49 tahun (13,6%), 50-59 tahun (5,1%), dan 15-19 tahun (3,2%). Berdasarkan jenis kelamin, persentase AIDS pada laki-laki sebanyak 58% dan perempuan 33%. Sementara itu 9% tidak melaporkan jenis kelamin.

Jumlah kasus AIDS berdasarkan pekerjaan atau status adalah: tenaga non profesional (karyawan) (17.887), ibu rumah tangga (16.854), wiraswasta/usaha sendiri (15.236), petani/peternak/nelayan (5,8) dan buruh kasar (5.417). Daerah dengan jumlah AIDS terbanyak berada pada di Papua (22.554), Jawa Timur (20.412), Jawa Tengah (10.858), DKI Jakarta (10.242), dan Bali (8.147). Pada peringkat keenam sampai sepuluh adalah: Jawa Barat (6.882), Sumatera Utara (4.065), Sulawesi Selatan (3.416), Banten (3.063), dan Kalimantan Barat (2.736). Faktor risiko penularan terbanyak melalui hubungan seksual berisiko heteroseksual (70,2%), penggunaan alat suntik tidak steril (8,2%), homoseksual (7%), dan penularan melalui perinatal (2,9%).

Adanya sejumlah orang yang belum terdeteksi kasus HIV/AIDS menjadi persoalan besar dalam rantai penyebaran HIV/AIDS di masyarakat. Hal ini mengandaikan bahwa warga yang positif namun belum terdeteksi tidak mendapat obat ARV, kondisinya akan kian parah. Di sisi lain, dari 70% yang sudah pernah mendapat pengobatan ARV, hanya 33% yang rutin menerima pengobatan ARV, selebihnya putus obat ARV sebesar 23% (<https://www.tagar.id/penyebaran-hivaidis-tertinggi-di-10-provinsi>).

Studi lain di tahun 2013 oleh Studi Community Access to Treatment Service Study (CATS) di Indonesia menyatakan hampir seperlima (18%) dari ODHA pernah mengalami perlakuan yang tidak menyenangkan karena status HIV, termasuk stigma dan diskriminasi. ODHA Perempuan bahkan dinyatakan memiliki kerentanan dua kali lebih besar. Pada tahun 2018, LBH Masyarakat melalui seri monitoring dan dokumentasi bertajuk “*Stigma HIV: Impresi yang Belum Terobati*” menyajikan laporan tentang masih tingginya diskriminasi dan stigma terhadap ODHA. Dari penelusuran di media, LBH Masyarakat menyatakan terdapat 37% berita tentang diskriminasi terhadap ODHA. Bentuk diskriminasi yang paling banyak adalah penolakan terhadap ODHA dalam kehidupan bermasyarakat.

Dalam program penanggulangan HIV/AIDS selain program di layanan kesehatan juga telah dikembangkan *program di sisi komunitas*. Program dilakukan untuk memperkuat komunitas dalam program penanggulangan HIV/AIDS. Salah satu fokus program adalah

meningkatkan pengetahuan dan mendorong komunitas untuk mengakses layanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan hak-hak mereka. Pelibatan komunitas menjadi hal penting karena komunitas merupakan pihak yang memiliki kepentingan sangat tinggi terkait layanan HIV/AIDS. Komunitas menjadi bagian utama dalam melakukan pemantauan sehingga lahir *feedback yang sesuai dengan kebutuhan dan situasi komunitas* karena berlandaskan data dan informasi dari hasil pemantauan yang dilakukan.

B. Definisi Komunitas dalam Program HIV/AIDS

'Komunitas' adalah istilah yang digunakan secara luas yang tidak memiliki definisi tunggal atau tetap. Secara umum, komunitas dibentuk oleh orang-orang yang terhubung satu sama lain dengan cara yang berbeda dan beragam. Contohnya termasuk mereka yang memiliki karakteristik atau kerentanan tertentu karena: geografi, situasi kehidupan, tantangan kesehatan, budaya, jenis kelamin, usia, agama, identitas, dan orientasi seksual. Komunitasnya beragam dan dinamis. Seseorang dapat menjadi bagian dari lebih dari satu komunitas (*The Global Fund. 2019. Technical Brief: Community System Strengthening*).

'Komunitas' bisa diartikan sebagai beragam individu, kelompok, dan institusi termasuk berbagai organisasi masyarakat sipil, organisasi non-pemerintah, organisasi berbasis agama, dan jaringan atau komunitas yang terdampak HIV dan AIDS (*The Global Fund. 2014. Community Systems Strengthening Framework*).

Dalam arti lain, komunitas bukan merupakan suatu entitas yang tunggal, melainkan merupakan kumpulan dari beragam kepentingan, posisi, kapasitas, sumber daya dan prioritas yang terlibat dalam aneka kegiatan mulai dari advokasi, pendidikan komunitas dan penyediaan layanan (*Alliance et al., 2007*). Mengacu pada dua definisi ini, dokumen protokol ini mendefinisikan sektor komunitas sebagai setiap bagian dari komunitas yang mengambil tindakan untuk membantu dalam peningkatan kualitas layanan kesehatan maupun kinerja program.

Program penanggulangan HIV/AIDS secara nasional menyasar populasi kunci yaitu kelompok populasi yang menentukan keberhasilan program pencegahan dan pengobatan, sehingga mereka perlu ikut aktif berperan dalam penanggulangan HIV dan AIDS, baik bagi dirinya maupun orang lain. Populasi kunci adalah (1) Orang-orang berisiko tertular atau rawan tertular karena perilaku seksual berisiko yang tidak terlindung, bertukar alat suntik tidak steril; (2) Orang-orang yang rentan adalah orang yang karena pekerjaan, lingkungannya rentan terhadap penularan HIV, seperti buruh migran, pengungsi dan kalangan muda berisiko; dan (3) ODHA adalah orang yang sudah terinfeksi HIV (*Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010 – 2014, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2010*).

Komunitas dalam program HIV dikenal dengan dua istilah yakni Populasi Kunci dan Kelompok Rentan. Populasi kunci dan kelompok rentan adalah orang-orang yang mengalami peningkatan kerentanan terhadap dan dampak epidemiologis yang tinggi dari salah satu penyakit dan berkombinasi dengan lemahnya terhadap akses layanan

kesehatan. Mereka juga mengalami kriminalisasi atau dipinggirkan dalam kasus HIV/AIDS.

Populasi kunci yang dimaksud adalah pekerja seks (laki-laki, perempuan dan waria), laki-laki yang berhubungan dengan seks dengan laki-laki, transgender, IDU dan ODHA. Sementara yang masuk dalam kategori kelompok rentan adalah orang yang berada di penjara dan pengaturan tertutup lainnya, penduduk migran, pengungsi dan orang-orang yang dipindahkan secara internal, penduduk asli, gadis remaja dan wanita muda serta penyandang disabilitas.



Gambar 6. Komunitas dalam Program HIV/AIDS

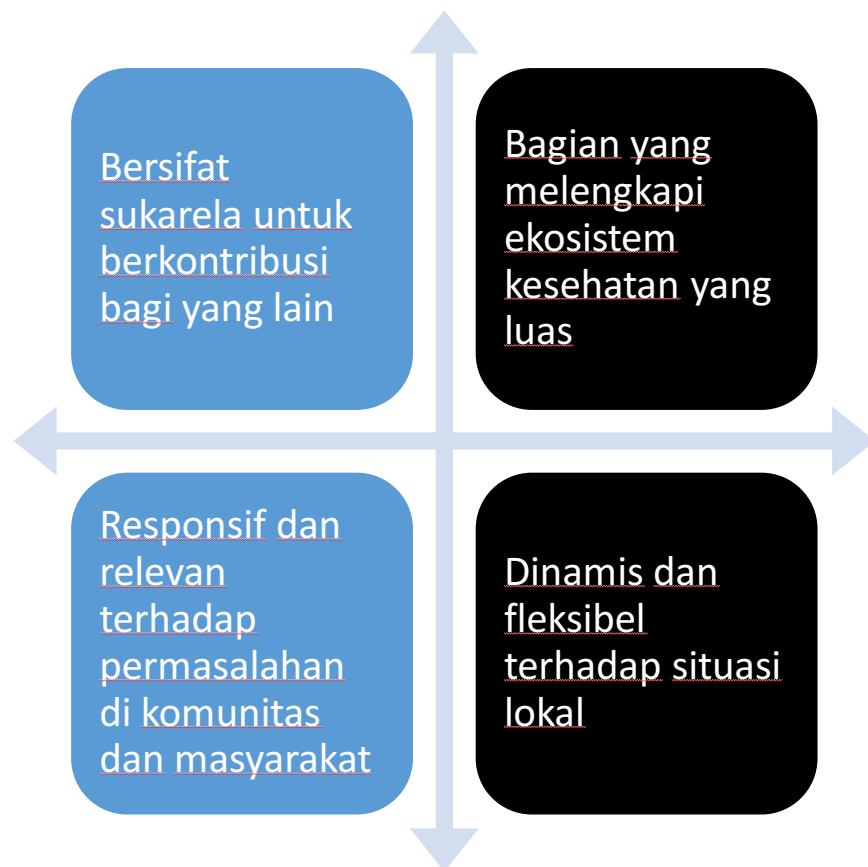
C. Peran Strategis komunitas dalam program HIV/AIDS

Komunitas harus menjadi pemimpin dalam mengakhiri epidemi HIV/AIDS dan TB. Salah satunya mendorong komunitas sebagai pelaku utama dalam program penanggulangan HIV/AIDS. Dalam mendukung upaya menjadikan komunitas mengambil peran utama, perlu adanya dukungan berupa sistem dan struktur. Hal ini sesuai dengan visi Global Fund yaitu :*"a world free of the burden of AIDS, tuberculosis and malaria with better health for all"*. Visi tersebut kemudian diterjemahkan oleh Global Fund ke dalam sebuah dokumen yang disebut dengan *Investing to End Epidemics, the Global Fund's Strategy for 2017-2022*.

Pada strategic objective ke-2 disebutkan bahwa Global Fund akan membangun sistem yang tangguh dan berkelanjutan. Sistem tersebut diharapkan bisa memberikan peningkatan dampak yang maksimal terhadap HIV, TB dan malaria, mempromosikan dan melindungi hak asasi manusia dan kesetaraan gender serta memaksimalkan

pemanfaatan sumber daya. Salah satu hal yang penting dilakukan untuk mencapai hal tersebut adalah adanya respons dan sistem berbasis komunitas.

Penguatan sistem komunitas telah dikembangkan oleh Global Fund beberapa dekade sebelumnya. Model kerangka kerja penguatan sistem komunitas saat ini merupakan pengembangan dari pengalaman kerja dan pembelajaran dari periode program sebelumnya. *Community Systems Strengthening Framework (CSS)* yang dikembangkan pada tahun 2010 dan kemudian dimodifikasi pada tahun 2014 dan hingga saat ini terus berkembang untuk memberikan kerangka konseptual dalam upaya penguatan komunitas. Peran Strategis komunitas khususnya di dalam program HIV, TB dan Malaria secara rinci dijelaskan di dalam dokumen *The Crucial Role of Communities: strengthening responses to HIV, Tuberculosis and Malaria*



Gambar 7. Peran Strategis Komunitas dalam Program HIV-AIDS

Respon Komunitas adalah cara komunitas bertindak terhadap tantangan dan kebutuhan yang mereka hadapi. Respon Komunitas bersifat multi-dimensi. Misalnya, mereka dapat menggabungkan pemberian layanan berbasis komunitas dengan peran dalam advokasi, pemantauan, penelitian, tata kelola, dan akuntabilitas.

Respons Komunitas memberikan kontribusi vital terhadap respons nasional terhadap HIV - bekerja bersama sektor lain untuk mengembangkan pendekatan berbasis bukti, menerapkan praktik yang baik, dan menerapkan pedoman normatif. Secara khusus, Global Fund mengilustrasikan peran Komunitas dalam memberikan respon memiliki

banyak nilai tambah sebagaimana gambar berikut (*The Global Fund. 2019. Technical Brief: Community System Strengthening*).

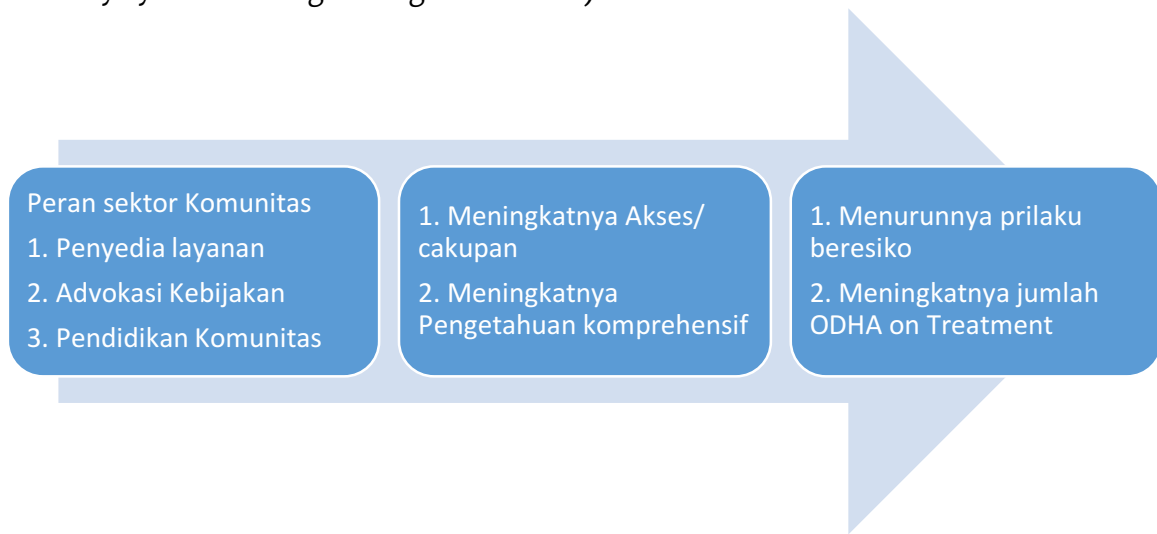


Gambar 8. Nilai Tambah Respon Komunitas

Dalam konteks penanggulangan HIV dan AIDS, komunitas merupakan faktor penentu dalam mempercepat pencapaian *three zeroes* – *zero new infection*, *zero death related AIDS* dan *zero stigma and discrimination*. Kesadaran inilah yang menjadi latar belakang lembaga-lembaga dalam inisiatif kesehatan global mengembangkan kegiatan penguatan sektor komunitas. Ada enam komponen yang dianggap penting untuk menghasilkan sistem komunitas yang kuat, yaitu:

1. Pengembangan lingkungan yang mendukung – yaitu pelibatan komunitas dan advokasi yang bertujuan untuk memperbaiki kebijakan,
2. Penguatan koordinasi dan kerjasama dalam jaringan komunitas,
3. Pengembangan kapasitas bagi SDM dalam hal teknis maupun kelembagaan serta peningkatan kapasitas pendanaan (termasuk pendanaan operasional lembaga),
4. Kegiatan komunitas, yaitu perlunya layanan agar tersedia bagi siapa pun yang membutuhkan dan layanan tersebut dikembangkan berbasis bukti,
5. Organisasi dan kepemimpinan, yaitu penguatan aspek akuntabilitas serta kepemimpinan dari lembaga maupun sistem komunitas, dan
6. Monitoring dan evaluasi – termasuk pentingnya perencanaan, sistem M&E, asesmen, dan penelitian.

Kerangka ini meyakini bahwa saat semua komponen ini dikuatkan dan berfungsi dengan baik, sistem komunitas akan mampu meningkatkan efektifitas intervensi-intervensi kesehatan, pendidikan, dukungan sosial, dan intervensi lainnya (*The Global Fund. 2014. Community Systems Strengthening Framework*).



Gambar 9. Logika Perubahan terkait Peran Komunitas dalam Program HIV-AIDS

Penyedia layanan memiliki peran untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan komunitas dalam mencegah penularan HIV, memperoleh perawatan, pengobatan dan dukungan serta mengurangi dampak sosial ekonomi yang diakibatkan oleh AIDS. Pendidikan Komunitas dilakukan untuk membangun kesadaran kritis masyarakat atas pemenuhan kebutuhan komunitas dalam penanggulangan HIV dan AIDS, termasuk dalam memberikan informasi teknis. Advokasi kebijakan yaitu aksi strategis dan sistematis yang dilakukan untuk mendorong tersusunnya kebijakan yang mampu memenuhi hak-hak warga negara dalam bidang kesehatan.

Peran sektor komunitas yang dilaksanakan secara efektif bisa dilihat dari kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan dalam upaya penanggulangan AIDS dan hasil-hasil yang telah dicapai. Sebagai bagian dari sebuah program yang lebih besar, maka kinerja dari Komunitas bisa dilihat dari beberapa tingkat yaitu:

1. Kinerja Pada Tingkat Keluaran (output)

- Akses, yaitu ketersediaan layanan kesehatan yang dibutuhkan oleh populasi tertentu, baik yang disediakan oleh pemerintah dan non-pemerintah.
- Cakupan, yaitu jumlah kelompok sasaran program yang telah memanfaatkan layanan yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan yang dimilikinya.
- Kualitas, yaitu standar pelayanan yang ditentukan untuk memastikan efektifitas layanan, keamanan pasien dan kesesuaiannya dengan kebutuhan pemanfaat program baik dari sisi biaya maupun waktu.

2. Kinerja Pada Tingkat Outcome (hasil)

Outcome merupakan efek jangka pendek dan menengah yang dihasilkan dari keluaran suatu intervensi. Secara umum, outcome ditengarai dengan perubahan dalam pengetahuan, perilaku, keyakinan dan sikap. Peran sektor komunitas pada

tingkat *outcome* bisa diukur dari kemampuannya untuk menghasilkan capaian sebagai berikut:

- *Penurunan perilaku beresiko*. Sebagai contoh adalah pemakaian kondom secara konsisten di setiap kali berhubungan seks beresiko dan penggunaan alat suntik steril setiap kali menggunakan napza.
- *Peningkatan pengetahuan komprehensif*, yaitu mengetahui bahwa penggunaan kondom secara konsisten dan hanya memiliki satu pasangan setia dapat mengurangi kemungkinan penularan HIV, mengetahui bahwa orang yang terlihat sehat dapat memiliki HIV, dan menolak pemahaman yang umum terjadi di masyarakat tentang HIV di Indonesia; bahwa HIV dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk dan HIV juga dapat ditularkan juga melalui berbagi makanan dengan orang yang terkena HIV.
- *Peningkatan jumlah ODHA on treatment*, yaitu jumlah ODHA yang masih menerima ARV dari total ODHA yang memenuhi syarat untuk menerima ARV.

D. Permasalahan yang dialami Komunitas dalam Penanggulangan HIV/AIDS

1. Permasalahan Terkait Pelayanan Kesehatan

Layanan kesehatan di Indonesia masih menemui persoalan baik dalam hal pemerataan distribusi sarana, puskesmas yang masih timpang dan belum merata di setiap kecamatan serta persoalan obat yang kerap kali mengalami kekosongan. Target Pemerintah Indonesia untuk menyediakan minimal 1 di 1 kecamatan belum mampu dicapai 100%.

Kesenjangan tersebut bisa dilihat dari data Kementerian Kesehatan. Di Provinsi Papua dan Papua Barat, rasionya hanya 0.73. Angka ini menunjukkan bahwa tidak semua kecamatan di kedua provinsi ini memiliki puskesmas. Artinya, pemenuhan kesehatan bagi masyarakat di suatu daerah dalam mengakses layanan belum terpenuhi. Hal ini juga terjadi dimana layanan terkait HIV/AIDS masih banyak yang belum tersedia di daerah khususnya di pedesaan.

Hal ini diperkuat Index pengetahuan rumah tangga terkait kemudahan akses Puskesmas/Pustu/Pusling/bidan desa. Di perkotaan 31,5% menyatakan sulit dan 22,5% mengatakan sangat sulit sedangkan di pedesaan 32.2% masih sulit dan 36,8% masyarakat sangat kesulitan mengakses, 32.2% masih sulit. Tingkat kesulitan ini lebih lagi dirasakan oleh komunitas. Selain karena akses yang susah juga karena masih adanya stigma dan diskriminasi oleh petugas layanan kesehatan.

Dengan demikian keberadaan Puskesmas tidak serta merta menjadi jaminan pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat. Banyak faktor yang mempengaruhi puskesmas mampu meng-cover kebutuhan masyarakat. Faktor aksesibilitas masyarakat terhadap puskesmas dipengaruhi oleh kondisi

geografis, luas wilayah, ketersediaan sarana – prasarana dasar, sosial-ekonomi dan kemajuan suatu daerah.

Selain itu mutu kualitas layanan yang menyandarkan pada akreditasi yang didasarkan pada Permenkes No. 75/2014, dari total 9.993 puskesmas, terdapat 7.518 puskesmas yang terakreditasi didominasi pada level dasar dan madya. Puskesmas yang memiliki akreditasi tertinggi Provinsi Bali (99,17%), Jawa Tengah (98,41%), dan DI Yogyakarta (95,87%) dan terendah berada di Papua Barat (31,45%) dan Papua (17,40%). Adapun distribusi tingkat kelulusan akreditasi Puskesmas adalah sebanyak 4.243 (42,45%).

Pada tahun 2018, terdapat 5.720 puskesmas yang memberikan pelayanan sesuai standar dari 6.751 puskesmas yang melapor. Sementara puskesmas yang belum memberikan pelayanan sesuai standar 10,32%, sisanya 30,76% belum melaporkan statusnya. Jika menyandarkan dari data yang dirilis dalam buku profil kesehatan tahun 2018 Kementerian Kesehatan mengandaikan bahwa persoalan pemerataan baik kualitas pelayanan kesehatan maupun mutu puskesmas yang tersedia, masih menjadi persoalan khususnya bagi daerah-daerah pedesaan dan sebagian kecil di perkotaan.

Begitu juga persoalan dalam sumber daya manusia medis yang ada. Masalah pemerataan persebarannya masih timpang dan beberapa wilayah masih mengalami kekurangan tenaga kesehatan. Secara nasional terdapat 25,74% puskesmas yang kekurangan dokter. Daerah yang masih mengalami kekurangan di atas 50% seperti Maluku, Papua dan Papua Barat.

Begitu juga terkait dengan sarana produksi dan distribusi menunjukkan adanya ketimpangan dimana pulau Sumatera dan Jawa memiliki 76,88% sarana distribusi. Artinya daerah-daerah lain, masih memiliki persoalan terkait dengan sarana kesehatan.

Terkait layanan HIV/AIDS, permasalahan yang sering kali terjadi adalah persediaan ARV. Persoalan yang sering mengemuka yakni ARV yang kadaluarsa dan bahkan *stock out* (kosong). Tahun 2018 berdasarkan audit BPK, ditemukan belum optimalnya perencanaan, pengawasan dan pengendalian terhadap pengelolaan persediaan obat yang sudah maupun akan kadaluarsa. Berdasarkan pemeriksaan terhadap penatausahaan dan cek fisik tim BPK per 12 Maret 2019 menemukan sekitar 14.940 botol ARV jenis EFV 600 mg yang kadaluarsa. Selain itu, pada Januari 2019 lalu ARV terancam mengalami kelangkaan (<https://tirto.id/obat-arv-senilai-rp28-miliar-kedaluwarsa-di-tangan-kemenkes-ekSw>).

Hal ini disebabkan karena *deadlock*-nya lelang pengadaan obat yang dilakukan Kementerian Kesehatan. Krisis obat yang terjadi tersebut ditanggulangi dengan bantuan donor, khususnya Global Fund dengan membeli langsung ke produsen obat. Meski diberitakan tengah mengalami krisis Kementerian Kesehatan mengaku bahwa stok ARV masih tersedia 10 bulan ke depan.

Isu mengenai kelangkaan obat kerap kali terjadi dalam dua tahun terakhir. Indonesia AIDS Coalition (IAC) menduga kejadian tersebut terjadi karena sistem dan mekanisme pengadaan obat tidak efisien.

“Hambatan dalam akses pemeriksaan HIV dan pengobatan ARV akan berdampak negative terhadap upaya pencapaian target program, yaitu 90-90-90”

2. Permasalahan stigma, diskriminasi dan pelanggaran HAM

Kesalahpahaman persepsi masyarakat terhadap ODHA menimbulkan ketakutan pada banyak orang. Kesalahpahaman persepsi ini kemudian menjelma menjadi stigma, yang seringkali berujung pada praktek-praktek diskriminasi terhadap populasi kunci dan kelompok rentan yang terkait dengan HIV dan AIDS. Stigma dan diskriminasi jelas menyebabkan implementasi dari program pencegahan HIV/AIDS tidak dapat dilakukan secara optimal . Disadari atau tidak, stigma dan diskriminasi tidak hanya mempengaruhi hidup ODHA, tetapi juga orang-orang yang hidup di sekitar mereka . Stigma dan diskriminasi juga diperparah oleh faktor-faktor seperti gender, seksualitas dan kelas sosial.

Persoalan HIV/AIDS, seperti halnya persoalan penyakit lainnya, juga erat kaitannya dengan isu hak asasi manusia. Orang yang hidup dengan HIV sering kali mendapat stigma dari masyarakat, di mana mereka kerap dicap sebagai pendosa. Stigma inilah yang kemudian juga memunculkan praktik-praktik diskriminasi terhadap orang dengan HIV, mulai dari pengusiran dari keluarga karena dianggap membawa aib, hingga pengucilan dari masyarakat. Stigma dan diskriminasi ini sesungguhnya berakar dari ketidaktahuan ataupun ke-tidak-mau-tahu-an terhadap apa itu HIV dan bagaimana penyebarannya. Dalam konteks inilah, mengatasi stigma dan diskriminasi yang menyelimuti isu HIV menjadi penting. Karena, stigma dan diskriminasi memicu pelanggaran hak asasi manusia orang dengan HIV, yang akhirnya akan menjauhkan mereka dari layanan yang mereka perlukan, termasuk melahirkan kerentanan terhadap mereka yang berpotensi mengidap HIV. Oleh karena itu, persoalan HIV bukan hanya mengenai pencarian formula mujarab untuk mengatasi virus HIV/AIDS, tetapi juga bagaimana mengembangkan dan menjalani program dan layanan kesehatan HIV yang humanis, peka gender, dan nondiskriminatif.

Berdasarkan laporan Lembaga Bantuan Hukum (LBH) Masyarakat pada tahun 2017, tercatat terjadi 184 kasus pelanggaran terhadap ODHA dan juga populasi kunci Pada tahun yang sama, berdasarkan laporan Human Right Working Group (HRWG) terjadi penangkapan terhadap 300 orang yang dituduh LGBT karena tingginya homophobia di Indonesia . LBH Masyarakat dalam laporannya

memperkuat fakta tersebut dengan memberikan data bahwa pada tahun 2017 terdapat 973 korban stigma, diskriminasi dan pelanggaran terkait LGBT .

Pada kelompok pekerja seks, terjadi banyak kasus kriminalisasi terlebih sejak dikeluarkannya kebijakan dari Kementerian Sosial pada 2016 yang menargetkan Indonesia bebas prostitusi pada 2019. Sejak target tersebut dicanangkan hingga saat ini, telah dilakukan penutupan 160 lokalisasi . Selain penutupan lokalisasi, terjadi banyak sekali kasus kriminalisasi terhadap para pekerja seks. Berdasarkan kajian PPH Atma Jaya, penutupan lokalisasi ini berdampak terhadap mundurnya upaya penanggulangan penularan HIV/AIDS .

Meskipun program *harm reduction* sudah lama dilakukan dan bekerjasama dengan penegak hukum, namun masih banyak terjadi kriminalisasi terhadap para pengguna narkoba suntik. Dalam proses penegakan hukum, penanganan kasus narkoba juga masih berfokus kepada pendekatan punitive. Stigma, diskriminasi dan pelanggaran HAM terhadap ODHA dan populasi kunci, banyak terjadi di sector pendidikan, pekerjaan, keadilan, administrasi kependudukan, pemidanaan.

Dalam program HIV/AIDS, selain menjadi penyebab tidak terpenuhinya hak, stigma dan diskriminasi juga diidentifikasi sebagai faktor yang menjadi penghambat dalam mengakses layanan kesehatan (barriers to access).

3. Permasalahan pelaksanaan program HIV dan AIDS di tingkat komunitas

Peran CSO/CBO menjadi bagian penting posisinya dalam skema penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Individu, keluarga dan komunitas merupakan bagian yang terdampak oleh epidemi HIV sehingga mereka mengorganisasi 'dirinya' untuk mendapat informasi dan pengobatan yang dibutuhkan.

Dalam perkembangannya CSO/CBO menjadi aktor utama dalam penanggulangan HIV dan AIDS dengan memberikan layanan yang cukup besar terhadap komunitas seperti distribusi kondom atau penyediaan perawatan baik secara langsung maupun melalui organisasi yang lebih kecil.

Meskipun posisi CSO/CBO cukup penting dalam skema penanggulangan HIV dan AIDS, namun masih banyak permasalahan yang dihadapi. Dalam konteks negara, peran CSO/CBO belum ditopang dengan mekanisme hubungan antar institusi yang lebih luas. Lemahnya pemberdayaan dan mekanisme pelibatan dalam pemenuhan kebutuhan

Hubungan antara CSO/CBO dan Kementerian Kesehatan membutuhkan perangkat peraturan dan mekanisme yang dapat memfasilitasi pelibatan bermakna CSO/CBO pada semua aspek dan program HIV dan AIDS. Pada Stranas

2015-2019 dinyatakan perlunya hubungan keberlanjutan untuk komunitas masih menjadi tantangan yang belum teratasi baik di level kabupaten/kota, provinsi dan nasional.

Belum adanya kebijakan mengenai keterlibatan strategis antara CSO/CBO, Komunitas dan Kementerian Kesehatan menjadi hambatan dan tantangan dalam efektifitas program HIV dan AIDS yang berjalan. Interaksi selama ini antara CSO/CBO dengan Kementerian Kesehatan meskipun relasi kerjasama terjalin baik pada tataran gagasan dan aspirasi disambut baik bila terkait pemberian layanan, namun tidak ditindaklanjuti bila permasalahan terkait dengan permasalahan sistemik Disisi lain, ketiadaan mekanisme keterlibatan CSO/CBO pada sektor lain seperti Kementerian Sosial, Kepolisian, atau Kementerian Dalam Negeri. Padahal persoalan penanggulangan HIV dan AIDS tidak *an sich* persoalan kesehatan melainkan dalam konteks relasi sosial mengalami stigma, diskriminasi dan pelanggaran HAM

Disisi lain, CSO/CBO masih sangat bergantung dengan pendanaan, Global Fund merupakan sumber pendanaan yang paling besar 21% dibandingkan sumber pendanaan lain seperti pemerintah, swasta dan sumber resmi lainnya.

Ketergantungan CSO/CBO terhadap sumber pendanaan internasional berdampak pada CSO/CBO lebih akuntabel terhadap donor bila dibandingkan dengan komunitas atau masyarakat yang selama ini diperjuangkannya.

Transparansi & akuntabilitas program bagi komunitas berdasarkan penelusuran di internet maupun melalui diskusi dengan komunitas, didapat informasi bahwa mayoritas pengelola program HIV/AIDS belum menjalankan transparansi dan akuntabilitas kepada komunitas. Kepada komunitas, tidak ada pertanggungjawaban secara terbuka terhadap pelaksanaan program. Tanggung jawab hanya dilakukan secara struktural kepada pihak-pihak yang memang wajib mendapatkan laporan, dengan komponen laporan yakni ;

- a) Kualitas program dalam perspektif komunitas seperti kualitas proses maupun kualitas hasil/pelayanan program
- b) Kinerja pengelola program dalam perspektif komunitas berkaitan dengan pelaksana program(staf) dan organisasi/lembaga

Seyogianya, komunitas sebagai pihak yang dapat mengakses pertanggungjawaban terkait pelaksanaan program dan berpartisipasi dalam menilai kesuksesan program yang berjalan. Dengan demikian, memasukkan elemen komunitas sebagai bagian dari subyek yang mampu memberikan masukan, evaluasi dan mendapat pertanggung jawaban dari program, akan berkontribusi pada peningkatan kualitas mutu program yang akan dijalankan.

BAGIAN KEEMPAT

Monitoring dan Umpan Balik Berbasis Komunitas Populasi Kunci

A. Monitoring Berbasis Komunitas

Monitoring adalah proses rutin pengumpulan data dan pengukuran kemajuan atas objektif program dan atau memantau perubahan. Monitoring secara khusus berfokus pada proses dan keluaran (<https://id.wikipedia.org/wiki/Monitoring>). Berdasarkan definisi tersebut, monitoring dilakukan dengan cara menggali data (*data mining*) demi mendapatkan informasi secara regular berdasarkan indikator tertentu. Hal tersebut dilakukan dengan maksud mengetahui apakah *input*, *activities*, *process* yang sedang berlangsung sesuai dengan perencanaan dan prosedur yang telah disepakati.

Indikator monitoring mencakup esensi aktivitas dan target yang ditetapkan pada perencanaan program. Apabila monitoring dilakukan dengan baik akan bermanfaat dalam memastikan pelaksanaan kegiatan tetap pada jalurnya (sesuai pedoman dan perencanaan program). Sekaligus memberikan informasi kepada pengelola program apabila terjadi hambatan dan penyimpangan, serta sebagai masukan dalam melakukan perbaikan.

Menurut Dunn dalam buku yang berjudul *Public Policy Analysis And Introduction*. USA: Prentice Hall ;1981, monitoring mempunyai empat fungsi, yaitu:

- Ketaatan (*compliance*). Monitoring menentukan apakah tindakan administrator, staf, dan semua yang terlibat mengikuti standar dan prosedur yang telah ditetapkan.
- Pemeriksaan (*auditing*). Monitoring menetapkan apakah sumber dan layanan yang diperuntukkan bagi pihak tertentu (target) telah mencapai mereka.
- Laporan (*accounting*). Monitoring menghasilkan informasi yang membantu “menghitung” hasil perubahan sosial dan masyarakat sebagai akibat implementasi kebijaksanaan sesudah periode waktu tertentu.
- Penjelasan (*explanation*). Monitoring menghasilkan informasi yang membantu menjelaskan bagaimana akibat kebijaksanaan dan mengapa antara perencanaan dan pelaksanaannya tidak cocok.

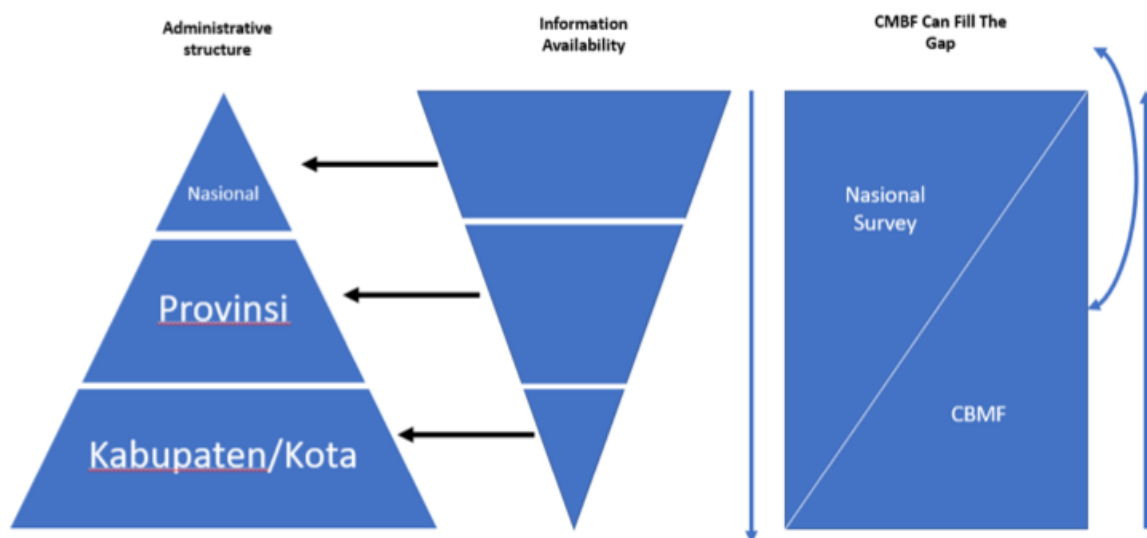
Community Based Monitoring (CBM) adalah monitoring—sebagaimana banyak definisi di atas—yang dilakukan oleh komunitas sebagai aktor utama. Monitoring berbasis komunitas dilakukan terhadap kegiatan atau program secara lebih luas yang tidak bisa dilakukan melalui monitoring dalam arti sebenarnya (*project monitoring*) dan atau untuk mendapatkan data atau informasi dari perspektif yang berbeda yaitu komunitas sebagai penerima manfaat program.

Monitoring berbasis komunitas dalam program HIV/AIDS merupakan salah satu strategi untuk mendapatkan respon bagaimana cara komunitas bertindak terhadap tantangan dan kebutuhan yang mereka hadapi. Monitoring sebagai respon bisa digunakan sebagai

data dan informasi yang nantinya memberikan kontribusi vital terhadap respons nasional terhadap HIV.

Pemantauan Komunitas dikembangkan sebagai gabungan peran komunitas menjadi peneliti sekaligus analis yang dilakukan secara khusus untuk pengukuran program HIV/AIDS—termasuk di dalamnya kualitas layanan, lingkungan yang kondusif—melalui sistem pemantauan komunitas di tingkat lokal. Melalui CBM di program HIV/AIDS, akan dihasilkan basis data dan informasi yang andal dan kredibel untuk pembuatan kebijakan, perencanaan dan pemantauan dampak. Hal ini karena seringkali tidak tersedia data di tingkat komunitas yang andal dan kredibel. Tiga hal berikut ini menjadikan CBM menjadi sangat relevan:

- Statistik: Desain pengambilan sampel dan variabel dari banyak survei yang dilakukan secara resmi oleh pemerintah seringkali masih sangat terbatas dan terpaku pada kepentingan pemerintah itu sendiri.
- Pengumpulan data: dilakukan secara berkala, tidak berulang,
- Pengolahan data: dilakukan dalam waktu yang lama sehingga relevansi dan untuk konteks menjawab permasalahan menjadi sangat berkurang.



Gambar 10. CBM Mengisi Gap Kebutuhan Data Lokal

B. CMBF sebagai “Ruang” Pengaduan untuk Mendapatkan Umpan Balik

Monitoring berbasis komunitas bisa digunakan untuk mengembangkan pendekatan berbasis bukti, menerapkan praktik yang baik, dan menerapkan panduan normatif. Melalui monitoring berbasis komunitas, juga bisa didapatkan adanya nilai tambah yang unik dalam menjalankan program yang tidak bisa ditemukan dalam metode monitoring biasa.

Sebagai contoh, monitoring berbasis komunitas sangat efektif dalam memastikan kesetaraan kesehatan, khususnya untuk populasi kunci dan rentan serta bagaimana menangani faktor-faktor penentu sosial kesehatan (seperti hak asasi manusia dan

kesetaraan gender); menerapkan layanan yang aman, berkualitas tinggi dan berpusat pada komunitas; dan meminta pengambil keputusan yang bertanggung jawab (*Global Action Plan For Healthy Lives And Well-Being For All: Accelerator 3: Community And Civil Society Engagement, Discussion Paper for Non-State Actor Consultation on the Global Action Plan*, April 2019; https://www.who.int/docs/default-source/global-action-plan/gap-consultation-accelerator-3-discussion-paper-30-april-2019.pdf?sfvrsn=190c0a5f_2).

Dari contoh tersebut, pemantauan komunitas mampu memberikan dorongan untuk mencapai perubahan sesuai kebutuhan komunitas. Hal ini karena pemantauan komunitas menargetkan adanya umpan balik. Menurut teori komunikasi, umpan balik (*feedback*) adalah tanggapan yang diberikan oleh seorang komunikan (penerima pesan) ketika seorang komunikator (pemberi pesan) sedang menyampaikan pesannya. Dalam arti singkat, *feedback* dapat dikatakan sebagai tanggapan atau respon terhadap suatu pesan. Dalam konteks pemantauan, *feedback* adalah berupa tanggapan atas hal-hal yang dilaporkan di dalam pemantauan.

Guna mendapatkan tanggapan, perlu adanya penanganan atas laporan pemantauan atau pengelolaan pengaduan yang dilakukan secara efektif dan memberikan umpan balik bagi komunitas. Hal ini diupayakan agar ada kontribusi terhadap perbaikan tata kelola pemerintahan yang baik dan memperkuat fungsi pelayanan publik khususnya kesehatan. Pemantauan pelayanan publik melalui pengaduan berbasis komunitas juga dapat mencegah terjadinya tindak pidana diskriminasi, mengurangi potensi konflik sehingga membantu terciptanya lingkungan yang kondusif di tengah-tengah masyarakat.

Namun dalam praktik pengelolaan pengaduan pelayanan publik di setiap organisasi penyelenggara belum terkelola secara efektif dan terintegrasi. Masing-masing organisasi penyelenggara kesehatan mengelola pengaduan secara parsial dan tidak terkoordinir dengan baik. Akibatnya dapat terjadi duplikasi penanganan pengaduan; atau bahkan bisa terjadi pengabaian pengaduan, dengan alasan pengaduan bukan menjadi bidang tugasnya.

Sistem Pengelolaan Pengaduan di setiap penyedia layanan kesehatan untuk merealisasikan kebijakan “*no wrong door policy*” yang menjamin hak masyarakat agar pengaduan dari manapun dan jenis apapun akan disalurkan kepada penyelenggara pelayanan publik yang berwenang menangani.

Laporan pengaduan berasal dari berbagai pihak seperti individu, kelompok masyarakat, komunitas, lembaga/organisasi (LSM, NGO), institusi pemerintah, kelompok peduli dan pihak lain yang berkepentingan. Hal ini sesuai dengan Perpres Nomor 76/2013 dimana Pengadu bisa berasal dari warga negara maupun penduduk baik orang perseorangan, kelompok maupun badan hukum yang menyampaikan pengaduan kepada pengelola pengaduan pelayanan publik. Pengaduan bisa dilakukan oleh setiap orang yang dirugikan atau pihak lain yang menerima kuasa untuk mewakilinya. Namun, dalam

konteks pengaduan berbasis komunitas ini, Pengadu masih terbatas pada komunitas populasi kunci sebagaimana disebutkan di dalam bab Komunitas.

Dalam upaya menjadikan komunitas sebagai pelaku utama untuk mendorong peningkatan kualitas mutu layanan, perlu instrumen yang memberikan ruang untuk pengaduan dan kritik membangun. Instrumen yang dimaksud yakni *Community Based Monitoring and Feedback* yang merupakan sistem yang **berfokus pada komunitas**, untuk **melaporkan kejadian/peristiwa yang dialami oleh komunitas** agar didapatkan umpan balik dari pemangku kepentingan.

Community Based Monitoring and Feedback adalah “Sistem yang berfokus pada komunitas, untuk melaporkan kejadian/peristiwa yang dialami oleh komunitas” agar didapatkan umpan balik dari pemangku kepentingan.

C. Asas dan Prinsip dalam CBMF

Berdasarkan penjelasan tentang CBMF di atas, asas yang dianut oleh system ini adalah: *dari, oleh dan untuk komunitas*. Hal ini secara jelas memberikan arti bahwa seluruh upaya penanganan masalah harus berawal dari kemauan dan kesadaran kritis dari komunitas itu sendiri untuk kepentingan perbaikan penyedia layanan (*pelayanan publik*) dan lembaga penyelenggara program hiv dan aids yang berdampak pada komunitas. Oleh karena itu komunitas sebagai penerima manfaat harus dimotivasi dan diberi kesempatan yang luas untuk bertindak pro-aktif dan terlibat dalam setiap tahapan penanganan masalah sampai masalah dianggap selesai oleh penyedia layanan.

Berdasarkan azas tersebut, berikut adalah prinsip dalam pengelolaan CBMF:

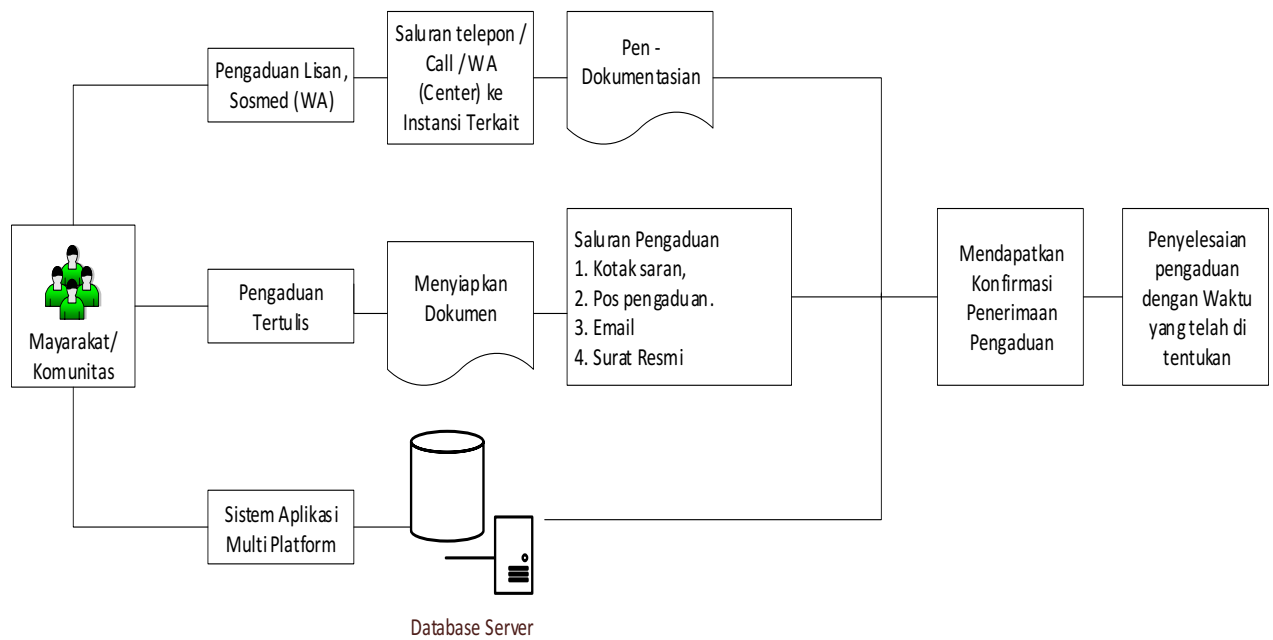
- Kemudahan: Setiap anggota komunitas diberikan kemudahan untuk menyampaikan laporan pengaduan. Kemudahan dalam hal ini adalah terkait saluran dan mekanisme yang disediakan.
- Partisipatif: Untuk mendorong kemandirian komunitas dan peningkatan kualitas layanan program HIV/AIDS, diperlukan partisipasi komunitas dalam, pemantauan, pelaporan dan berbagai tahap penanganan pengaduan. Komunitas dimotivasi untuk berperan aktif dan lembaga - CSO, CBO mendorong dan mengadvokasi serta memastikan bahwa komunitas terlibat aktif.
- Transparan: Penanganan masalah harus dikelola secara terbuka dimana komunitas khususnya mendapatkan informasi proses penanganan pengaduan. Kemajuan penanganan masalah bisa disampaikan secara langsung maupun melalui papan informasi atau *dashboard*.
- Akuntabilitas: Proses kegiatan pengelolaan laporan pengaduan dan masalah serta tindak lanjutnya harus dapat dipertanggung jawabkan kepada masyarakat (*komunitas*) sesuai dengan ketentuan atau prosedur yang berlaku.

- Obyektif: Penanganan laporan pengaduan dan masalah harus bersifat obyektif dan tidak memihak salah satu pihak dan didasarkan pada prinsip dan prosedur yang seharusnya secara konsisten. Pengaduan yang muncul harus selalu *diuji kebenarannya melalui mekanisme uji silang* sehingga penanganan sesuai data dan fakta yang sebenarnya.
- Rahasia: Identitas komunitas yang melaporkan pengaduan dijaga kehasiaannya kecuali yang bersangkutan menghendaki sebaliknya atau dibuka jika diminta berdasarkan prosedur hukum. Hal ini dimaksudkan untuk melindungi hak pelapor agar merasa aman berkaitan dengan masalah yang telah dilaporkannya.
- Proporsional: Penanganan harus sesuai dengan cakupan kasus atau masalah yang terjadi dengan memperhatikan keseimbangan tanpa melebihkan atau mengurangi masalah.
- Cepat dan akurat: Setiap laporan pengaduan dan permasalahan perlu ditangani atau ditanggapi secara cepat dengan berdasarkan informasi yang akurat. Untuk itu penanganan masalah dan pengaduan ditentukan tenggat waktu penyelesaiannya.
- Berjenjang: Semua pengaduan ditangani sesuai prosedur dengan jenjang berdasar kewenangan dimana terdapat tugas pokok dan fungsi serta kewenangan berdasar wilayah kabupaten/kota, provinsi atau nasional. Jika penanganan pengaduan tidak mampu di jenjang tertentu, untuk menangani—setelah dilakukan evaluasi—dapat dinaikkan derajatnya untuk meminta dukungan penanganan dari tingkatan di atasnya.

“Penanganan masalah perlu mempertimbangkan kondisi sosial budaya masing-masing wilayah dan kearifan lokal sejauh tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan

D. Bentuk dan Media CBMF

Sesuai dengan prinsip kemudahan dalam menyampaikan pengaduan, serta terdokumentasikannya pelaporan tersebut maka media pengaduan dapat dilakukan dengan cara :



Gambar 11. Jenis Media Pengaduan

1. Pengaduan secara Lisan melalui Call Centre

Pengaduan secara lisan bisa dilakukan melalui media pengaduan berupa *call center* dengan nomor telepon yang telah ditentukan ataupun aplikasi *chat center*. Melalui sistem ini operator/administrator pengaduan dapat mengidentifikasi sekaligus mengklarifikasi keluhan, menindaklanjuti /merespon keluhan secara langsung dan jikalau tidak dapat menindaklanjuti secara langsung keluhan tersebut akan diteruskan ke unit yang dituju untuk segera menindaklanjuti. Tahapan proses diinformasikan kepada pengadu bahwa informasi yang disampaikan telah diteruskan ke pihak terkait. Operator atau administrator akan meminta tanggapan dari unit yang dituju dengan tenggat waktu yang sudah ditentukan. Penanganan pengaduan nantinya akan di kirimkan ke pengadu sebagai umpan balik. Jikalau masyarakat sudah puas maka penanganan keluhan selesai dan jikalau belum/atau tidak puas kemudian akan diidentifikasi kembali dan seterusnya.

2. Pengaduan secara tertulis

Media yang disampaikan oleh pengadu dengan secara tertulis melaui jalur seperti kotak saran, pos pengaduan, email instansi maupun surat resmi ke institusi yang dituju .Sebelum pelapor mengadukan permasalahannya, terlebih dahulu mempersiapkan dokumen pendukung seperti mengisi formulir yang didapatkan dari penyedia layanan atau pun mempersiapkan sendiri setelah itu dokumen tersebut dikirimkan melalui jalur tersebut di atas. Pengadu mendapatkan konfirmasi bahwa dokumen telah di terima dan akan ditindaklanjuti oleh pihak terkait pengaduan tersebut dengan mekanisme ini

proses identifikasi dan validasi ada langsung pihak atau instansi terkait pengaduan.

3. Pengaduan melalui mekanisme sistem berbasis aplikasi *multi platform*

Media tersebut berbasis sistem informasi multi platform yaitu aplikasi komputer berbasis internet yang mampu menampung data informasi/ pengaduan dalam satu basis data yang diharapkan dapat melakukan komunikasi data secara cepat. Pengaduan dapat disampaikan mulai tingkat kecamatan/distrik sampai dengan tingkat pusat meskipun berjenjang namun bisa dilakukan secara cepat dan transparan. Semua aktifitas dari proses identifikasi, verifikasi dan validasi tercatat. Jikalau telah melalui proses tersebut laporan masalah secara otomatis terdisposisi ke institusi yang dituju untuk mendapatkan proses tindak lanjut berdasarkan waktu perkiraan yg telah disepakati dan pelapor mendapatkan status dari laporannya melalui sistem aplikasi.

E. Tingkatan Pengaduan dan Penanganan dalam CBMF

Monitoring yang dilakukan pada komunitas berada pada tiga level yang menyesuaikan tingkat dan kadar masalah pengaduan yang terjadi. Tingkat Pertama yakni ada di **Kabupaten/Kota**. Pada level pertama tersebut, komunitas bisa membuat laporan pengaduan terhadap akses layanan pelayanan publik pada tingkat dasar. Diharapkan laporan pengaduan yang dilakukan komunitas mendapat respon bahkan pada kadar dan tingkat masalah tertentu, pengaduan dapat diselesaikan pada tingkat pelaksana, organisasi penyelenggara maupun penyelenggara di level paling dasar.

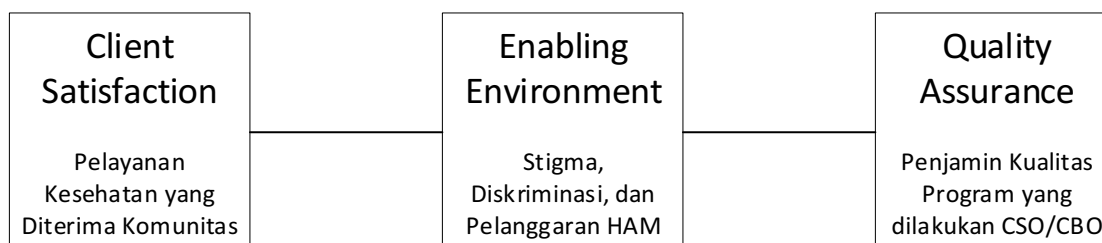
Laporan pengaduan yang diteruskan kepada institusi di tingkat kabupaten/kota akan dilakukan dengan merujuk pada kewenangan sebagaimana diatur di dalam nomenklatur tentang tugas pokok dan fungsi institusi tersebut. Misal pengaduan tentang Pelayanan di Puskesmas akan diteruskan kepada Dinas Kesehatan yang secara khusus akan diteruskan kepada Bidang yang memiliki kewenangan terkait Pelayanan Kesehatan. Pengaduan juga bisa disampaikan kepada APIP yaitu inspetorat daerah.

Begitu pula pada **Tingkat Provinsi**, komunitas sebagai pengadu dapat memberikan laporan pengaduan pada tingkat layanan kesehatan provinsi maupun rujukan terkait akses pelayanan publik yang dirasakan oleh Komunitas. Seperti halnya pada level kab/kota, pada level provinsi, pengaduan dan masalah akan diselesaikan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab dari pelaksana, organisasi penyelenggara dan penyelenggara pelayanan publik

Komunitas yang melakukan pengaduan dalam **Tingkat Nasional** terkait dengan akses layanan publik. Pengaduan dapat berupa kebijakan yang bersifat nasional, rujukan dan layanan publik lain kepada pelaksana, organisasi penyelenggara dan penyelenggara pelayanan publik. Lebih jauh, dalam level nasional tidak hanya pada 3 penyelenggara layanan publik namun juga pengaduan dapat dialamatkan pada komisi independen yang

dibentuk berdasarkan peraturan perundang-undangan semisal Ombudsman, BPKP, Komisi Nasional Hak Asasi Manusia, dll.

F. Ruang Lingkup CBMF



Gambar 12. Ruang Lingkup CBMF

CBMF memiliki tiga ruang lingkup utama yakni Client Satisfaction, Enabling Environment dan Quality Assurance. Berikut adalah penjelasan atas tiga ruang lingkup CBMF.

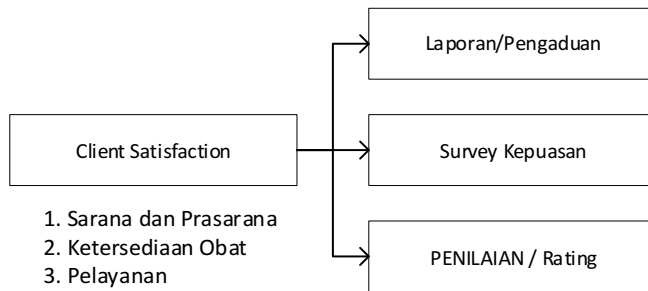
1. Client Satisfaction

Ruang lingkup ini difokuskan kepada Pelayanan kesehatan yang diterima/diakses oleh Komunitas yang diharapkan tidak terbatas hanya kepada layanan kesehatan HIV dan AIDS.

Kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan pelanggan setelah membandingkan antara apa yang dia terima dan harapannya (Umar, 2005:65). Kepuasan dapat diartikulasikan dalam bentuk perasaan puas, rasa senang dan kelegaan atas layanan yang diterimanya. Dalam konteks CBMF yang dimaksud dengan kepuasan pelanggan adalah suatu keadaan dimana komunitas atau penerima layanan dapat melakukan pengaduan ke dalam sistem pengaduan jika mengalami perasaan tidak puas terhadap pelayanan publik.

Berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. Kep/25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah, Kepuasan Pelayanan adalah hasil pendapat dan penilaian masyarakat terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh aparatur penyelenggara pelayanan publik. Dalam rangka pengukuran kepuasan, disusun Indeks Kepuasan Masyarakat yang didefinisikan sebagai data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya. Di dalam ketentuan tersebut juga diatur tentang unsur minimal yang harus ada di dalam indeks juga langkah-langkah dalam IKM.

Berikut adalah gambaran terkait ruang lingkup *client satisfaction*:



Gambar 13. Ruang Lingkup Client Satisfaction dalam CBMF

Fokus pelayanan CBMF dalam ruang lingkup client satisfaction dikerangkakan ke dalam tiga isu utama yaitu;

a. Sarana dan prasarana;

Sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud atau tujuan. Sebagai contoh yang masuk dalam katagori ini adalah reagen, alat habis pakai seperti jarum suntik, alat laboratorium seperti alat pemeriksa darah, dll. **Prasarana** adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses. Sebagai contoh prasarana adalah ketersediaan tempat pelayanan seperti gedung, ruang pemeriksaan, ruang perawatan, ruang konseling, laboratorium termasuk juga ruang tunggu, dll.

b. Ketersediaan Obat

Isu utama yang ada pada bagian ini adalah terkait permasalahan yang terkait dengan obat. Pada program HIV/AIDS, seringkali ditemui adanya kasus kualitas obat—khususnya ARV—yang sudah dalam kondisi rusak atau expired. Bahkan, ditemukan banyak pemberitaan tentang kekosongan ARV. Komunitas seringkali mengalami kebingungan dan tidak tahu kemana harus mengadukan permasalahan ini. CBMF memberikan ruang bagi komunitas untuk melakukan pengaduan terkait obat.

c. Pelayanan

Secara medis, pelayanan didefinisikan sebagai pelayanan yang diterima seseorang dalam hubungannya dengan pencegahan, diagnosis, dan pengobatan suatu gangguan kesehatan tertentu. Pelayanan medis ini mencakup namun tidak terbatas pada aspek kemudahan diakses baik terkait jadwal/waktu maupun lokasi layanan, ketersediaan petugas atau sumber daya manusia, standar biaya. Hal tersebut seringkali dikeluhkan oleh komunitas.

Dari ketiga fokus tersebut, ada tiga cara komunitas memberikan persepsi, masukan dan pendapatnya, yakni:

a. Laporan Pengaduan

Laporan Pengaduan dilakukan komunitas jika layanan kesehatan yang diterima tidak sesuai kaidah kepuasan pelanggan atau tidak sesuai harapan. Komunitas bisa memberikan laporan peristiwa atau kejadian yang dialaminya dengan mendeskripsikan waktu kejadian, institusi pemberi layanan, pelaksana pelayanan dengan dilengkapi deskripsi kejadiannya secara spesifik. Sesuai UU Pelayanan Publik, pengaduan harus dilakukan selambat-lambatnya 30 hari dari kejadian.

Hal lain yang wajib dilaporkan adalah identitas dari pembuat pengaduan seperti nama, alamat, kontak poin seperti HP atau email. Hal ini untuk memudahkan proses verifikasi dan validasi pelaporan serta untuk memberikan umpan balik. Layanan kesehatan yang dilaporkan bisa mencakup semua wilayah di tingkat kabupaten, provinsi dan nasional. Terkait pengaduan pelayanan publik, CBMF akan mengikuti ketentuan yang sudah diatur di dalam beberapa kebijakan sebagaimana telah dijelaskan di dalam Bab 2 tentang pengaduan pelayanan publik.

b. Survey Regular

Survey regular bisa dilakukan secara regular (tiga bulanan, enam bulanan atau satu tahun sekali). Survey hanya akan dilakukan kepada komunitas yang terdata di dalam CBMF dan institusi penyedia layanan yang pernah melayani mereka. Dalam survey regular akan dibuat instrumen berupa kuisisioner yang berisi daftar pertanyaan untuk digali jawaban dari komunitas. Kuisisioner akan disusun sesuai dengan konteks kebutuhan namun akan tetap dikerangkakan dalam upaya untuk mendapatkan masukan guna perbaikan kualitas layanan dan mendorong adanya layanan yang sesuai dengan kebutuhan komunitas.

Dalam penyusunan survey kepuasan klien, ketentuan yang menjadi rujukan adalah Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No. 16 Tahun 2014 tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Penyelenggaraan Pelayanan Publik. Survei Kepuasan Masyarakat adalah pengukuran secara komprehensif kegiatan tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari penyelenggara pelayanan publik. Di dalam ketentuan ini juga dimuat tentang ruang lingkup, pelaksanaan dan teknik survey termasuk di dalamnya penyusunan instrument, penentuan responden dll.

c. Pemeringkatan

Pada alat ini, komunitas dapat memberikan rangking atau memberi peringkat atas kualitas pelayanan yang diterima. Pemeringkatan terhadap pelayanan kesehatan, menjadi bagian dari komunitas untuk memberikan apresiasi atas layanan kesehatan yang mengakomodir kebutuhan komunitas dan memiliki kualitas pelayanan yang baik. Di sisi lain, dengan peringkat yang rendah komunitas membantu layanan

kesehatan untuk mengetahui situasi dan kualitas layanan dari perspektif komunitas sehingga menjadi pendorong untuk melakukan perbaikan.

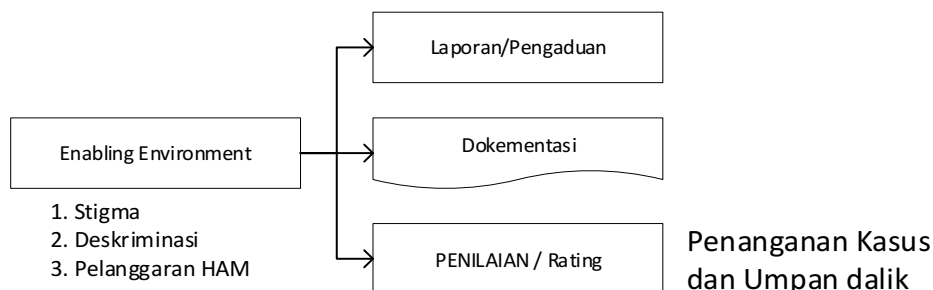
Terkait Ruang Lingkup *Client Satisfaction* khususnya Laporan Pengaduan serta Pemingkatan sudah diidentifikasi adanya *tools* atau *instrument* yang bisa mendukung dan dilakukan integrasi. Tools tersebut adalah aplikasi **Sobat Sehat** yang dikembangkan oleh IAC. Sobat Sehat adalah aplikasi direktori layanan kesehatan HIV dan TB. Direktori ini menggunakan data Kemenkes yang diupdate pada November 2018 dan sudah mencakup semua wilayah di Indonesia. Aplikasi ini memiliki fitur *geo-tagging* dan yang bisa terhubung dengan *google maps*. Hal ini akan memudahkan komunitas dalam memberikan laporan pengaduan dan memberika rating layanan kesehatan yang sudah mereka terima.

Terkait Survey, IAC secara reguler telah melaksanakan survey terkait kualitas layanan dari perspektif komunitas. Survey dilakukan dengan menggunakan platform online yaitu tools KOBO. Kegiatan survey ini sendiri dinamakan dengan **KOBO Patient Satisfaction Survey**. Dalam survey ini sudah disusun instrument berupa kuisisioner yang bisa digunakan untuk CBMF dengan penyesuaian atau modifikasi sesuai kebutuhan dan relevansi.

2. Enabling Environment

Enabling environment atau lingkungan kondusif adalah gambaran situasi yang mendukung dalam pelaksanaan progam HIV dan memberikan ruang bagi komunitas untuk mendapatkan hak-haknya. Sebagaimana jamak diketahui, di Indonesia sentimen negatif publik terhadap komunitas masih tinggi. Hal ini memicu upaya upaya untuk mengeksklusi kelompok tersebut melalui stigma dan diskriminasi serta mengarah pada persekusi dan pelanggaran HAM.

Ruang lingkup enabling environment ini difokuskan kepada peristiwa atau kejadian terkait pelanggaran hak atau tidak terpenuhinya hak karena ada faktor eksternal yang secara sengaja menghalangi pemenuhan hak komunitas. Hal ini mencakup stigma dan diskriminasi serta pelanggaran HAM. Berikut adalah gambaran ruang lingkup enabling environment:



Gambar 14. Ruang Lingkup Enabling Environment dalam CBMF

Fokus utama dari enabling environment adalah:

a. Stigma

Stigma adalah 'ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya (KBBI/stigma). Pada kamus Oxford 'stigma' dimaknai dengan '*a mark of disgrace associated with particular circumstances, quality, or person*' (suatu cap keaiban yang berkenaan dengan keadaan, mutu atau seseorang).

b. Diskriminasi

Diskriminasi adalah pembedaan perlakuan terhadap sesama warga negara (berdasarkan warna kulit, golongan, suku, ekonomi, agama, dan sebagainya) (KBBI/diskriminasi). Diskriminasi juga diartikan sebagai perlakuan yang tidak adil dan tidak seimbang yang dilakukan untuk membedakan terhadap perorangan, atau kelompok, berdasarkan sesuatu, biasanya bersifat kategorikal, atau atribut-atribut khas, seperti berdasarkan ras, kesukubangsaan, agama, atau keanggotaan kelas-kelas sosial. Diskriminasi, dalam diskursus hak asasi manusia, dapat terjadi karena ketiadaan perlindungan hukum ataupun justru karena adanya hukum dan kebijakan yang diskriminatif.

c. Pelanggaran HAM

Pelanggaran HAM adalah setiap perbuatan seseorang atau kelompok orang termasuk aparat negara baik disengaja maupun tidak disengaja atau kelalaian, melanggar, membatasi, dan atau mencabut hak asasi manusia seseorang atau kelompok orang, dan tidak mendapatkan, atau dikhawatirkan tidak akan memperoleh penyelesaian hukum yang adil dan benar, berdasarkan mekanisme hukum yang berlaku. Pelanggaran HAM mencakup: jenis pelanggaran, kronologi kejadian, pelaku, korban, waktu.

Terkait akan hal tersebut di atas CBMF memberikan ruang bagi komunitas untuk melakukan:

a. Pelaporan Pengaduan

Laporan Pengaduan dilakukan komunitas jika ada peristiwa atau kejadian terkait stigma, diskriminasi dan pelanggaran HAM yang dialami oleh komunitas. Komunitas bisa memberikan laporan peristiwa atau kejadian yang dialaminya dengan mendeskripsikan waktu, dengan dilengkapi deskripsi kejadiannya seperti pelaku, korban, saksi, dll. Hal lain yang wajib dilaporkan adalah identitas dari pembuat pengaduan seperti nama, alamat, kontak poin seperti HP atau email. Hal ini untuk memudahkan proses verifikasi dan validasi pelaporan serta untuk memberikan umpan balik.

Khusus laporan pelanggaran pelanggaran HAM, harus juga dicatat tentang kategori pelanggaran HAM termasuk pelanggaran HAM ringan atau berat (genosida dan kejahatan kemanusiaan). Di bagian ini juga perlu diperinci jenis pelanggaran HAM yaitu pelanggaran HAM langsung (*commission*), yakni pelaku baik sebagai pelaku yang melakukan perbuatan, turut serta, maupun permufakatan untuk melakukan pelanggaran HAM tertentu atau

pelanggaran tidak langsung yaitu berupa pembiaran (*ommission*) atas terjadinya peristiwa pelanggaran HAM padahal mempunyai kewenangan dan kemampuan untuk melakukan tindakan tertentu berdasarkan kewenangan yang diberikan oleh peraturan perundang-undangan.

Dalam pelaporan **Pelaku** adalah seseorang atau sekelompok orang yang bertindak berdasarkan kewenangan yang diberikan oleh peraturan perundang-undangan atau pihak lainnya yang melakukan pelanggaran HAM. Pelaku pelanggaran HAM terdiri dari: 1). Pelaku Negara (*state actor*): Negara dianggap sebagai pelaku pelanggaran HAM merupakan konsekuensi dari tanggung jawab yang diembannya yaitu untuk menghormati (*to respect*), melindungi (*to protect*) dan memenuhi (*to fulfil*) HAM sehingga ketika suatu negara baik sengaja maupun karena kelalaiannya melakukan tindakan yang melanggar ketiga kewajiban tersebut, maka negara telah dianggap melakukan pelanggaran HAM. Hal demikian terutama jika negara tidak berupaya melindungi atau meniadakan hak-hak rakyat yang bersifat non-derogable rights (hak yang tidak dapat dibatasi dan dikurangi) dan membiarkan aparat-aparat negara melakukan pelanggaran itu sendiri. 2). Pelaku Non Negara (*non state actor*): sekelompok masa yang terorganisir, pihak yang mempunyai kekuasaan tertentu pada subyek tertentu: perusahaan multinasional atau perusahaan transnasional.

Pelaporan juga mencatat informasi tentang Korban yaitu orang atau sekelompok orang yang mengalami penderitaan fisik, mental, dan/ atau kerugian ekonomi yang diakibatkan secara langsung maupun tidak langsung oleh suatu pelanggaran hak asasi manusia. Untuk Pelaku dan Korban yang bersifat perseorangan, dilakukan pencatatan berupa: Nama, Jenis Kelamin. Khusus untuk Korban, juga dicatat tentang tempat dan tanggal lahir, status perkawinan, status HIV, dll.

Laporan pengaduan baik Stigma, diskriminasi maupun pelanggaran HAM. Pencatatan laporan tersebut memuat kategori isu: Pendidikan, Pekerjaan, Administrasi kependudukan, Pemidanaan (pengguna narkoba, Pekerja seks, homoseksual, Perempuan dan anak).

Terkait pelaporan stigma, diskriminasi dan pelanggaran HAM, IAC dan juga mitra IAC yaitu JIP dan OPSI telah mengembangkan alat untuk pencatatan pelaporan. IAC mengembangkan instrument berupa Pendokumentasian Pelanggaran HAM Berbasis Kejadian secara online yang bisa diakses di tautan berikut:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfDyiALOWiMDze9C3Px6zb_ON_bQZabUPvAITXWOKDLjLq_gw/viewform.

b. Pendokumentasian

Pendokumentasian kasus dilakukan terhadap permasalahan HAM yang mencakup: 1). Sudah diterima, 2). Sedang ditangani, 3). Telah diselesaikan.

Pendokumentasian terhadap laporan kejadian yang sudah diterima didefinisikan sebagai peristiwa dugaan pelanggaran HAM telah dilaporkan dan diterima secara resmi oleh pihak terkait. Dalam mendokumentasikan pelaporan yang harus diidentifikasi adalah: Pelapor (nama, tempat tanggal lahir, alamat, No HP, email), Nomor laporan, Penerima laporan (nama, instansi, jabatan), Tanggal laporan, Peristiwa (*merujuk ke pendokumentasian*)

Laporan sedang ditangani adalah peristiwa pelanggaran HAM sedang ditangani dengan mekanisme tertentu misalnya melalui mekanisme yudisial atau non-yudisial, mediasi, administratif, atau mekanisme-mekanisme lainnya untuk pemulihan hak-hak korban pelanggaran HAM. Jenis penanganan: 1.) Litigasi: penyelesaian pelanggaran HAM sebagaimana tercantum dalam Kitab Undang Undang Hukum Acara Pidana (KUHP), yaitu melalui penyelidikan dan penyidikan di tingkat kepolisian, penuntutan di tingkat Kejaksaan, dan persidangan di pengadilan. 2). Non-litigasi adalah mekanisme penyelesaian pelanggaran HAM melalui jalur di luar hukum. Jalur yang bisa ditempuh adalah arbitrase, mediasi, dan pelaporan pada badan-badan HAM atau komisi yang telah dibentuk di Indonesia untuk melakukan penegakan hak-hak di Indonesia, yaitu Komnas HAM, Komnas Perempuan, Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI), Ombudsman Republik Indonesia (ORI), Komisi Penyiaran Indonesia (KPI), dan Komisi Pengawasan Persaingan Usaha (KPPU). 3). judicial review atau peninjauan kembali atas sebuah produk kebijakan. Terbagi menjadi dua, yaitu jika peninjauan kembali terhadap Undang Undang melalui Mahkamah Konstitusi (MK), sedangkan untuk peninjauan kembali peraturan daerah, keputusan pengadilan, serta kebijakan lain di bawah Undang Undang melalui Mahkamah Agung (MA). Terhadap semua kronologi pada tahap ditangani, semua dicatat tempat, waktu, pihak yang terlibat, dll).

Telah diselesaikan: peristiwa pelanggaran HAM telah diselesaikan dengan adanya bentuk-bentuk tertentu pemulihan bagi korban pelanggaran HAM. Restitusi, Kompensasi, Rehabilitasi, Jaminan kepuasan dan ketidakberulangan. Pendokumentasian dilakukan dengan mencatat dan mengumpulkan bukti-bukti.

c. Pemeringkatan

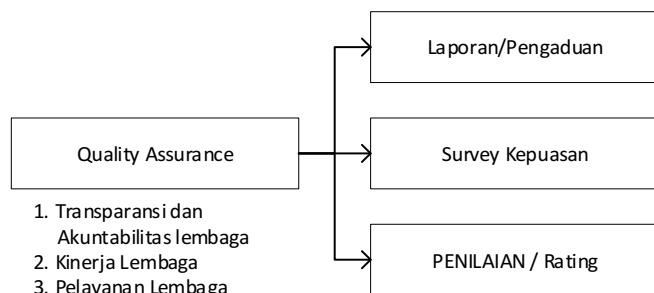
Dalam pemeringkatan, ada dua aspek yang dapat dilihat yakni pemeringkatan terhadap kasus yang telah tuntas untuk menilai terkait prosesnya. Aspek lain adalah pemeringkatan terhadap semua institusi yang terlibat dalam semua proses penanganan kasus.

3. Quality Assurance

Ruang lingkup Quality Assurance (Penjaminan Kualitas) difokuskan terhadap Program HIV dan AIDS yang dilaksanakan Lembaga/organisasi (CSO,CBO) baik

yang didanai oleh lembaga mitra pembangunan internasional maupun melalui pendanaan pemerintah dan juga sektor bisnis. Kebijakan yang relevan dengan penjaminan kualitas adalah Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No. 53/2011 tentang Penjaminan Kualitas dan Pedoman Monitoring dan Evaluasi Reformasi Birokrasi.

Di dalam peraturan tersebut secara umum penjaminan kualitas adalah suatu rangkaian kegiatan yang sistematis dalam rangka untuk meyakinkan apakah pelaksanaan program telah sesuai dengan acuan nasional, kebijakan, strategi dan standar yang ditetapkan untuk pelaksanaan program. Berikut adalah gambaran ruang lingkup Penjaminan Kualitas.



Gambar 15. Ruang Lingkup Quality Assurance dalam CBMF

Tema utama dalam penjaminan kualitas mencakup:

a. **Transparansi dan Akuntabilitas**

Transparansi atau keterbukaan berarti keputusan yang diambil dan pelaksanaannya dilakukan dengan cara atau mekanisme yang mengikuti aturan atau regulasi yang ditetapkan oleh lembaga. Transparansi juga bisa berarti bahwa informasi yang berkaitan dengan organisasi tersedia secara mudah dan bebas serta bisa diakses oleh mereka yang terkena dampak kebijakan yang dilakukan oleh organisasi tersebut. Walaupun ada informasi yang tidak boleh diketahui oleh publik, yang sering disebut dengan “rahasia perusahaan”, maka harus ada kriteria yang jelas untuk itu. Keterbukaan juga bisa berarti informasi yang cukup berkaitan dengan kinerja lembaga tersedia dan disajikan dalam bentuk atau media yang mudah dipahami masyarakat.

Akuntabilitas adalah istilah yang menggambarkan tingkat pertanggungjawaban seseorang ataupun suatu lembaga tertentu yang berkaitan dengan sistem administrasi yang dimilikinya. Kata kunci yang bisa menjelaskan sekaligus menghubungkan akuntabilitas dan transparansi adalah pengungkapan (*disclosure*). Pengungkapan data dan informasi merupakan praktik transparansi di satu sisi dan pada saat yang sama menjadi prasyarat akuntabilitas.

Transparansi dan akuntabilitas ini mencakup berbagai aspek seperti hukum, manajerial, kebijakan, dan financial. Banyak CSO/CBO yang melakukan

keterbukaan hanya karena memenuhi ketentuan dari pemberi dana/donor namun kepada stakeholder lain masih sangat minim.

b. Kinerja Lembaga

Kinerja merupakan gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu program dalam mewujudkan sasaran, tujuan, visi dan misi organisasi (Moeheriono. 2010. Pengukuran Kinerja Berbasis Kompetensi). Kinerja diukur secara periodic bersifat konkret, dapat diamati dan dapat diukur dengan menggunakan indikator. Dalam program HIV, Kinerja misalnya diukur dari pencapaian program pada periode tertentu untuk melakukan pendampingan populasi yang diukur dengan indikator jumlah target yang sudah ditetapkan.

Pengukuran kinerja bisa dilakukan di tingkatan input, proses, output dan outcome. Indikator bisa dalam bentuk kuantitatif, kualitatif ataupun ketepatan waktu. Kinerja juga bisa dikategorikan menjadi; 1). Kinerja lembaga, 2). Kinerja Unit, 3). Kinerja Individu. Ketiga hal ini akan saling terkait dimana jika mayoritas kinerja individu baik, maka kinerja unit dan lembaga juga akan baik.

c. Pelayanan Lembaga

pelayanan atau *service* adalah setiap kegiatan atau manfaat yang diberikan suatu pihak kepada pihak lainnya yang pada dasarnya tidak berwujud dan tidak pula berakibat pemilikan sesuatu. dan produksinya dapat atau tidak dapat dikaitkan dengan suatu produk fisik (Munir. 2006. Manajemen Pelayanan Umum). Pelayanan dilakukan dengan mengacu kepada sistem, prosedur dan metode sebagai bagian dari usaha memenuhi kepentingan orang lainya sesuai dengan haknya. Pelaksanaan pelayanan dapat diukur, oleh karena itu dapat ditetapkan standar baik dalam waktu yang diperlukan maupun hasilnya. Dengan adanya standar, manajemen dapat merencanakan, melaksanakan, mengawasi dan mengevaluasi kegiatan pelayanan agar hasil akhir memuaskan kepada pihak-pihak yang mendapatkan pelayanan.

Cakupan pelayanan yang masuk kategori di sini adalah terkait pelayanan dalam penyediaan sarana dan prasarana oleh lembaga misal ketersediaan materi komunikasi informasi dan edukasi, kondom dan pelican serta ruang untuk pelayanan dukungan bagi ODHA. Di sisi lain, kuantitas SDM yang disediakan dibandingkan jumlah dampingan serta kualitas SDM pelaksana terkait pengetahuan dan keterampilan layanan. Hal lain adalah profesionalitas lembaga dimana hal ini termasuk dalam etika, standar pelayanan, dll. Kualitas pelayanan bisa diukur dengan beberapa indikator yaitu; produktivitas dengan membandingkan rasio input dan output, kualitas pelayanan, responsivitas atau daya tanggap, reliability atau keandalan, dan assurance atau jaminan. Semua indikator ini bisa digunakan baik di tingkat individu maupun tingkat lembaga.

Dari ketiga fokus tersebut, ada tiga cara komunitas memberikan persepsi, masukan dan pendapatnya, yakni:

a. Laporan Pengaduan

Laporan Pengaduan dilakukan komunitas jika tiga focus sebagaimana disebutkan di atas tidak sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku. Pengaduan yang dilaporkan berbasis pada bukti baik yang bersifat transparansi maupun akuntabilitas, kinerja lembaga maupun untuk pelayanan lembaga.

Komunitas bisa memberikan laporan peristiwa atau kejadian yang dialaminya atau yang diketahui dengan mendeskripsikan waktu, organisasi pemberi layanan, dan juga detail informasi menyangkut salah satu dari tiga ruang lingkup quality assurance. Hal lain yang wajib dilaporkan adalah identitas dari pembuat pengaduan seperti nama, alamat, kontak poin seperti HP atau email. Hal ini untuk memudahkan proses verifikasi dan validasi pelaporan serta untuk memberikan umpan balik. Layanan kesehatan yang dilaporkan bisa mencakup semua wilayah di tingkat kabupaten, provinsi dan nasional.

b. Survey Reguler

Survey bisa dilakukan secara reguler (tiga bulanan, enam bulanan atau satu tahun sekali). Dalam survey reguler akan dibuat instrumen berupa kuisisioner yang berisi daftar pertanyaan untuk digali jawaban dari komunitas. Kuisisioner akan disusun sesuai dengan konteks kebutuhan namun akan tetap dikerangkakan dalam upaya untuk mendapatkan masukan guna perbaikan dalam aspek penjaminan kualitas program.

Dalam penyusunan survey penjaminan kualitas program, digunakan rujukan berupa perencanaan program serta mekanisme dan prosedur yang menjadi rujukan pelaksanaan program. Di pelaksanaan survey juga perlu ada penjelasan tentang ruang lingkup, pelaksanaan dan teknik survey termasuk di dalamnya penyusunan instrument, penentuan responden dll.

c. Pemeringkatan

Pada alat ini, komunitas dapat memberikan rangking atau memberi peringkat atas kualitas pelayanan yang diterima baik pelayanan oleh organisasi secara umum maupun oleh petugas atau staff dari lembaga. Pemeringkatan terhadap organisasi menjadi bagian dari komunitas untuk memberikan apresiasi atau 'penghargaan' atas layanan yang mengakomodir kebutuhan komunitas dengan kualitas pelayanan yang baik. Di sisi lain, dengan peringkat yang rendah komunitas membantu organisasi untuk mengetahui situasi dan kualitas layanan dari perspektif komunitas sehingga bisa menjadi pendorong untuk melakukan perbaikan.

Terkait Quality Assurance, lembaga pelaksana program HIV/AIDS telah memiliki mekanisme dan prosedur. Spiritia sebagai PR Program GF membangun mekanisme berjenjang untuk monitoring, pelaporan dan evaluasi dari tingkat

SSR ke SR baru kemudian SR ke PR. Ada form-form pelaporan baik untuk laporan keuangan, laporan kinerja lembaga yang dihitung secara kuantitatif maupun laporan kualitatif. Hal serupa juga dilakukan oleh IAC terhadap mitra mereka. Berdasarkan Informasi, Spiritia saat ini juga telah mengembangkan Sistem Informasi Spiritia untuk mendukung upaya penjaminan kualitas program.

G. Para Pelaku Monitoring Berbasis Komunitas

Sebagaimana disebutkan di atas, dilakukan upaya untuk menampung, mencatat, menelaah, menyalurkan, mengkonfirmasi, mengklarifikasi, memberikan alternatif solusi kepada pengadu, mendokumentasi dan mensosialisasikan hasil pengelolaan pengaduan kepada komunitas. Dalam proses berikut adalah para pelaku yang terlibat dalam CBMF di semua tahapan proses.

1. Komunitas sebagai Pelapor

Pengaduan dalam program HIV/AIDS secara umum bisa dilakukan oleh komunitas, Lembaga/CSO penyelenggara program HIV dan AIDS. Namun, dalam konteks CBMF ini, pengadu masih dibatasi kepada Komunitas sebagai dimaksud di dalam Bab Tentang Definisi Komunitas. Dalam hal komunitas tidak memiliki kemampuan atau keterbatasan, misal tidak bisa menulis atau tidak memiliki perangkat yang compatible dengan tools pelaporan, bisa diwakilkan dengan menggunakan surat kuasa. Komunitas membuat laporan secara sederhana namun perlu memenuhi unsur terkait kelengkapan informasi. Kelengkapan tersebut mencakup minimal: apa, dimana, kapan, bagaimana dengan menambahkan bukti-bukti pendukung berupa foto, rekaman suara, rekaman video pendek, dll.

2. Tim Verifikator

Tim verifikator merupakan pihak yang pertama kali menerima laporan pengaduan dan mengelola pengaduan. Dalam konteks CBMF, Tim Verifikator sebaiknya berasal dari pihak-pihak yang dekat dengan komunitas dan juga pihak-pihak yang dekat dengan pelayanan public. Merujuk program yang sudah berjalan baik di IAC maupun Spiritia, mereka yang bisa dilibatkan di antaranya adalah ACS, Fokal Poin, Paralegal, Petugas lapangan CSO/CBO serta tokoh komunitas. Hal ini penting karena Tim menjadi bagian utama untuk melakukan verifikasi baik terhadap Pengadu maupun substansi yang diajukan.

Karena level penanganan masalah ada di tiga tingkatan wilayah (Kab/Kota, Provinsi dan Nasional) maka Tim Verifikator juga ada di tiga tingkatan tersebut. Pemilihan Tim Verifikator juga harus memperhitungkan daya jangkauan dan wilayah intervensi pihak-pihak yang akan menjadi bagian dari Tim Verifikator. Sebagai contoh, lembaga SSR tidak bisa untuk diusulkan menjadi Tim Verifikator di tingkat Provinsi atau Nasional karena wilayah intervensi dan daya jangkauan mereka untuk program masih di tingkat Kabupaten/Kota.

Tim Verifikator mempunyai tanggung jawab untuk melakukan validasi terkait pelapor, substansi pelaporan dan melakukan verifikasi ke pihak-pihak terkait

untuk memastikan bahwa pengaduan tersebut adalah faktual, valid dan kredibel sehingga layak untuk diteruskan kepada Tim Respon.

Mengingat pentingnya peran dan tanggung jawab Tim Verifikator, perlu dikembangkan mekanisme untuk pembentukan Tim Verifikasi. Tim dibentuk berdasarkan kesepakatan bersama yang melibatkan para pemangku kepentingan di masing-masing level. Para pemangku kepentingan mengusulkan nama atau orang untuk menjadi bagian dari Tim Verifikator.

Terhadap Tim Verifikator yang sudah terpilih, dibentuk struktur yang setidaknya mencakup Ketua dan Wakil Ketua serta anggota dan sebaiknya jumlahnya ganjil untuk mengantisipasi jika dalam pembuatan keputusan harus dilakukan voting karena keputusan dari Tim Verifikator bersifat kolektif kolegial. Setelah tim verifikator terbentuk perlu untuk segera menyusun Tugas dan Tanggung Jawab secara rinci termasuk juga prosedur pelaksanaan kerja dalam verifikasi dan validasi.

3. Tim Respon

Tim Respon adalah pihak yang menerima laporan yang sudah dinyatakan *verified* oleh Tim Verifikasi. Tim Respon adalah multi stakeholder team yang berisi perwakilan dari para pemangku kepentingan. Tim Respon ada pada tiga level intervensi yaitu:

- Tim Respon Tingkat Kabupaten/Kota

Terdiri dari perwakilan organisasi SSR, Koordinator Logistik, Rumah Sakit daerah, Dinas Kesehatan, Dinas Kesehatan dan Dinas teknis lain dan juga Badan atau lembaga pemerintah provinsi, Tokoh Masyarakat, lembaga bantuan hukum, KPAD Kab/Kota (jika masih ada)

- Tim Respon Tingkat Provinsi

Terdiri dari perwakilan organisasi SR, Koordinator Logistik, Rumah Sakit Provinsi, Dinas Kesehatan dan Dinas Teknis lain dan juga Badan atau lembaga pemerintah provinsi, Tokoh Masyarakat, lembaga bantuan hukum, KPA Provinsi (jika masih ada)

- Tim Respon Tingkat Nasional

Terdiri dari perwakilan PR, Kementerian Kesehatan, Kementerian dan Lembaga lainnya, perwakilan Mitra Pembangunan Internasional.

Tim Respon memiliki kewenangan dalam memberikan rekomendasi atas pengaduan yang disampaikan oleh komunitas. Tim Respon mendisposisikan pengaduan dan rekomendasi penyelesaian masalah kepada pihak yang berwenang.

Tim dibentuk berdasarkan kesepakatan bersama yang melibatkan para pemangku kepentingan di masing-masing level. Para pemangku kepentingan mengusulkan nama atau orang untuk menjadi bagian dari Tim Respon mewakili lembaganya dan mendapatkan kewenangan untuk mengatasnamakan institusi.

Terhadap Tim Respon yang sudah terpilih, dibentuk struktur yang setidaknya mencakup Ketua dan Wakil Ketua serta anggota dan sebaiknya jumlahnya ganjil untuk mengantisipasi jika dalam pembuatan keputusan harus dilakukan voting karena keputusan dari Tim Respon bersifat kolektif kolegial. Setelah tim Respon terbentuk perlu untuk segera menyusun Tugas dan Tanggung Jawab secara rinci termasuk juga prosedur pelaksanaan kerja tim Respon terkait data analisis, pemantauan pengaduan dan penanganan masalah, dll.

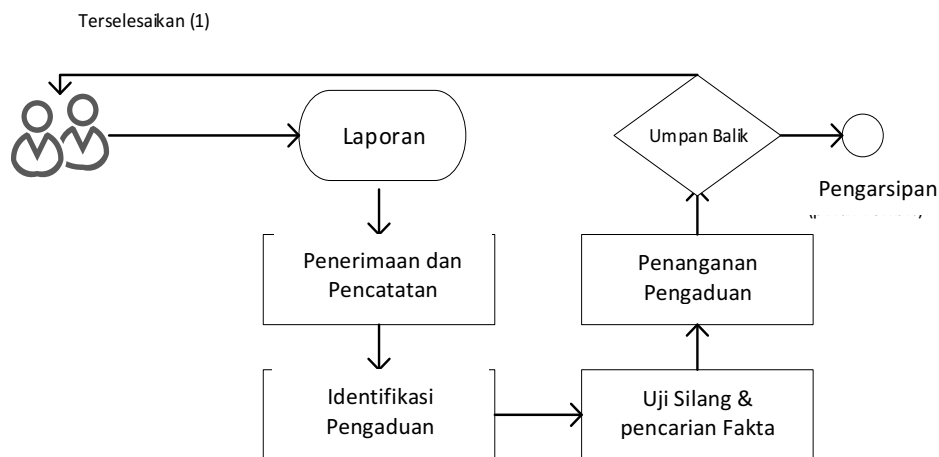
BAGIAN KELIMA

Mekanisme Pengelolaan & Tingkatan Penanganan CBMF

A. Mekanisme Pengaduan CBMF

Mengingat pengaduan merupakan salah satu cara dalam memberikan ruang aspirasi bagi penerima manfaat dalam skema peningkatan kualitas mutu layanan, menjadi penting dibangun tahapan pengaduan yang mampu memotret kejadian, kekurangan dan upaya peningkatan layanan. Pengelolaan pengaduan menjadi penting kaitannya pemenuhan hak masyarakat untuk mendapatkan layanan yang berkualitas.

Secara umum alur mekanisme pengaduan komunitas dapat terlihat dari gambar di bawah ini;



Gambar 16. Mekanisme Pengelolaan Pengaduan CBMF

1. Penerimaan dan pencatatan Laporan

Sarana pengaduan pada tahap awal adalah **menerima** dan **mengidentifikasi pelaporan**. Pengelola pengaduan atau sarana penerima pengaduan mencatat pengaduan komunitas yang masuk/diterima ke dalam format pengaduan masyarakat yang berisi antara lain; nama pengadu/pelapor, alamat pengadu, tanggal pengaduan, nomor pengaduan, lokasi dan waktu kejadian, permasalahan yang diadukan berupa masalah apa saja yang disampaikan, pelaku/personal yang diadukan dan harapan terhadap hasil penyelesaian masalah.

a. Penerimaan

Penerimaan laporan pengaduan terdiri dari pemeriksaan kelengkapan dokumen pengaduan, pencatatan serta pemberian tanggapan kepada pengadu. Tanggapan pengadu berupa;

- Menerima dan memproses kasus; menerima dan memproses laporan pengaduan mengandaikan berkas dan bukti awal dinyatakan lengkap. Pengaduan yang lengkap segera dijawab secara tertulis dalam waktu paling lambat 5 (lima) hari kerja sejak surat pengaduan diterima.
- Menerima dengan beberapa catatan persyaratan dan memberikan informasi tambahan; artinya secara laporan pengaduan secara substansi masuk dalam kategori masalah namun masih membutuhkan berkas maupun bukti awal yang perlu untuk dilengkapi. Proses melengkapi berkas dibatasi selambat-lambanya 10 (sepuluh) hari kerja sejak berkas dikembalikan/dikasih catatan.
- Menolak dengan alasan dan/atau tanpa alasan ; penolakan disebabkan laporan pengaduan yang dialamatkan tidak masuk dalam kategori masalah dalam pengaduan maupun pelaku yang diadukan bukan bagian dari pelayanan publik atau diluar kewenangan dari institusi penyelenggara publik

b. Pencatatan laporan

Pendokumentasian pengaduan atau masalah yang diterima melalui pencatatan dalam dokumen arsip (log book) dan teregister dalam pengelolaan data melalui sistem informasi pengaduan berbasis komunitas sebagai dokumentasi awal. Pencatatan pengaduan sekurang-kurangnya memuat informasi tentang: nomor dan tanggal surat pengaduan, tanggal diterima, identitas pengadu, identitas terlapor dan inti pengaduan.

2. Identifikasi Pengaduan

Pengelompokan dan distribusi pengaduan yang telah didokumentasikan, berdasarkan: (i) Tingkat/jenjang subyek yang diadukan untuk menentukan pelaku awal penanganan; (ii) Isi pengaduan berdasarkan kategori masalah; (iii) status pengaduan, antara lain termasuk kasus lama, kasus lanjutan, dampak ikutan dari masalah yang ada, atau informasi tambahan tentang masalah yang sudah ada.

Laporan pengaduan yang diterima pengaduan mengandung klasifikasi masalah dalam penanganannya, maka pengaduan berdasarkan responnya dapat diklasifikasikan kedalam 3 (tiga) sifat berdasarkan penanganan, yaitu;

- Sangat Urgen (SU), dengan kriteria bila menyangkut nyawa/status kesehatan seseorang , selambat-lambatnya 1 hari kerja untuk diberikan jawaban sejak pengaduan diterima dan 14 hari kerja untuk penyelesaian masalah sejak pengaduan disampaikan kepada pemangku kepentingan.
- Urgen (U), dengan kriteria bila menyangkut kepuasan pasien/masyarakat selambat-lambatnya 5 hari kerja untuk diberikan jawaban sejak pengaduan diterima dan 45 hari kerja untuk penyelesaian masalah sejak pengaduan disampaikan kepada pemangku kepentingan.

- Biasa (B), dengan kriteria bila menyangkut masalah pelanggaran prosedur, kebijakan, Etika, dll selambat-lambatnya 14 hari kerja untuk diberikan jawaban sejak pengaduan diterima dan 90 hari kerja untuk penyelesaian masalah sejak pengaduan disampaikan kepada pemangku kepentingan.

Proses identifikasi juga dilakukan untuk melihat substansi respon pengaduan, juga mempertimbangkan derajat masalahnya. Ada 5 Derajat Masalah dalam laporan pengaduan, yaitu:

- **Derajat 1**

Apabila sumber dan pokok masalah yang diadukan dapat dikelola dan diselesaikan di tingkat pertama wilayah kecamatan/distrik. Dukungan atau fasilitasi dapat diberikan oleh atau bersama-sama institusi dan Lembaga terkait (CSO, IU, Paralegal, Faskes, tokoh masyarakat, pihak peduli dan lainnya) yang tergabung dalam TIM Verifikator.

Contoh: Apabila dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan terdapat pengaduan yang bersumber dari komunitas penerima manfaat terkait waktu buka pelayanan, atau sarana dan prasarana dan sebagainya

- **Derajat 2**

Apabila sumber dan pokok masalah yang diadukan dapat dikelola dan diselesaikan di tingkat kabupaten/kota. Dukungan atau fasilitasi dapat diberikan oleh atau bersama-sama instansi tingkat kab/kota, yang tergabung dalam TIM Verifikator, untuk di tindak lanjuti oleh instansi pemerintah yang tergabung dalam TIM RESPON (FASKES, DINKES, Tokoh masyarakat, pihak peduli, dan lainnya.) jika permasalahan berlarut-larut dan/atau tingkat penyelesaiannya merupakan kewenangan dilevel yang lebih tinggi maka laporan diteruskan pada tingkat provinsi.

Contoh : Apabila dalam pelaporan komunitas terdapat hal yang berkaitan diskriminasi dan diindikasikan adanya intervensi aparat atau institusi untuk memaksakan dan sebagainya

- **Derajat 3**

Apabila sumber dan pokok masalah yang diadukan dalam pengelolaan atau pun penyelesaian masalah perlu dukungan dan fasilitasi oleh TIM Verifikator untuk ditindaklanjuti tingkat Provinsi. Dukungan dan fasilitasi dapat diberikan oleh atau bersama-sama TIM RESPON Prov, Instansi tingkat Prov, pihak peduli, aparat hukum ataupun pihak lainnya. Jika berlarut-larut dalam penyelesaiannya dan/atau menjadi kewenangan nasional maka pengaduan diteruskan ke tingkat nasional

Contoh : Apabila dalam pelaporan komunitas terdapat hal yang berkaitan regulasi dan kebijakan pemerintah seperti standar operasi prosedur, penyimpangan dana pada lembaga penyelenggara program dan sebagainya.

- **Derajat 4**

Apabila sumber dan pokok masalah yang diadukan dalam pengelolaan atau pun penyelesaian masalah perlu dukungan dan fasilitasi oleh TIM Verifikator untuk ke level nasional untuk ditindaklanjuti tidak hanya diteruskan kepada pihak yang bertanggung jawab melainkan diteruskan kepada lembaga pengawasan baik internal maupun eksternal

Contoh ; Permasalahan yang berlarut-larut tidak dapat diselesaikan tingkat Kota/Kab atau provinsi dan hanya bisa diselesaikan secara nasional. Permasalahan yang dilaporkan merupakan persoalan krusial dan tidak hanya terjadi pada satu daerah yang terdampak, maka laporan pengaduan tidak hanya dialamatkan kepada pihak terkait yang memiliki tanggung jawab. Dan apabila dalam jangka waktu tertentu masalah tersebut belum terselesaikan, maka dapat diteruskan pada lembaga pengawasan baik internal maupun eksternal.

Pengaduan yang disampaikan dapat dimungkinkan tidak hanya mencakup satu lingkup/bidang/ kategori/tingkat penanganan masalah, akan tetapi dapat juga mencakup lingkup/bidang/ kategori/tingkat penanganan masalah lainnya. Untuk itu, dalam menyusun klasifikasi masalah, perlu diperhatikan aspek yang paling menonjol yang menjadi akar masalah. Aspek inilah yang menjadi dasar ataupun diutamakan dalam menyusun klasifikasi masalah, baru dimasukkan dalam klasifikasi penanggannya. Setelah tahapan penerimaan dan pengujian, maka laporan pengaduan didisposisikan untuk ditangani.

3. Uji Silang Pencarian Fakta

Setelah dokumen diterima dan dilakukan identifikasi awal, maka dilakukan uji silang untuk menguji kebenaran dari laporan/ pengaduan tersebut. Tujuan dari dilakukannya uji silang untuk mengetahui pokok permasalahan dari pengadu yang berbasis pada bukti.

Metode uji silang dan analisis merupakan proses verifikasi, konfirmasi, investigasi, dan klarifikasi yang dilakukan oleh pihak-pihak terkait di lapangan. Proses verifikasi, konfirmasi, invetigasi dan klasifikasi dari laporan pengaduan dilakukan oleh **Tim verifikator**.

Menguji kebenaran dan menginvestigasi permasalahan yang ada; meliputi (*namun tidak terbatas pada*) pengumpulan bukti-bukti dan dokumentasi terkait dengan pengaduan (laporan, data, dan sebagainya).

Uji silang dilakukan oleh tim verifikator untuk mendapatkan kejelasan pokok permasalahan sebenarnya berdasarkan data pengaduan yang masuk untuk menentukan langkah penanganan selanjutnya. Jika aduan tersebut tidak selaras kebenarannya maka laporan pengaduan ditolak dan diinformasikan kepada pengadu dan jika laporan pengaduan memenuhi substansi masalah maka diteruskan oleh tim verifikator kepada Tim Respon.

4. Penanganan Pengaduan



Gambar 17. Alur Penanganan Pengaduan Oleh Tim Respon

a. Tindak Lanjut masalah

Laporan penerimaan yang telah diterima, diidentifikasi dan dikategorikan respon penanganannya diteruskan pada **Tim Respon**. Tim Respon mengkoordinasikan percepatan penanganan laporan pengaduan yang dialamatkan pada institusi tertentu. Penyelesaian masalah masalah dilakukan secara berjenjang melihat derajat masalahnya.

b. Analisa masalah

Dalam tahap ini berdasarkan atas dasar data fakta dan hasil uji silang terhadap pengaduan/laporan masalah yang dilakukan secara berjenjang sesuai wilayah kewenangan masing-masing sehingga akurasi penyusunan alternatif penanganan dapat dilakukan sebagai tindak lanjut dari suatu pelaporan. Kegiatan penyelesaian pengaduan mengacu pada sistem, prosedur dan ketentuan serta arah dan kebijakan pengelolaan pengaduan publik yaitu melalui proses analisa kembali pada setiap instansi penerima pengaduan untuk memperoleh keterangan, bukti fisik, bukti dokumen, atau bukti lainnya mengenai kebenaran suatu laporan pengaduan

c. Penyelesaian Masalah

penyelesaian masalah menganut prinsip transparansi dan partisipasi. Artinya proses penyelesaian masalah dilakukan secara terbuka dan diinformasikan kepada pengadu. Penyelesaian masalah dari laporan pengaduan dapat dilihat oleh Tim Respon sebagai kendali penanganan pengaduan meskipun laporan pengaduan dialamatkan pada institusi tertentu. Pemberitahuan penyelesaian masalah dilengkapi dengan dokumen pendukung

5. Arsip Pendokumentasian

Membuat dokumentasi dan laporan penanganan pengaduan secara lengkap dan jelas, meliputi dokumen penerimaan pengaduan, seluruh proses penanganannya, status akhir penanganan, serta seluruh dokumentasi berita acara kesepakatan untuk setiap permasalahan yang telah ditangani dan telah mendapatkan penyelesaian pengaduan.

Proses pendokumentasian tersebut akan masuk dalam arsip pendokumentasia yang diharapkan dapat menjadi praktek baik, yang memungkinkan untuk

direplikasi dan diduplikasi ketika menghadapi persoalan yang sama di waktu yang berbeda dan tempat yang berbeda.

B. Tingkatan Penanganan Pengaduan Berbasis Komunitas

1. Di Tingkat Layanan

- Pengaduan yang masuk dari komunitas, LSM, Penyedia layanan Kesehatan. Peduli komunitas dan lain-lain, dapat menggunakan media pengaduan berupa sistem informasi pengaduan berbasis IT multi flatform (web based, mobile apps) yang akan verifikasi oleh *TIM verifikator*.
- Masalah pengaduan yang dapat diselesaikan pada tingkat ini, jika sesuai setelah dilakukan verifikasi maka akan langsung diinformasikan kepada komunitas (pengadu).
- Bila masalah pengaduan tidak dapat diselesaikan oleh tim verifikasi pada tingkat ini, maka akan dibawa/ditarik atau di teruskan ke institusi terkait di wilayah tersebut berdasarkan jenis dan kategori aduan.
- Pihak-pihak yang dapat menyelesaikan masalah di Tingkat kecamatan/distrik seperti : Camat, institusi terkait, Aparat, Puskesmas, klinik, pihak-pihak yang berkompeten di tingkatan ini melalui TIM RESPON (*bila telah terbentuk*) dan akan di tembuskan ke *TIM Respon tingkat kabupaten/kota*

2. Di Tingkat Kabupaten/Kota.

- Pengaduan yang masuk dari komunitas, LSM, Penyedia layanan Kesehatan. Peduli dan lain-lain, dapat menggunakan media pengaduan berupa sistem informasi pengaduan berbasis IT multi flatform (webbase, mobile apps) yang akan verifikasi oleh TIM verifikator (*bila telah terbentuk*) yang ter diri dari Lembaga CSO, IU, Paralegal dan lainnya.
- Masalah pengaduan yang dapat diselesaikan pada tingkat ini oleh TIM RESPON, jika sesuai setelah dilakukan verifikasi maka akan langsung diinformasikan kepada komunitas (pengadu).
- Bila masalah pengaduan tidak dapat diselesaikan oleh TIM RESPON pada tingkat ini, maka akan dibawa/ditarik atau di teruskan ke institusi terkait di wilayah level Provinsi tersebut berdasarkan jenis dan kategori aduan
- Pihak-pihak yang dapat menyelesaikan masalah di Tingkat Kabupaten/Kota, yaitu : Institusi pelayanan publik, Dinas kesehatan, aparat pemerintah, LBH kab/kota, KPA , kab/Kota, dan pihak-pihak yang berkompeten di tingkatan ini

3. Di Tingkat Provinsi

- Pengaduan yang masuk dari komunitas, LSM, Penyedia layanan Kesehatan. Peduli dan lain-lain, dapat menggunakan media pengaduan berupa sistem informasi pengaduan berbasis IT multi flatform (webbase, mobile apps) yang akan verifikasi oleh TIM verifikator (*bila telah terbentuk*) yang ter diri dari Lembaga CSO, IU, Paralegal dan lainnya.

- Pengaduan yang diterima dari tingkatan ini adalah masalah yang belum dapat diselesaikan di tingkat Kab/Kota dan yang mengadu langsung ke TIM Respon Provinsi
- Pengaduan yang masuk melalui sistem informasi pengaduan, dapat di pantau Oleh TIM RESPON Provinsi (bila telah terbentuk) atau Konsultan Manajemen Wilayah bila TIM RESPON di level provinsi ini belum Terbentuk.
- Masalah pengaduan yang dapat diselesaikan pada tingkatan ini, maka akan langsung diinformasikan kepada masyarakat (pengadu)
- Bila masalah pengaduan tidak dapat diselesaikan pada tingkat ini, maka akan dibawa/ditarik ke level diatasnya TIM RESPON (di Tingkat Pusat).
- Pihak-pihak yang dapat menyelesaikan masalah di Tingkat Provinsi, yaitu : instansi, institusi Pemda Provinsi, Dinas Kesehatan Provinsi, dan pihak-pihak yang berkompeten di tingkatan ini.

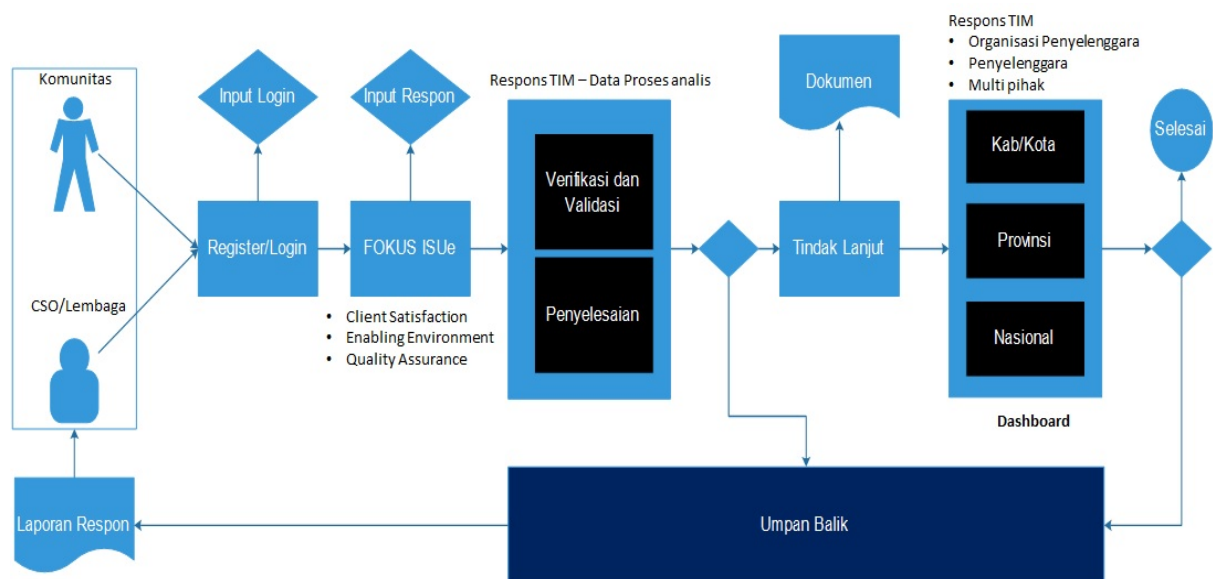
4. Di Tingkat Pusat/Nasional

- Pengaduan yang masuk dari komunitas, LSM, Penyedia layanan Kesehatan. Peduli dan lain-lain, dapat menggunakan media pengaduan berupa sistem informasi pengaduan berbasis IT multi flatform (webbase, mobile apps) yang akan verifikasi oleh TIM verifikator (*bila telah terbentuk*) yang ter diri dari Lembaga CSO, IU, Paralegal dan lainnya.
- Pengaduan yang diterima pada tingkatan ini adalah masalah yang belum dapat diselesaikan di tingkat Provinsi dan yang mengadu langsung ke TIM RESPON Pusat.
- Masalah pengaduan yang dapat diselesaikan pada tingkatan ini, maka akan langsung diinformasikan kepada masyarakat (pengadu)
- Pihak-pihak yang dapat menyelesaikan masalah di Tingkat Pusat, yaitu : Tim Koordinasi Nasional, kementrian terkait, PR- GF dan pihak-pihak yang berkompeten di tingkatan ini.

BAB KEENAM

Penanganan Pengaduan CBMF Berbasis Sistem Informasi

Sebagaimana dijelaskan di dalam bab sebelumnya, dalam BMF terdapat empat (4) tahapan besar yang masing-masing saling bergantung dan melengkapi, yakni; 1). *Input*: 2). *Proses*, 3). *Output*, 4). *Outcome*. Secara rinci, empat bagian tersebut digambarkan dalam Bagan Alur Mekanisme Penanganan Pengaduan Komunitas berbasis sistem informasi di bawah ini.

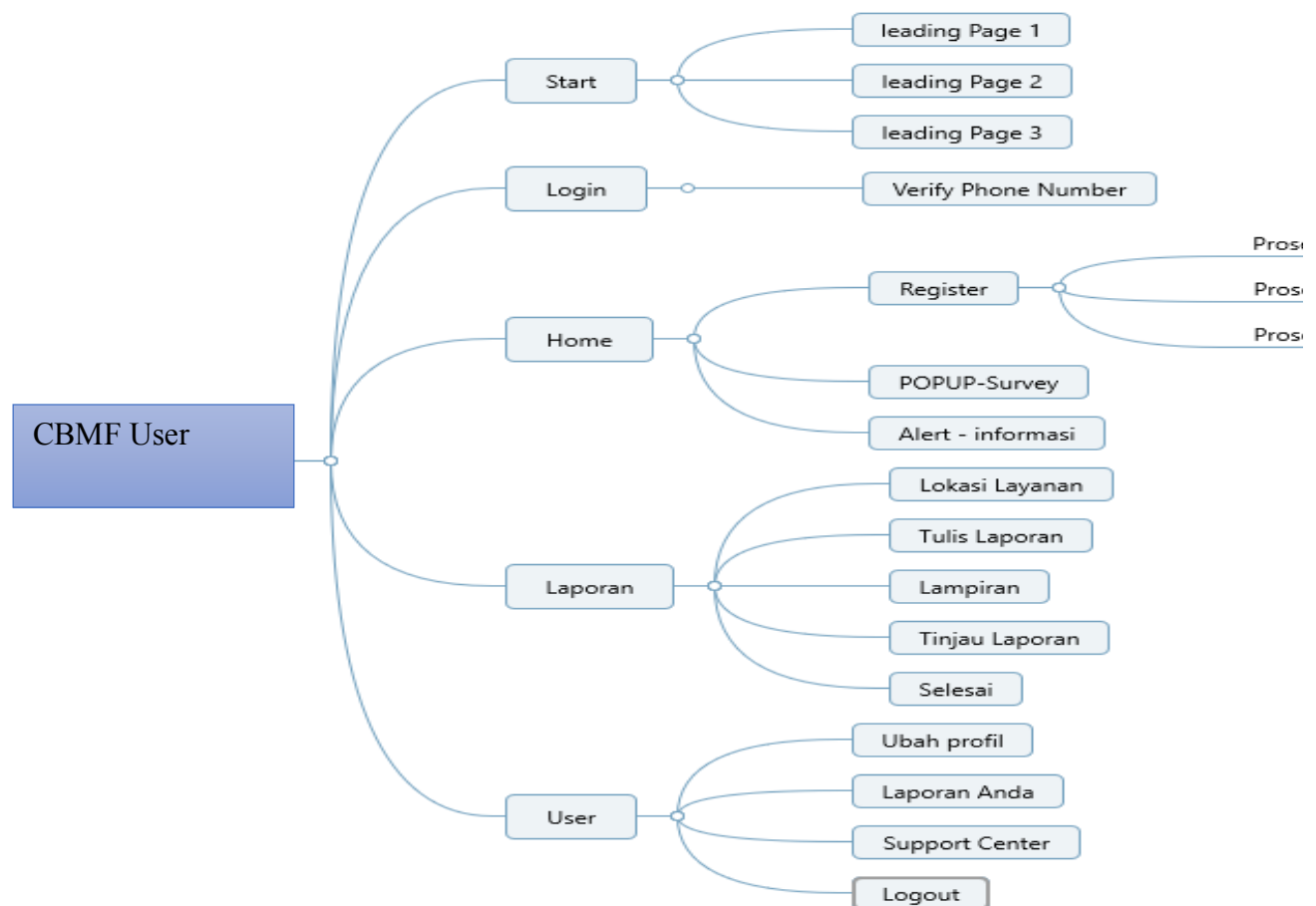


Gambar 18. Bagan Alur Sistem Informasi CBMF

Keterangan bagan : Lampiran Mekanisme Penanganan Pengaduan berbasis sistem informasi

A. Tahapan Satu : Input oleh komunitas

Pelaporan atau Pengaduan dapat disampaikan melalui media sistem informasi pengaduan berbasis IT yaitu aplikasi multy Platform (webbase, Mobile apps). dengan aduan telah di tentukan pokok permasalahannya, tempat kejadian serta kategori yang sudah di integrasikan didalam sistem sehingga memudahkan pelapor dalam mengaduakan masalah yang di alaminya dengan beberapa prosedur ketentuan di dalam sistem aplikasi tersebut yaitu :



Gambar 19. Tahapan (1) Pelapor-Komunitas

1. Login (Masuk Aplikasi)

Sistem mem-verifikasi pengguna dengan memasukkan nomor telepon pelapor dan mendapatkan kode validasi (*Sekali saja saat masuk aplikasi*)

2. Register (Pendaftaran Laporan)

Pengguna diwajibkan mendaftarkan diri jika ingin menyampaikan aduan dengan pertanyaan yang wajib diisi terkait status diri yaitu :

1. Nama Lengkap Pelapor
2. Kata sandi aplikasi (ulangi kata sandi)
3. Jenis Kelamin
 - Laki -Laki ;
 - Perempuan;
4. Alamat
5. Nomor telepon aktif
6. Alamat Email
7. (Tidak Wajib) Populasi Kunci

- Pekerja seks;
 - LSL;
 - Transgender;
 - IDU;
 - ODHA
8. (Tidak Wajib) Status Diri
- Positif;
 - Negatif
 - Tidak Tahu
 - Rahasia

3. Memilih Ruang Lingkup

Komunitas dapat melaporkan pengaduan terkait apa yang di rasakan dan sistem membagi ke dalam 3 fokus isu utama yaitu :

1. Pelayanan Kesehatan;
2. Stigma, Diskriminasi dan Pelanggaran Hak;
3. Kualitas program CSO/CBO.

4. Membuat Laporan

Pelapor dapat memulai pengaduan berdasarkan fokus issue yang dan dan memberikan informasi tahap pertama sebagai berikut :

1. Lokasi tempat kejadian;
2. Waktu Kejadian;
3. Otomatis aktif GPS (Sistem Pemosisi Global);

5. Kerahasiaan

Pada Tahap ini Pelapor atau komunitas dapat memberikan informasi :

(1) Anonim atau Non Anonimous;

Anonim : Tidak dapat dilihat oleh publik dan hanya dapat di lihat oleh administrator

Isi Laporan : Dapat dilihat oleh publik

Non Anonimous : Dapat di lihat oleh semua pihak

Isi laporan : Tidak Dapat Dilihat oleh semua pihak

(2) Kategori Laporan;

(3) Menuliskan Laporan atau pengaduan;

(4) Lampiran pendukung aduan berupa dokumen pendukung (*Tidak wajib*);

6. Unggah bukti

Selanjutnya pelapor dapat memberikan informasi bukti berupa Foto, Video Maupun audio (*tidak wajib*).

7. Kirim Laporan

Sebelum laporan itu terkirim pelapor dapat memastikan atau meninjau kembali proses laporan aduan dengan informasi resume yang ada di sistem aplikasi dan apabila pengadu setuju maka akan ada formulir pernyataan persetujuan pengaduan untuk di kirimkan ke institusi atau lembaga yg di laporkan.

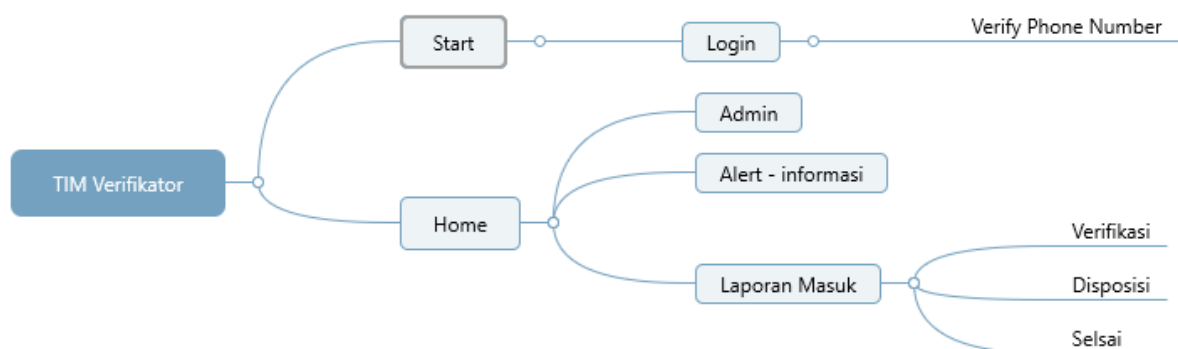
Pada tahapan akhir ini pelapor mendapatkan nomor tiket aduan dan juga di kirimkan melalui alamat email yang terdaftar di sistem yang selanjutnya nomor tiket itu sebagai acuan dari status pelaporan pengadu yang nantinya akan di tindak lanjuti oleh TIM verifikator.

Sistem Informasi pengaduan dengan fungsi sistem alert yaitu pelapor mendapatkan informasi baik berupa informasi kesehatan, survey setiap periode tertentu, informasi pelayanan publik maupun umpan balik atau feedback dari hasil tindak lanjut pengaduan.

Didalam Sistem Pengaduan komunitas pengguna dapat juga mengubah ; profile, melihat status laporan, feedback atau umpan balik, berkomunikasi dengan support center sistem pelaporan dan juga informasi-informasi lain yang bermanfaat bagi pengguna.

B. Tahap Dua : Proses Verifikasi oleh Tim Verifikator

Pengaduan yang disampaikan melalui media sistem informasi berbasis IT yaitu aplikasi multi Platform (webbase, Mobile apps) secara otomatis di kelompokkan dan di klasifikasi sesuai dengan ruang lingkup masalah, bidang kegiatan, kategori masalah dan derajat masalah. dengan beberapa prosedur ketentuan di dalam sistem aplikasi tersebut yaitu :



Gambar 20. Tahapan (2) Verifikasi

1. Login (Masuk Aplikasi)

Sistem mem-verifikasi pengguna dengan memasukkan nomor telepon pelapor dan mendapatkan kode validasi (*Sekali saja saat masuk aplikasi*)

- Login Admin / Tim Verifikator
Saat masuk ke dalam dashbord sistem informasi pengaduan, pengguna/verifikator akan memasukan nama pengguna dan kata sandi sebagai indentifikasi hak pengguna aplikasi *Verifikator* yang sebelumnya sudah di daftarkan ke dalam sistem oleh fasilitator penyedia layanan sistem pengaduan ini . adapun proses memasukan informasi berupa :
 - Nama pengguna
 - Kata sandi aplikasi (yg telah di berikan penyedia aplikasi)

2. Dashboard Admin Tim Verifikato

Menu Admin Setelah tombol “ADMIN” diklik, akan muncul tampilan beberapa tab, diantaranya:

- Tab Approve berisi laporan yang belum diverifikasi.
- Tab Disposisi berisi laporan yang telah didisposisikan.
- Tab Pending berisi laporan yang sudah di follow up.
- Tab Arsip berisi laporan yang telah dihapus.
- Tab Statistik berisi statistik pengelolaan laporan.
- Notifikasi berisi fitur pesan untuk Unit.

Laporan yang di approve adalah laporan yang menggunakan Bahasa Indonesia, serta memiliki substansi dan informasi yang lengkap untuk dijawab oleh sendiri atau Unit yang berwenang. Kriteria informasi lengkap adalah yang mencakup informasi 5W1H (what, when, where, who, why, and how / apa, kapan, dimana, siapa, mengapa, dan bagaimana) yang dibutuhkan.

Terdapat laporan atau pengaduan masuk yang ada di dashboard sitem aplikas sehingga verifikator dengan mudah melihat dan memproses kevalidasian laporan tersebut dengan prosedur uji silang, mengkonfirmasi, dan memastikan ke absahan dari aduan tersebut.

Verifikator mempunyai hak untuk menyatakan masalah aduan tersebut layak di tindak lanjuti atau bisa langsung terselesaika. Dan menginformasikan ke pelapor terkait aduan berupa status aduan.

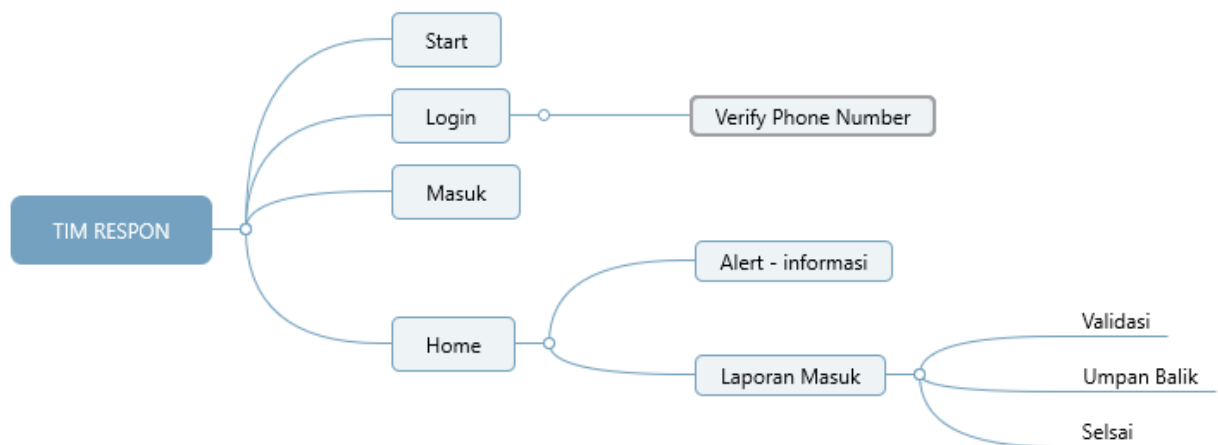
Laporan akan Pending jika masih diperlukan beberapa informasi tambahan untuk meneruskan laporan;

Jika Laporan pengaduan telah memenuhi syarat aduan maka akan disposisi ke pihak terkait atau pihat yg dituju hal ini *TIM Respon* berdasarkan laporan.

Sistem Informasi pengaduan dengan fungsi sistem alert yaitu verifikator mendapatkan informasi baik berupa informasi kesehatan, informasi pelayanan

publik maupun laporan yang masih belum di tindak lanjuti atau laporan yang masih harus di proses ke validasinya.

C. Tahap Tiga: Penanganan oleh TIM Respon



Gambar 21. Tahapan (3) Penanganan

1. Login (Masuk Aplikasi)

Sistem mem-verifikasi pengguna dengan memasukkan nomor telepon pelapor dan mendapatkan kode validasi (*Sekali saja saat masuk aplikasi*)

- Login Admin / Tim RESPON
Saat masuk ke dalam dashbord sistem informasi pengaduan, pengguna atau user tim respon akan memasukan nama pengguna dan kata sandi sebagai indentifikasi hak pengguna aplikasi RESPON yang sebelumnya sudah di daftarkan ke dalam sistem oleh fasilitator penyedia layanan sistem pengaduan ini . adapun proses memasukan informasi berupa :
- Nama pengguna
- Kata sandi aplikasi (yg telah di berikan penyedia aplikasi)

2. Menu Dashboard Tim Respon

Menu Admin Setelah tombol “RESPON” diklik, akan muncul tampilan beberapa tab, diantaranya:

- Tab Respon/analisa berisi laporan yang telah diverifikasi.
- Tab Tindak Lanjut laporan yang didisposisikan.
- Tab Arsip berisi laporan yang telah di follow up.
- Tab Statistik berisi statistik pengelolaan laporan.
- Notifikasi berisi fitur pesan untuk Unit.

Terdapat laporan atau pengaduan masuk yang telah terverifikasi artinya sudah melalui proses validasi tersedia melalui tampilan yang ada di dashboard sistem aplikasi sehingga Tim Respon dengan mudah melihat dan memproses tindak lanjut laporan tersebut dengan ketentuan prosedur.

Tim Respon mempunyai hak untuk menyatakan masalah aduan tersebut layak di tindak lanjuti atau tidak. Dan menginformasikan ke pelapor terkait aduan berupa status aduan

Jika Laporan pengaduan telah memenuhi syarat aduan dan mendapatkan dukungan dari pihak terkait serta kejelasan masalah aduan maka akan informasi tersebut akan langsung di hubungkan melalui status ke pengadu di sistem aplikasi pengaduan

Sistem Informasi pengaduan dengan fungsi sistem alert yaitu TIM Respon mendapatkan informasi baik berupa informasi kesehatan, informasi pelayanan publik maupun laporan yang masih belum di tindak lanjuti atau laporan yang masih harus di proses ke validasinya.

REKOMENDASI

1. Dokumen Protokol ini adalah dokumen hidup yang akan terus bertumbuh. Hal ini karena situasi lapangan terkait dengan komunitas serta program *Community System Strengtening* berjalan sangat dinamis. Situasi ini tentu saja mengindikasikan perlunya penyesuaian yang terus menerus atas dokumen ini agar sesuai dengan kebutuhan.
2. Perlu disusun belum memberikan acuan terkait hal-hal teknis dalam pengembangan rancang bangun sistem informasi CBMF. Hal ini karena, sebagai sebuah protokol, dokumen ini masih memberikan gambaran besar tentang dasar hukum, kerangka konsep, mekanisme dan tahapan serta pelibatan para pihak.
3. Perlu dibangun kesepakatan bersama tentang grand design terkait strategi pelaksanaan CBMF dengan memperhitungkan ketersediaan pendanaan dan komitmen pemangku kepentingan. Grand design ini juga mencakup siapa wali data dan pengelolaan CBMF (sentral atau otonom).
4. Perlu dilakukan pertemuan untuk menyusun rencana strategi untuk implementasi CBMF di tingkat Nasional, Provinsi dan Kab/Kota dimana di tingkat Provinsi dan Kab/Kota diipih daerah percontohan. Rencana strategi dilakukan dengan multistakeholder forum guna memetakan potensi pelibatan dan membangun komitmen bersama.
5. Dokumen ini perlu dilengkapi dengan petunjuk teknis yang mengatur tentang:
 - Syarat bagi pihak-pihak yang akan menjadi anggota Tim Verifikasi dan anggota Tim Respon
 - Mekanisme pemilihan dan pengangkatan anggota Tim Verifikasi dan Tim Respon
 - Pengembangan struktur Tim Verifikasi dan Tim Respon beserta tugas dan kewenangannya
 - Penyusunan prosedur pelaksanaan kerja Tim Respon dan Tim Verifikasi dan prosedur pengambilan keputusan
6. Secara paralel, perlu terus dilakukan edukasi tentang hak untuk mendapatkan pelayanan serta hak untuk menyatakan ketidakpuasan (pengaduan) kepada komunitas. Banyak komunitas yang sebenarnya tidak melapor karena tidak memahami hak untuk mengadu atau tidak menyadari bahwa ada pelayanan yang tidak sesuai dengan standar.
7. Melakukan advokasi kepada pemangku kebijakan agar CBMF menjadi bagian dari mekanisme pengumpulan masukan di pelayanan publik untuk peningkatan kualitas layanan. Hal ini sejalan dengan amanat UU Tentang Pelayanan Publik juga Peraturan tentang partisipasi masyarakat untuk penguatan pelayanan publik.

DAFTAR PUSTAKA

- Albert Wirya, Fuji Aotari. 2017. Ancaman Bagi Kesehatan Populasi Kunci HIV dan TB: Sebuah Laporan Pelanggaran HAM. Jakarta. Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat.
- Arinta Dea Dini Singgi, Naila Rizqi Zakiah. 2017. Kajian Hukum dan Kebijakan HIV di Indonesia: Sebuah Tinjauan terhadap Peraturan Perundang-undangan dan Implementasinya di Enam Kota/Kabupaten. Jakarta. LBH Masyarakat.
- Dwi Laksono, Agung. 2017. "Indeks Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia". Researchgate
- Fuji Aotari. 2018. Seri Monitor dan Dokumentasi 2018: Stigma HIV, Impresi yang Belum Terobati. Jakarta. Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat.
- Global Action Plan For Healthy Lives And Well-Being For All: Accelerator 3. 2019. "Community And Civil Society Engagement, Discussion Paper for Non-State Actor Consultation on the Global Action Plan", April 2019;*
- KBBI Online. 2012-2019. "Stigma". Edisi III ; Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa
- Kemenkes. 2019. "Hasil Riskesdas". 2019, Jakarta – Kemenkes
- Kemenkes. 2019. "Profil Kesehatan Indonesia 2018". Jakarta - Kemenkes
- Moehertonono. 2010. "Pengukuran Kinerja Berbasis Kompetensi". Surabaya; Galia Indonesia
- Munir.A.S. 2000. "Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia". Cetakan 1. Jakarta Bumi Aksara
- Praptoraharjo. Ignatius et.al. 2016. "Kebijakan dan Program HIV dan AIDS Dalam Sistem Kesehatan Indonesia". Cetakan 1. Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (PKMK FK UGM)
- Prentice Hal. 1981. "Public Policy Analysis and Introduction. USA
- Tagar.id. 2019, "Penyebaran HIV/AIDS Tertinggi di 10 Provinsi.
- The Global Fund. 2019. *Technical Brief: Community System Strengthening, 2019. Geneva*
- Tirto.id. 2019. "Obat ARC senilai 28 miliar kedaluwarsa di tangan Kemenkes
- Umar, Husein 2005. "Studi Kelayakan Bisnis. Edisi Ketiga. Jakarta; Gramedia Pustaka
- WHO.2017. "Kajian Nasional Respon HIV di Bidang Kesehatan Republik Indonesia". Laporan.



YAYAYASAN PENABULU
Komplek Rawa Bambu 1
Jalan D. No 6, Pasar Minggu
Jakarta Selatan 12520
T +62 21 78848321 | F +62 21 78848321
www.penabulu.id

INDONESIA AIDS COALITION
Jl. Tebet Dalam IV E No. 15, Jakarta, Indonesia, 10320
T +6221 28543706
[www. https://www.iac.or.id/](https://www.iac.or.id/)

YAYASAN SPIRITIA
Jl. Cirebon No.16, Kec. Menteng, Kota Jakarta Pusat
T (021) 21230243
<http://www.spiritia.or.id/>