



Laporan Kaji Cepat:
**Perilaku dan Persepsi Orang dengan HIV
terhadap Pembiayaan Mandiri dalam
Akses ART di DKI Jakarta**

2021

Laporan Kaji Cepat: Perilaku dan Persepsi Orang dengan HIV terhadap Pembiayaan Mandiri dalam Akses ART di DKI Jakarta

Sebuah Community-Led Research hasil kolaborasi tim peneliti komunitas yang terdiri dari individu-individu profesional dari Penabulu Foundation dan Kotex Foundation, melalui dukungan kemitraan Indonesia AIDS Coalition dengan Linkages.



2021

Ringkasan Eksekutif

Kaji cepat tentang “Perilaku dan Persepsi Orang dengan HIV terhadap Pembiayaan Mandiri dalam Akses ART di DKI Jakarta” ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang perilaku dan persepsi orang yang hidup dengan HIV terhadap biaya langsung yang dibayar secara mandiri atau *Out of pocket (OOP) direct cost*, dalam mengakses ART di berbagai jenis fasilitas layanan kesehatan di DKI Jakarta. Pelaksanaan kaji cepat ini adalah bagian dari kontribusi masyarakat sipil dalam mendukung pencapaian target *fast-track* 95-95-95 di tahun 2030, khususnya di DKI Jakarta. Kegiatan ini sudah melewati tahap uji etik dari komisi etik penelitian LPPM Unika Atma Jaya, mendapatkan izin penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan PTSP DKI Jakarta serta rekomendasi pelaksanaan dari Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Rancangan kaji cepat yang digunakan adalah pendekatan kuantitatif, *cross-sectional* atau potong lintang, dimana informasi yang digali dari responden adalah situasi saat pengumpulan data dan disajikan secara deskriptif.

Apa yang didapat?

Dari kaji cepat ini, diperoleh gambaran orang yang hidup dengan HIV yang mengakses ART di DKI Jakarta bahwa hampir 95% didominasi kelompok usia dewasa 25 tahun ke atas. 9 dari 10 orang memiliki tingkat pendidikan SMA ke atas. Sebagian besar mengakses layanan di Puskesmas (44,9%), kemudian di rumah sakit milik pemerintah (29,8%) dan di klinik atau rumah sakit yang dikelola swasta (25,3%). Satu dari lima orang responden tidak memiliki pekerjaan atau hanya sebagai pekerja tidak tetap/serabutan. Sekitar 87% sudah memiliki jaminan kesehatan / BPJS yang masih berlaku dan bisa digunakan.

Lebih dari setengah responden (52,9%) menyatakan tidak mengeluarkan biaya saat mengakses ART dan sebagian pemeriksaan laboratorium penunjang dalam 6 bulan terakhir. Banyak responden yang memanfaatkan kepemilikan kartu BPJS dan adanya program bantuan pemerintah atau LSM yang mensubsidi pembiayaan. Nilai % OOP responden yang tertinggi adalah 24,34%. Artinya hampir seperempat pemasukannya adalah untuk pembiayaan OOP dalam akses ART. Ada sebagian kecil responden (0,9%), yang harus mengeluarkan OOP meski responden tersebut tidak memiliki penghasilan bulanan.

Responden yang mengakses ART di Puskesmas lebih banyak mengeluarkan OOP untuk pembiayaan pemeriksaan laboratorium penunjang. Responden yang mengakses ART di

rumah sakit pemerintah, lebih banyak mengeluarkan OOP untuk pembiayaan administrasi layanan dan jasa dokter. Responden yang mengakses ART di klinik atau rumah sakit swasta sebagian besar berasal dari kalangan ekonomi menengah ke atas dengan biaya OOP yang dikeluarkan lebih besar. Kebutuhan akan privasi dan keluasaan waktu akses ART menjadi pertimbangan responden.

Sekitar 15,6% responden menyatakan pernah LFU atau putus obat. Alasan yang banyak disampaikan kenapa mereka putus obat adalah kejenuhan berobat, alasan terkait pekerjaan atau kesibukannya, pindah ke luar kota atau luar negeri, dan masalah pribadi seperti hubungan inter-personal atau rumah tangga. Persepsi tingkat kepatuhan ART memiliki nilai rentang dari 3 sampai 9, dengan nilai tengahnya (median) adalah 8. Artinya sebagian besar responden memiliki tingkat kepatuhan yang baik. Persepsi tingkat kepuasan layanan Fasyankes tempat mengakses ART, menunjukkan bahwa hampir seluruh responden menyatakan “sangat puas” (48,9%) dan “puas” (45,8%) terhadap layanan ART.

Melalui penyajian deskriptif, menunjukkan bahwa semakin rendah % OOP terhadap pemasukan, maka tingkat kepatuhan ART responden dengan kategori “baik” menjadi semakin tinggi. Diperkirakan besaran OOP akan berhubungan dengan tingkat kepatuhan ART.

Apa yang bisa dilakukan?

Pemilihan jenis Fasyankes tempat akses ART mempengaruhi besaran OOP dalam mengakses ART. Kepemilikan kartu BPJS sangat membantu mengurangi biaya OOP dalam mengakses ART baik di Fasyankes pemerintah maupun swasta. Hasil kaji cepat ini merekomendasikan kepada komunitas untuk mempertimbangkan dalam memilih jenis Fasyankes yang sesuai dengan prioritas kebutuhan dan pemanfaatan kepemilikan kartu BPJS. Prioritas kebutuhan yang dimaksud adalah jarak Fasyankes, ada kebutuhan dokter spesialis atau tidak, kebutuhan aspek privasi dan keluasaan jam layanan, kebutuhan fasilitas laboratorium dalam satu atap untuk efisiensi waktu. Selain itu komunitas perlu membekali diri dengan informasi pilihan laboratorium penunjang terkait HIV agar dapat memilih tempat paling sesuai dengan kebutuhan dan biaya yang ada. Pertimbangan-pertimbangan tersebut dapat dipilih oleh komunitas untuk meminimalkan OOP yang dikeluarkan dalam mengakses ART.

Tingkat kepuasan responden terhadap pelayanan secara umum sudah memuaskan. Hanya sebagian kecil saja (5,3%) yang menyatakan “biasa saja” dan tidak ada yang menyatakan tidak puas. Bila Fasyankes akan memberikan rujukan keluar, khususnya untuk pemeriksaan laboratorium penunjang atau konsultasi dokter spesialis, direkomendasikan untuk memberikan pilihan-pilihan dan informasi besaran biaya yang mungkin harus dikeluarkan oleh klien. Dengan demikian OOP yang harus dikeluarkan oleh klien atau keluarganya dapat diminimalkan dan secara tidak langsung berpeluang meningkatkan tingkat kepatuhan ARTnya.

Salah satu indikator strategi 95-95-95 ketiga adalah persentase dari jumlah orang yang hidup dengan HIV dengan virus tersupresi dari orang yang hidup dengan HIV yang dalam terapi ART. Saat ini telah mencapai 17,4%. Besaran OOP yang dikeluarkan oleh orang yang hidup dengan HIV dalam mengakses ART, diperkirakan berhubungan dengan tingkat kepatuhan ART. Semakin rendah % OOP terhadap pemasukan klien ART, maka tingkat kepatuhan ART responden dengan kategori “baik” menjadi semakin tinggi. Untuk mendukung pencapaian strategi 95-95-95 di tahun 2030, selain upaya meminimalkan biaya OOP melalui kebijakan teknis, direkomendasikan juga untuk melakukan upaya perluasan penyediaan pemeriksaan VL yang lebih terjangkau diluar program subsidi pemeriksaan VL dari program.

Daftar Isi

1. Latar Belakang	1
2. Tujuan Kaji Cepat	2
2.1 Tujuan Umum	
2.2 Tujuan Khusus	
3. Metode Kaji Cepat	3
3.1 Cakupan Wilayah	
3.2 Rancangan Kaji Cepat	
3.3 Definisi Operasional	
3.4 Populasi dan Sampel	
3.5 Kriteria Inklusi	
3.6 Metode Sampling	
3.7 Instrumen Kaji dan Cara Pengumpulan Data	
3.8 Analisa Data	
3.9 Jaminan Kualitas Data	
3.10 Pertimbangan Etis	
3.11 Waktu Pelaksanaan	
3.12 Tantangan Pelaksanaan	
4. Temuan Kunci.....	9
5. Kesimpulan..	21
6. Rekomendasi.....	23
Daftar Pustaka	25

**Laporan Kaji Cepat:
Perilaku dan Persepsi Orang dengan HIV terhadap Pembiayaan Mandiri dalam Akses ART
di DKI Jakarta**

1. Latar Belakang

Estimasi orang yang hidup dengan HIV di Indonesia adalah sebanyak 543.100 orang dengan kumulatif temuan kasus HIV yang dilaporkan sampai bulan September 2020 sebesar 409.857 orang, yang berarti telah mencapai 75% dari estimasi nasional. Sebanyak 352.670 orang masih hidup dan 57.187 meninggal dunia. Jumlah orang yang hidup dengan HIV yang pernah mulai pengobatan ART (Antiretroviral therapy) sebanyak 256.536 orang dan 45.333 orang meninggal dunia setelah pernah memulai pengobatan ART. Jumlah orang yang hidup dengan HIV putus obat atau *lost to follow up* (LFU) secara kumulatif tercatat sebanyak 64.988 orang dan 6.630 orang lainnya menghentikan pengobatan ART. Tinggal 139.585 orang yang hidup dengan HIV yang tercatat masih dalam pengobatan ART sampai bulan September 2020 dan 24.246 diantaranya dengan virus tersupresi (Laporan Perkembangan HIV-AIDS dan PIMS, Triwulan III, 2020, Kemenkes RI).

Dalam upaya pengendalian epidemi HIV pada populasi kunci dan juga mencegah berkembangnya epidemi HIV pada populasi umum, Indonesia sejak tahun 2013 berkomitmen untuk ikut mencapai target global 90-90-90 pada tahun 2020. Indikator 90 pertama (persentase orang hidup dengan HIV dan mengetahui status HIVnya), pencapaian nasional ada di angka 75% dari estimasi orang yang hidup dengan HIV atau 65% dari jumlah orang yang hidup dengan HIV yang masih hidup. Untuk indikator 90 kedua (presentase orang yang hidup dengan HIV yang sedang menjalani ART dari orang yang hidup dengan HIV dan mengetahui status HIVnya) telah mencapai 39,6%. Sedangkan untuk indikator 90 ketiga (persentase dari jumlah orang yang hidup dengan HIV dengan virus tersupresi dari orang yang hidup dengan HIV yang dalam terapi ART) telah mencapai 17,4%.

DKI Jakarta sebagai ibu kota negara Indonesia dan salah satu episentrum kasus HIV, secara kumulatif menyumbangkan jumlah temuan kasus HIV tertinggi di antara provinsi lain di Indonesia, yaitu sebesar 69.353 kasus. Dari laporan perkembangan HIV-AIDS dan PIMS sampai triwulan ketiga, pada periode Januari-September 2020 ada 3.775 temuan kasus HIV dan tercatat ada 3.091 orang yang memulai terapi ART di DKI Jakarta.

Berdasarkan informasi Dinas Kesehatan provinsi DKI Jakarta melalui presentasi dalam rangka hari AIDS sedunia 2020, data estimasi orang yang hidup dengan HIV dari Kemenkes untuk wilayah DKI Jakarta adalah 65.916. Data SIHA DKI Jakarta menunjukkan secara kumulatif sampai bulan September 2020 tercatat ada 67.298 kasus HIV yang ditemukan. Capaian temuan kasus ini sudah melebihi jumlah estimasi orang yang hidup dengan HIV di DKI Jakarta. Artinya untuk target 90 pertama sudah lebih dari 100%. Sampai bulan September 2020 juga tercatat ada 55.783 orang yang hidup dengan HIV yang pernah mengakses ART dan 26.235 orang yang hidup dengan HIV yang masih atau sedang mengakses ART. Bila dibandingkan dengan temuan kasus HIV atau jumlah orang yang mengetahui statusnya, presentase orang yang hidup dengan HIV yang sedang mengakses ART sudah mencapai 39%. Dari 26.235 orang yang hidup dengan HIV yang sedang mengakses ART, tercatat ada 15.458 orang yang hidup dengan HIV dengan jumlah virus yang tersupresi (59%).

Pencapaian strategi fast-track 90-90-90 di DKI Jakarta dari data yang tersedia ini terlihat mencapai di angka 100%-39%-59%. Capaian ini berada di atas data capaian tingkat nasional. Upaya-upaya yang sudah dilakukan di DKI Jakarta oleh berbagai pihak, patut diapresiasi dan perlu terus dilengkapi kesenjanganannya agar bisa mencapai hasil yang optimal.

Bedasarkan situasi ini, tim peneliti melalui kegiatan kaji cepat ini, melakukan identifikasi informasi terbaru yang relevan sebagai bagian dari kontribusi masyarakat sipil dalam mendukung pencapaian target *fast-track* 95-95-95 di tahun 2030, khususnya di DKI Jakarta.

2. Tujuan Kaji Cepat

2.1 Tujuan umum

Kaji cepat ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang perilaku dan persepsi orang yang hidup dengan HIV terhadap terhadap biaya langsung yang dibayar secara mandiri atau *Out of pocket (OOP) direct cost*, dalam mengakses ART di berbagai jenis fasilitas layanan kesehatan di DKI Jakarta.

2.2 Tujuan Khusus

- Mengetahui gambaran sosial-demografi orang yang hidup dengan HIV di DKI Jakarta
- Mengetahui gambaran besaran OOP *Direct Cost* dalam akses ART di berbagai jenis Fasyankes di DKI Jakarta
- Mengetahui gambaran perilaku dan persepsi terkait akses ART

- Mengetahui apakah ada hubungan antara OOP *Direct Cost* dengan tingkat kepatuhan pengobatan ART

3. Metode Kaji Cepat

3.1 Cakupan Wilayah

Lokasi kaji cepat ini adalah wilayah DKI Jakarta dengan *primary sampel unit* (PSU) fasilitas layanan kesehatan (Fasyankes) tingkat primer, sekunder dan tersier yang memiliki layanan ART di DKI Jakarta.

3.2 Rancangan Kaji Cepat

Rancangan kaji yang digunakan adalah pendekatan kuantitatif, *cross-sectional* atau potong lintang, dimana informasi yang digali dari responden adalah situasi saat pengumpulan data. Kaji cepat ini dilakukan melalui wawancara dengan kuesioner terstruktur kepada responden dari klaster-klaster atau PSU terpilih. Proses wawancara dilakukan oleh pewawancara sebaya menggunakan alat bantu *Google Form* di telepon pintar milik pewawancara yang sudah dilatih.

3.3 Definisi Operasional

Definisi dari subjek penelitian dan variabel kunci terkait kaji cepat ini yang menjadi acuan pada proses pengumpulan data dan analisa adalah seperti di bawah ini.

- a. Orang yang hidup dengan HIV adalah seseorang yang mengetahui status HIVnya, baik yang sedang mengakses ART maupun yang pernah mengakses ART atau LFU (*Lost to follow up*).
- b. OOP (*Out of pocket*) *Direct Cost* adalah biaya langsung yang dikeluarkan klien/keluarga secara mandiri dalam akses layanan kesehatan, baik yang rutin maupun insidental, termasuk biaya administrasi Fasyankes, jasa dokter, biaya pemeriksaan laboratorium terkait HIV dan infeksi oportunistik (IO) yang tidak ditanggung oleh program pemerintah. OOP *Direct Cost* dalam kaji cepat ini tidak termasuk biaya tidak langsung seperti transportasi dari rumah ke Fasyankes tempat mengakses ART.
- c. LFU (*Lost to follow up*) adalah keadaan dimana seseorang orang yang hidup dengan HIV yang sudah mulai ART, tetapi tidak mengakses ART atau putus obat selama 3 bulan + 1 hari.
- d. Fasyankes (Fasilitas pelayanan kesehatan) tempat mengakses ART adalah termasuk Puskesmas, RS milik pemerintah dan Klinik atau RS yang dikelola swasta.

e. Pedamping Sebaya adalah staf penjangkau atau pendamping orang yang hidup dengan HIV dari suatu LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), dan memiliki latar belakang terkait HIV-AIDS.

f. Tingkat kepatuhan pengobatan ART adalah tingkat keikutsertaan klien orang yang hidup dengan HIV dalam pengobatan HIV sesuai dengan rencana terapi, dosis dan aturan dokter yang diberikan.

3.4 Populasi dan Sampel

Populasi kaji cepat ini adalah orang yang hidup dengan HIV yang tinggal atau mengakses layanan pengobatan ART di wilayah DKI Jakarta. Sedangkan sampelnya adalah orang yang hidup dengan HIV yang memenuhi kriteria inklusi responden yang direkrut melalui metode sampling kaji cepat yang digunakan.

3.5 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi responden untuk kaji cepat ini adalah “Orang yang mengetahui status HIVnya, berusia 18+ yang sedang dalam pengobatan ART, termasuk yang pernah putus pengobatan/LFU dalam periode satu tahun terakhir”. Artinya, responden berasal dari kategori di atas dan berada di wilayah DKI Jakarta pada saat periode waktu pengumpulan data dilakukan.

3.6 Metode Sampling

Metode sampling kaji cepat ini menerapkan rancangan sampling dua tahap. Tahap pertama adalah melakukan pengklasteran Fasyankes per wilayah. Tahap ini menggunakan tabel kerangka sampel yang berisi sejumlah nama-nama Fasyankes di wilayah studi, jumlah yang mengakses ART dan kategori jenis Fasyankes yang berhubungan dengan pembiayaan, yaitu Puskesmas, RS Pemerintah dan RS atau klinik swasta. Kemudian pemilihan sampel pada tahap kedua yaitu memilih responden dengan cara *purposive* sesuai dengan kriteria inklusi responden dan proporsi berbanding jumlah responden antar wilayah dan kategori jenis Fasyankes disesuaikan dengan capaian program tahun 2020 yang dilaporkan.

Besar sampel dihitung memakai rumus untuk mengestimasi atau memperkirakan satu proporsi fenomena/kejadian di populasinya, dengan asumsi proporsi kejadian yang diteliti cukup besar berkisar antara 15% sampai 85% (Kish, 1965). Jumlah sampel untuk kaji cepat dihitung berdasarkan tingkat kepercayaan 95% (diperoleh $Z(1-\alpha) = 1,96$), tingkat

reliabilitas 10%, dan besaran proporsi $p = 50\%$ (dengan asumsi fenomena tersebut belum diketahui proporsinya di populasi), sehingga diperoleh $n_0 = 97$. Ditetapkan $Deff = 2$, maka diperoleh n minimal sebesar $= 97 * 2 = 194$ responden.

Untuk mengakomodir tingkat *non-response* pada pelaksanaan kaji cepat ini dicadangkan sebanyak 5% dari jumlah responden minimal. Sehingga jumlah responden yang dialokasikan menjadi 225 orang.

3.7 Instrumen Kaji dan Cara Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan untuk kaji cepat ini adalah adalah kuesioner terstruktur yang mengakomodir variabel-variabel:

1. Informasi sosial dan demografi responden
2. Besaran OOP *Direct Cost* yang dikeluarkan responden
3. Perilaku responden terkait OOP *Direct Cost* dan akses ART
4. Persepsi responden terhadap tingkat kepatuhan pengobatan ART

Jumlah pertanyaan tidak lebih dari 30 dan lama waktu wawancara tidak lebih dari 30 menit per responden. Kerangka kuesioner dan mekanisme wawancara dibuat sedemikian rupa untuk meminimalkan bias saat pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan oleh tim pewawancara yang terdiri dari individu-individu terpilih dari LSM yang melakukan program Pendampingan Sebaya bagi orang yang hidup dengan HIV di DKI Jakarta. Kuesioner terstruktur dituangkan dalam aplikasi *Google Form* yang menjadi acuan pewawancara dalam proses pengumpulan data. Sebelum digunakan, instrumen kaji cepat ini diujicobakan penggunaannya. Kemudian cara penggunaannya sudah dilatihkan kepada para pewawancara melalui lokakarya pra pengumpulan data yang dilakukan secara tatap muka. Lokakarya ini juga membahas hal-hal teknis dari protokol lapangan pelaksanaan kaji cepat ini, termasuk bagaimana cara mendapatkan responden sesuai kerangka sampel.

3.8 Analisis Data

Analisis data merupakan tahapan melakukan pengolahan data menjadi suatu informasi. Kumpulan data yang sudah ada di *Google Form* dikonversi dalam bentuk *Excel*, untuk selanjutnya dilakukan *data cleaning* dan pengkategorian variabel dalam skala interval atau ordinal, termasuk membuat variabel komposit sederhana yang diperlukan.

Contoh variabel komposit sederhana yang dibuat misalnya proporsi antara jumlah biaya langsung yang dikeluarkan yang dikeluarkan dibagi dengan jumlah penghasilan bulanan sebagai nilai pengukuran terkait OOP.

Analisis dilakukan secara deskriptif untuk melihat gambaran distribusi data, dan juga tabulasi silang sesuai dengan tujuan kaji cepat ini.

3.9 Jaminan Kualitas Data

Untuk memastikan kualitas data yang dikumpulkan maka serangkaian kegiatan dilakukan oleh tim peneliti:

- a. Uji coba atas kelayakan kuesioner, pedoman wawancara dan aplikasi *Google Form* yang digunakan.
- b. Tim pewawancara dipilih berdasarkan kriteria yang telah ditentukan dan berasal dari LSM yang menjalankan Pendamping Sebaya bagi orang yang hidup dengan HIV di DKI Jakarta.
- c. Pemilihan responden berdasarkan kriteria inklusi yang ditentukan dan dikonfirmasi oleh pendamping sebaya untuk kelayakan respondennya, serta memperhatikan keterwakilan jenis Fasyankes tempat responden mengakses layanan kesehatan.
- d. Meminimalkan risiko bias informasi yang berasal dari responden dengan cara menghindari pewawancara melakukan wawancara kepada responden yang dikenal secara langsung.
- e. Meski pertanyaan yang menyangkut ingatan dibatasi dengan periode 6 bulan terakhir, pewawancara diberi keterampilan untuk meminimalkan recall bias, khususnya terkait dengan waktu terjadinya sesuatu dan besaran biaya terkait kesehatan yang dikeluarkan.
- f. Lokakarya pra pengumpulan data, sosialisasi virtual dengan stakeholder dan Fasyankes, diikuti oleh seluruh pewawancara dan tim yang terlibat.
- g. Pemantauan pengisian kuesioner dari waktu ke waktu melalui *Google Form* oleh peneliti utama dan koordinator pelaksana.

3.10 Pertimbangan Etis

Protokol lapangan dan instrumen pengumpulan data kaji cepat ini dinyatakan laik etik untuk dilaksanakan, berdasarkan persetujuan *Ethical Clearance* dari komisi etik penelitian LPPM Unika Atma Jaya, no: 0328A/III/LPPM-PM.10.05/03/2021.

Semua calon responden mendapat penjelasan bahwa pengumpulan data ini bersifat sukarela, dapat dihentikan kapan saja dan mereka tidak harus menjawab setiap pertanyaan yang tidak mereka inginkan. Ada 2 (dua) orang calon responden yang menolak untuk melanjutkan wawancara pada kegiatan kaji cepat ini.

Untuk menjaga kerahasiaan responden dan informasinya, tim peneliti sepenuhnya menjaga anonimitas data responden dalam hal memastikan seseorang tidak dapat diidentifikasi karena menggunakan penomoran ID responden, dan tidak ada tautan balik dari data ke individu responden. *Informed consent* diperoleh dari semua responden melalui formulir persetujuan dan pemberian lembar informasi. Lembar informasi menjelaskan tujuan penelitian, deskripsi tentang apa yang diperlukan, penjelasan bahwa persetujuan dapat ditarik kapan saja, jaminan kerahasiaan, dan rincian kontak tim peneliti.

3.11 Waktu Pelaksanaan

Tahap persiapan kegiatan kaji cepat ini dilakukan sejak bulan Februari-Maret 2021, yaitu proses perekrutan tim pewawancara, pengembangan metode dan alat pengumpulan data (protokol lapangan), pertemuan konsultasi dengan mitra dan pemangku kebijakan, termasuk Dinkes Provinsi DKI Jakarta, pengajuan uji etik, pengajuan rekomendasi PTSP (Pelayanan Terpadu Satu Pintu) DKI Jakarta dan workshop pra pengumpulan data, serta di akhir bulan Maret telah dilakukan pertemuan konsultasi dengan panel ahli. Sambil menunggu proses kelengkapan administrasi dari PTSP DKI Jakarta, dilakukan juga sosialisasi kepada Fasyankes yang berpotensi menjadi sumber responden dan pengajuan rekomendasi kepada Dinkes Provinsi DKI Jakarta. Tahap pengumpulan data baru dilaksanakan pada minggu ketiga bulan Mei setelah rekomendasi Dinkes Provinsi DKI Jakarta sudah didapatkan dan dilanjutkan dengan tahap analisa dan pembuatan laporan pada minggu terakhir bulan Mei 2021.

3.12 Tantangan Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan kaji cepat ini beberapa tantangan teridentifikasi mulai proses persiapan sampai pada saat pengumpulan data. Pemenuhan syarat administratif adalah hal yang berpengaruh pada waktu pengumpulan data lapangan. Tim peneliti pada awalnya hanya mempersiapkan dokumen hasil uji etik saja dengan pemahaman bahwa kaji cepat

ini adalah bagian dari evaluasi program dan tidak sebagai suatu penelitian yang berdiri sendiri. Pada saat pertemuan konsultasi dengan pemangku kebijakan dan panel ahli yang membahas tentang pematangan metode dan alat pengumpulan data, kebutuhan akan syarat administrasi tambahan berupa surat rekomendasi pengumpulan data PTSP DKI Jakarta dan surat rekomendasi dari Dinkes Provinsi, baru muncul. Tim peneliti dapat memenuhi persyaratan administrasi tersebut dengan konsekuensi mundurnya waktu pengumpulan data sampai lebih dari satu bulan dari waktu yang sebelumnya direncanakan. Hal ini berpengaruh pada periode waktu pengumpulan data dan analisa data menjadi lebih pendek. Pembelajarannya adalah, tahap pengembangan konsep kaji cepat perlu dipersiapkan lebih matang agar segala kemungkinan terkait hambatan pelaksanaan dapat diprediksi di awal. Ini karena suatu pendekatan kaji cepat tetap bisa dilaksanakan secara cepat dan hasilnya dapat disajikan segera.

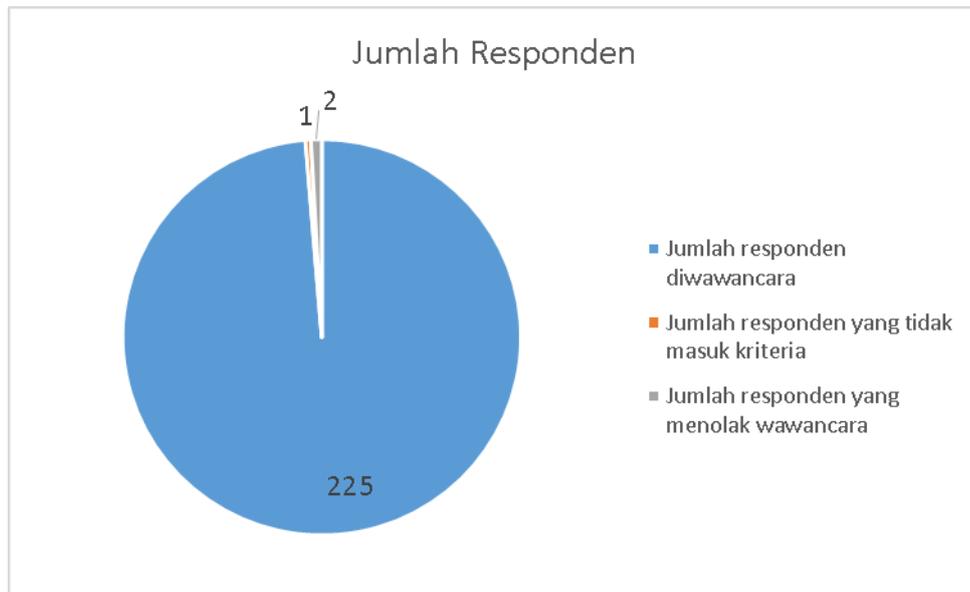
Mundurnya waktu pengumpulan data lapangan jauh setelah kegiatan lokakarya tim pengumpul data, juga menjadi pertimbangan tim peneliti agar data yang dikumpulkan tetap berkualitas. Tim peneliti melakukan berapa kali pertemuan penyegaran bersama tim pengumpul data untuk mengingatkan kembali tentang metodologi, alat pengumpulan data yang digunakan dan juga melakukan simulasi proses pengumpulan data yang lebih sering.

Tantangan lainnya adalah kegiatan kaji cepat ini dilaksanakan pada masa pandemik Covid-19. Responden yang dapat diwawancarai setelah mereka mengakses ART di Fasyankes, lebih sedikit dari yang diperkirakan sebelumnya. Hal ini karena pola akses ART ada perubahan. Sebagian besar klien, akses ARTnya difasilitasi oleh petugas LSM pendampingan dan penjangkauan. Sehingga klien tidak harus datang setiap bulan untuk mengakses ART di Fasyankes. Akan tetapi tim peneliti tetap dapat melakukan wawancara klien yang sesuai kriteria. Yaitu dengan cara koordinasi dengan petugas pendamping sebaya dari LSM dan difasilitasi untuk wawancara di luar Fasyankes atau tidak saat klien mengakses ART bulanan. Wawancara banyak dilakukan di sekitar Fasyankes dengan perjanjian waktu wawancara, rumah responden atau tempat lainnya sesuai dengan kesepakatan dan kenyamanan responden. Periode waktu kaji cepat yang dilakukan pada masa pandemik ini, juga menjadi pertimbangan interpretasi hasil. Ini karena situasi pandemik mempengaruhi kondisi ekonomi klien, dimana pemasukan bulanan menjadi salah satu variabel yang diteliti dalam kaji cepat ini.

4. Temuan Kunci

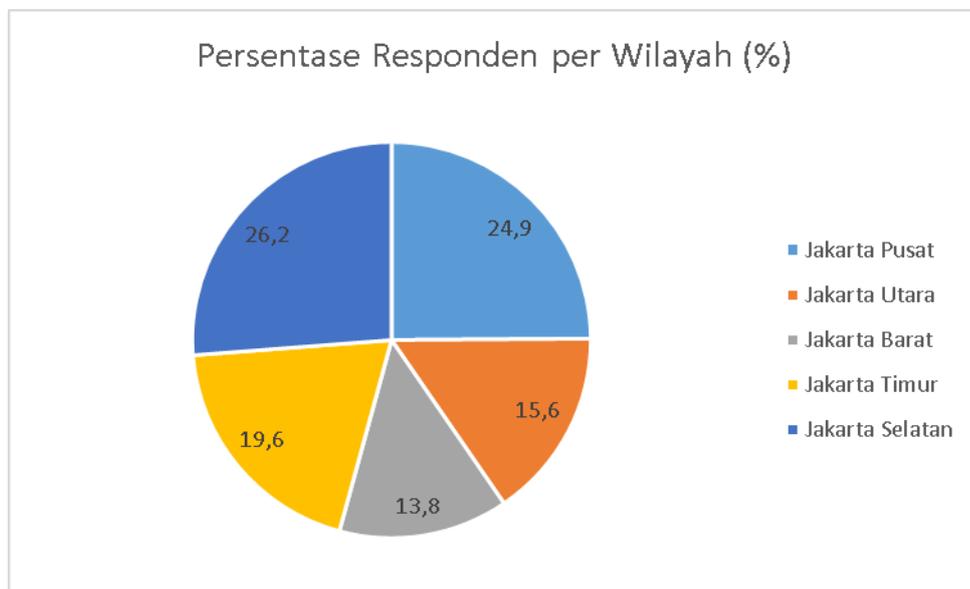
4.1 Karakteristik Sosial Demografi Responden

a. Jumlah Responden



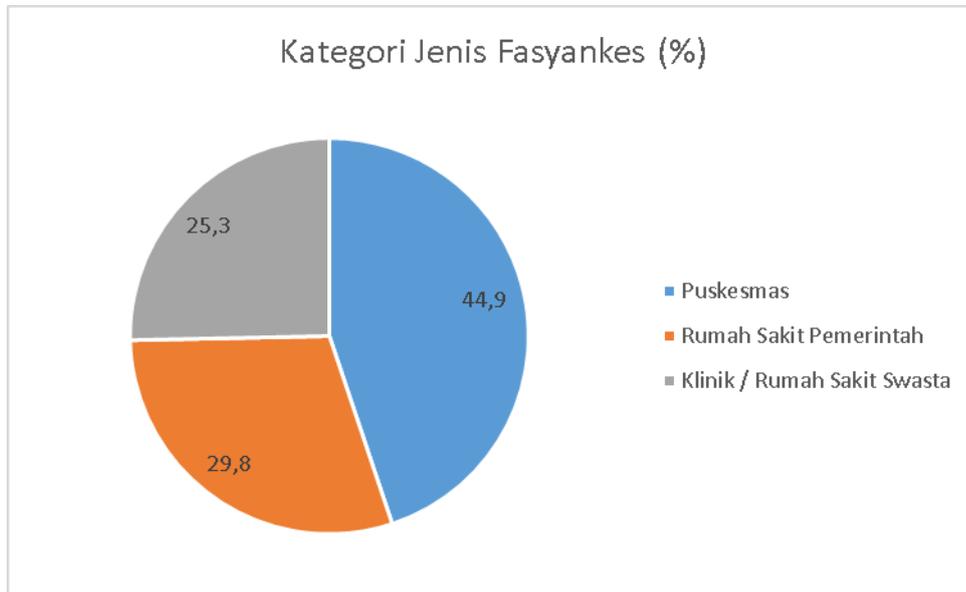
Dalam waktu kurang dari 2 minggu, tim pengumpul data berhasil melakukan kontak kepada 228 orang calon responden. Terdiri dari 225 responden yang masuk kriteria inklusi diwawancara, 1 responden tidak masuk kriteria inklusi setelah proses verifikasi, dikeluarkan dari analisa dan 2 orang menolak untuk diwawancara setelah mendapatkan penjelasan tentang kegiatan kaji cepat ini dari pewawancara.

b. Sebaran responden per wilayah



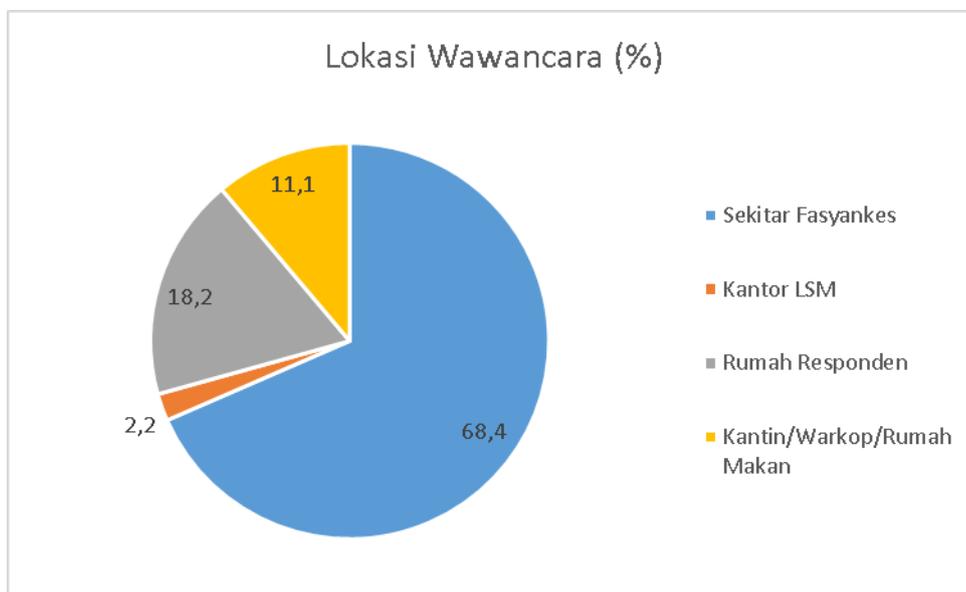
Presentase sebaran asal responden dalam mengakses ART per wilayah secara berurutan adalah Jakarta Selatan (26,2%), Jakarta Pusat (24,9%), Jakarta Timur (19,6%), Jakarta Utara (15,6%) dan Jakarta Barat (13,8%).

c. Sebaran responden per jenis Fasyankes



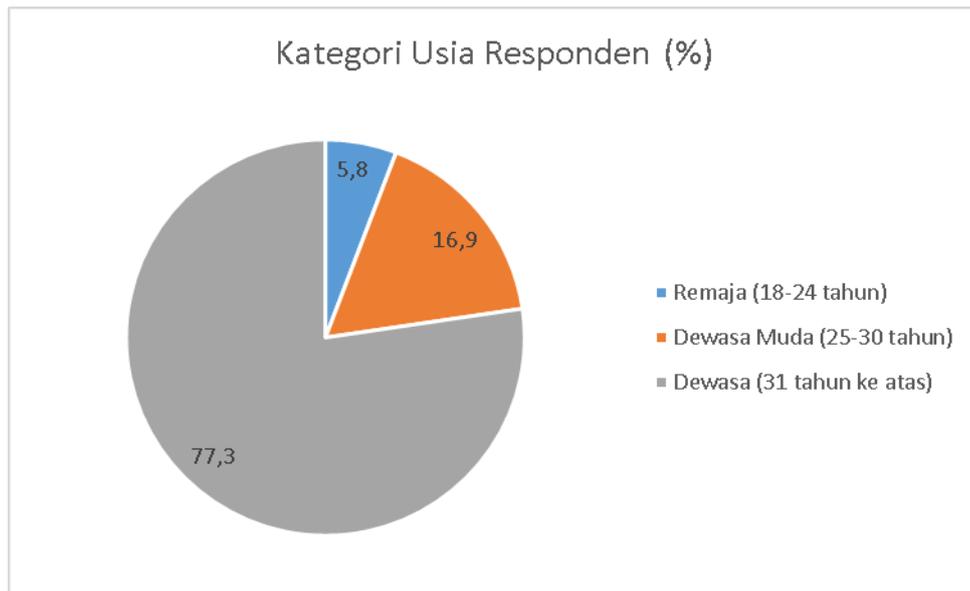
Pemilahan berdasarkan kategori ini dilakukan dengan pertimbangan perbedaan tarif atau biaya dalam mengakses ART. Sebagian besar responden mengakses layanan di Puskesmas (44,9%), kemudian di rumah sakit milik pemerintah (29,8%) dan klinik atau rumah sakit yang dikelola swasta (25,3%).

d. Lokasi Wawancara



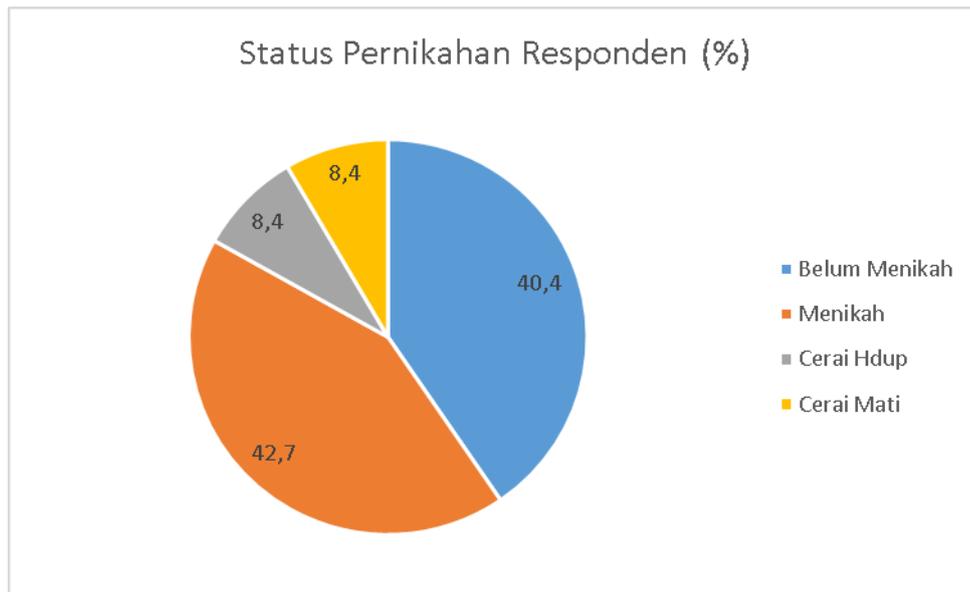
Sebagian besar responden diwawancara di sekitar Fasyankes tempat mengakses ART (68,4%), ketika mereka selesai mengakses ART atau sesuai perjanjian dengan pewawancara. Sebanyak 18,2 responden diwawancara di rumah karena merasa lebih nyaman atau waktu pengambilan ART pada bulan tersebut sudah dilakukan beberapa hari sebelumnya. Ada 11,1% responden memilih kantin, rumah makan atau warung kopi sebagai tempat bertemu dengan pewawancara. Sebagian kecil responden (2,2%) diwawancara di kantor LSM yang melakukan program pendampingan sebaya.

e. Usia Responden



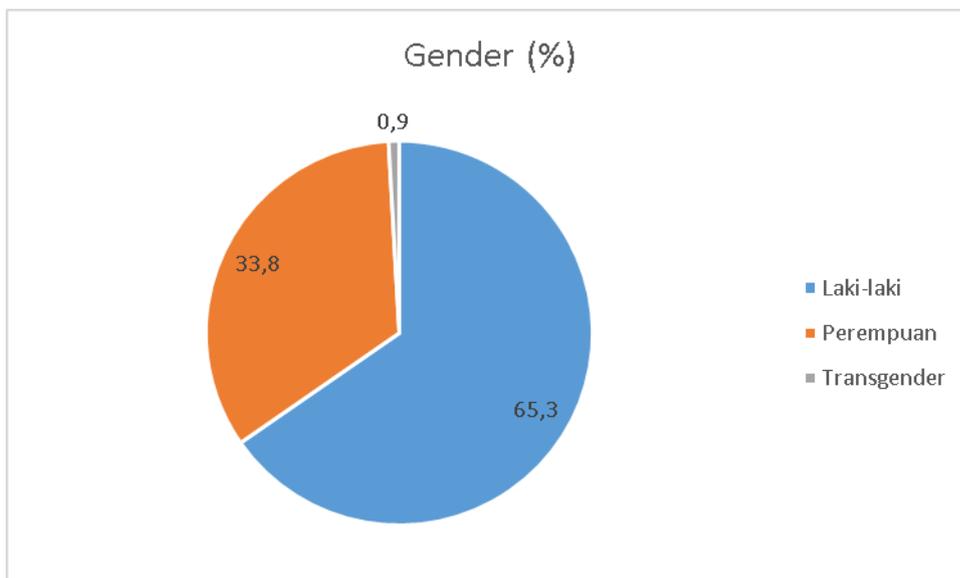
Rentang usia responden yang berhasil diwawancara adalah antara 19-59 tahun dengan median (nilai tengah) di 37 tahun. Responden dengan kategori usia dewasa (31 tahun ke atas) paling banyak, yaitu sekitar 77,3%. Kemudian kategori usia dewasa muda (25-30 tahun) sebanyak 16,9% dan kategori usia remaja (batas kriteria inklusi dan di bawah 25 tahun) ada sebanyak 5,8%.

f. Status Pernikahan



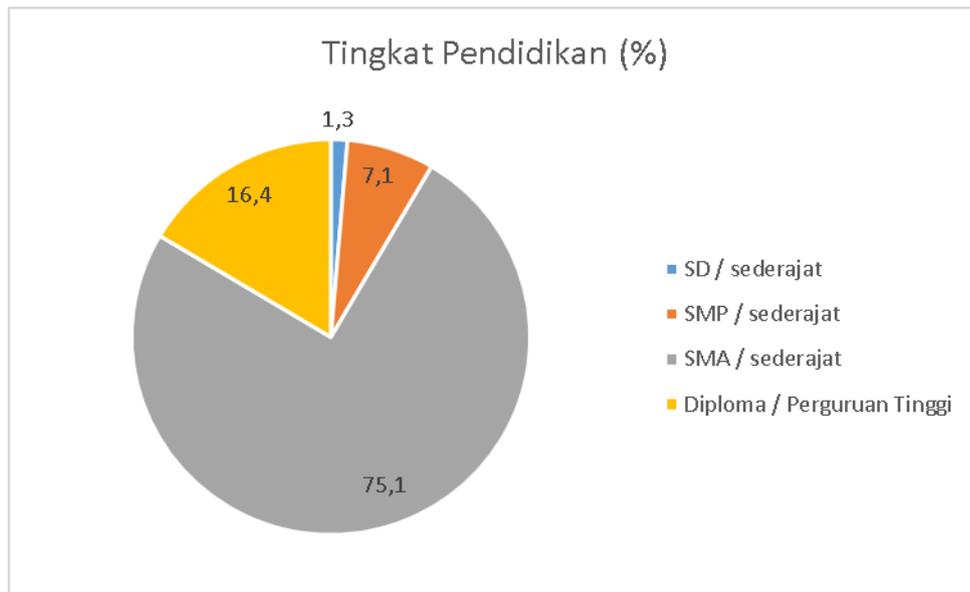
Sebagian besar responden berstatus menikah (42,7%) dan belum menikah (40,4%). Sebagian kecil responden berstatus cerai hidup dan cerai mati, masing-masing 8,4%.

g. Gender



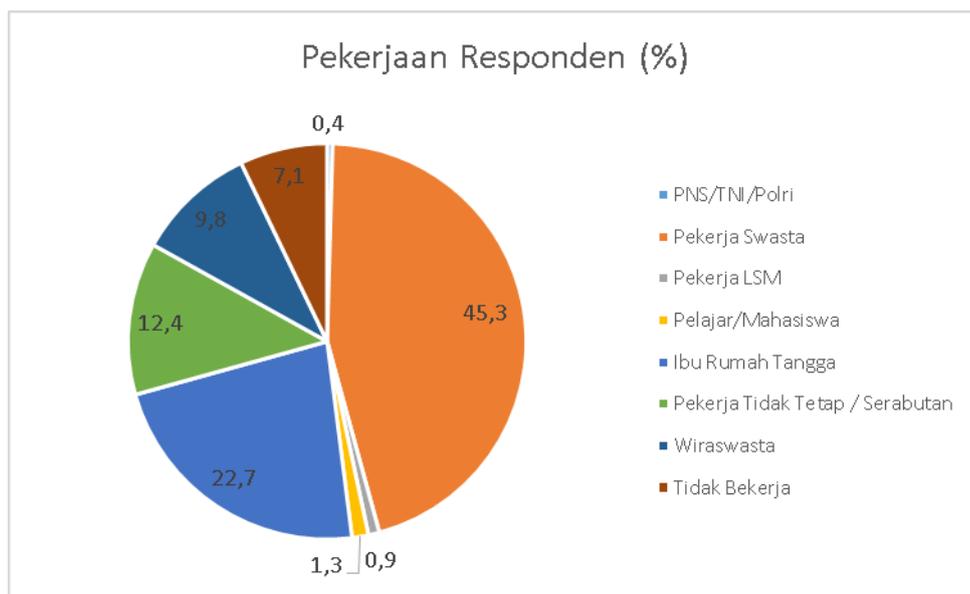
Responden yang diwawancarai adalah laki-laki (65,3%), perempuan (33,8%) dan transgender (0,9%).

h. Tingkat Pendidikan



Tingkat pendidikan responde adalah pendidikan terakhir yang berhasil ditamatkan. 3 dari 4 responden memiliki pendidikan tingkat SMA atau sederajat. 16,4% berpendidikan tingkat diploma atau perguruan tinggi. Sebagian kecil lainnya adalah SMP / sederajat (7,1%) dan SD / sederajat (1,3%).

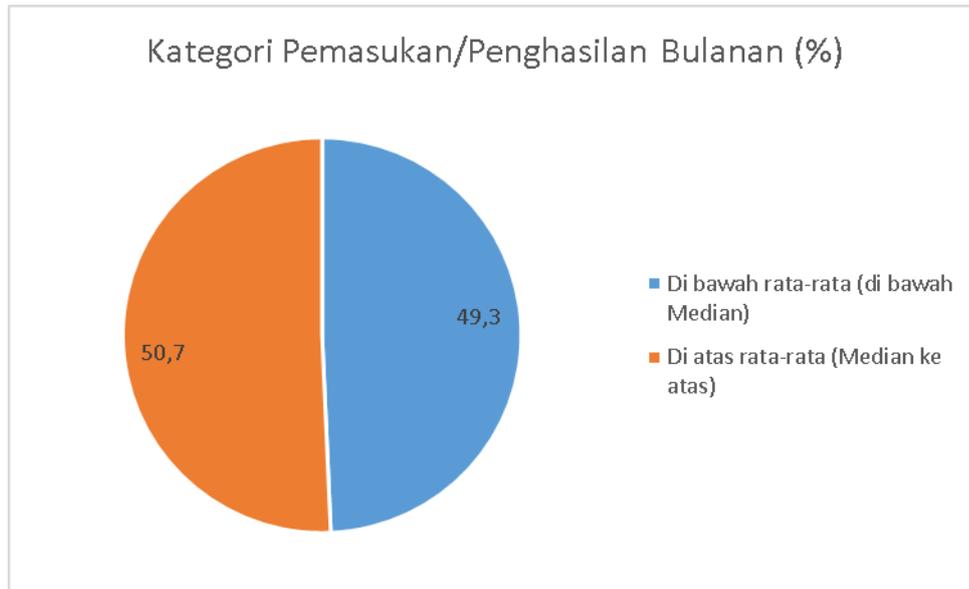
i. Status Pekerjaan



Status pekerjaan responden ini tidak secara langsung menunjukkan apakah responden memiliki penghasilan atau tidak. Ada juga responden yang memiliki status pekerjaan, tetapi dalam 6 bulan terakhir tidak memiliki penghasilan bulanan. Ini berhubungan dengan dampak sosial-ekonomi dari pandemi Covid-19. Untuk status pelajar/mahasiswa dan ibu rumah mungkin saja memiliki pemasukan bulanan dari uang saku bulanan dari orang tua

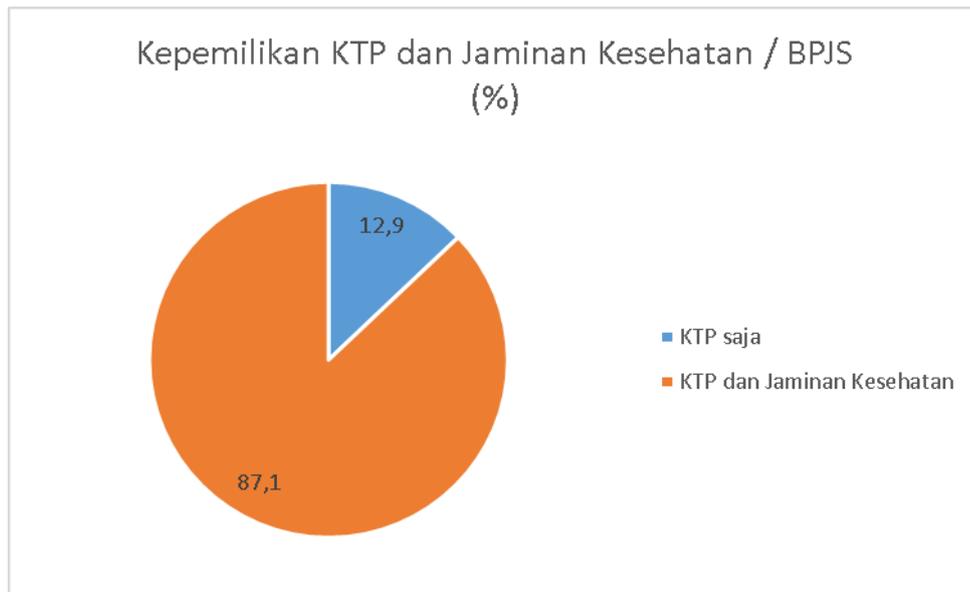
atau pemberian pasangan atau suaminya. Hampir setengah responden berstatus sebagai pekerja swasta (45,3%). Kemudian ibu rumah tangga (22,7%), pekerja tidak tetap/serabutan (12,4%), wiraswasta (9,8%) dan ada 7,1% responden yang tidak memiliki pekerjaan. Sebagian kecil sisanya adalah pekerja LSM, pelajar/mahasiswa dan PNS/TNI/Polri.

j. Penghasilan Bulanan



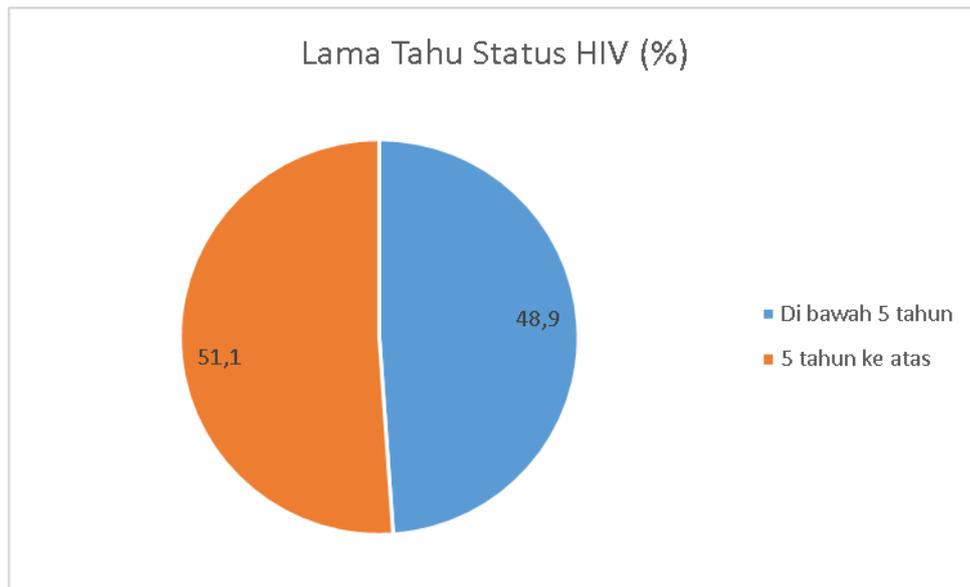
Pemasukan atau penghasilan responden yang ditanyakan oleh pewawancara adalah rata-rata bulanan dalam periode 6 bulan terakhir. Pelajar/mahasiswa dan ibu rumah tangga bisa memiliki pemasukan bulanan dan uang saku atau pemberian suami. Rentang pemasukan/penghasilan bulanan responden sangat lebar, yaitu dari yang tidak memiliki pemasukan rutin atau karena tidak bekerja (Rp. 0), sampai Rp. 15.000.000 per bulan. Median (nilai tengahnya) adalah Rp. 3.500.000. Untuk kemudahan analisa dan interpretasi data, nilainya dibagi dalam 2 kategori, yaitu di bawah nilai median dan nilai median (Rp. 3.500.000) ke atas, dengan proporsi yang relatif sama (50,7% dan 49,3%).

k. Kepemilikan KTP dan Jaminan Kesehatan



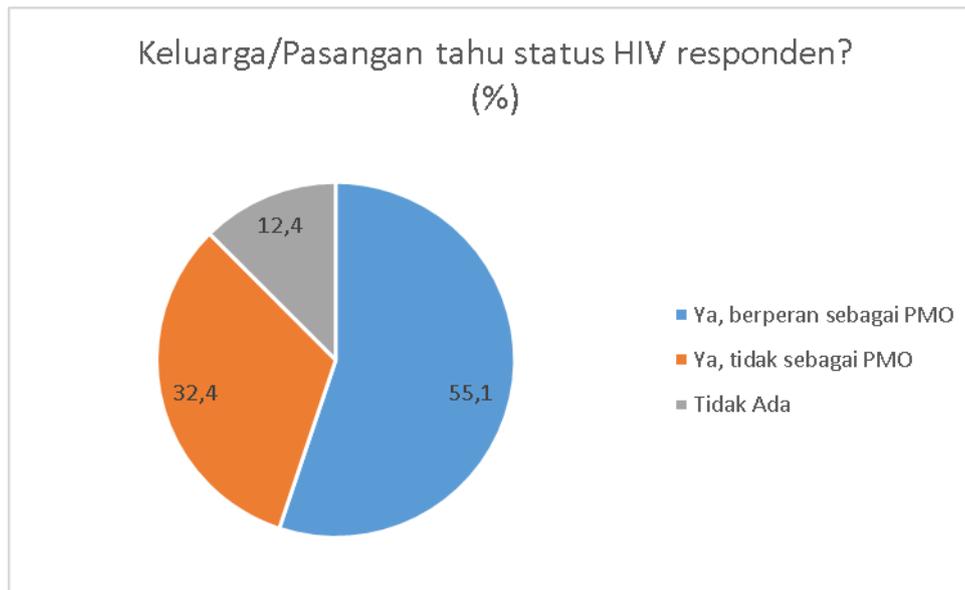
Seluruh responden memiliki KTP dan 87,1% responden memiliki jaminan kesehatan / BPJS yang aktif dan bisa digunakan. Kepemilikan kartu BPJS ini sangat mempengaruhi besaran OOP *Direct Cost* dalam mengakses ART dan pemeriksaan laboratorium penunjangnya.

I. Diagnosa HIV



Waktu pertama kali responden mengetahui status HIVnya sangat bervariasi, yaitu mulai dari setahun yang lalu, sampai ada yang mengetahui status HIVnya sejak 19 tahun yang lalu. Nilai mediannya adalah 5 tahun. Dengan memilah berdasarkan median, maka hasilnya akan relatif sama (51,1% dan 48,9%).

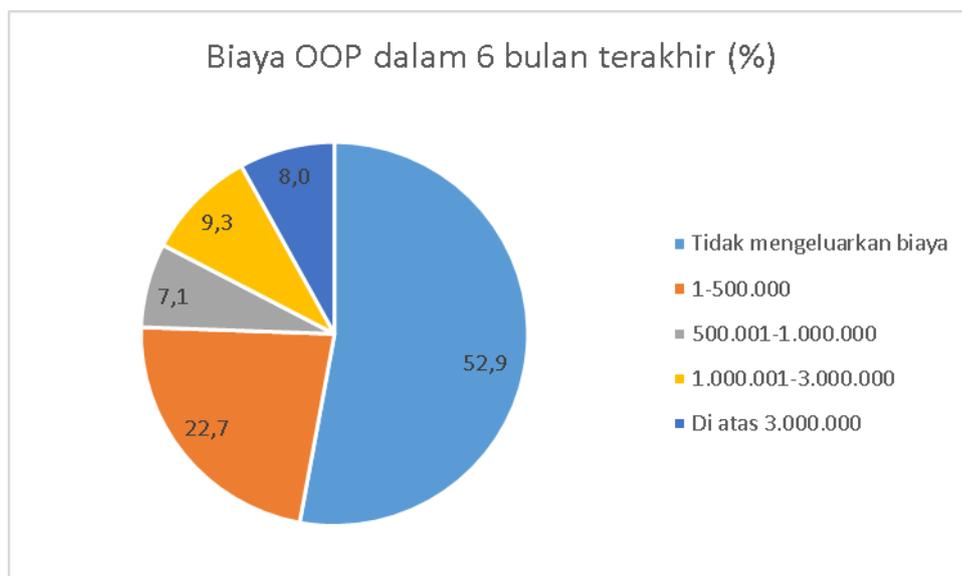
m. Keterbukaan status HIV



Keterbukaan status HIV diperkirakan mempengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan ARV. Lebih dari setengah responden (55,1%) menyatakan ada keluarga atau pasangannya mengetahui status HIV responden dan berperan sebagai pengawas minum obat (PMO). Sepertiga responden menyatakan memiliki keluarga atau pasangan yang mengetahui status HIVnya, namun tidak berperan sebagai PMO. Sisanya atau 12,4% responden menyatakan tidak ada yang mengetahui status HIVnya.

4.2 Besaran OOP Direct Cost akses ART

a. Biaya OOP akses ART dan pemeriksaan penunjang



Periode waktu perhitungan pembiayaan yang dikeluarkan secara langsung dalam mengakses ART dan biaya pemeriksaan penunjangnya adalah dalam 6 bulan terakhir. Ini untuk meminimalkan *re-call bias* ketika responden diwawancarai untuk mengingat

kejadian yang dilakukan di masa lalu. Dari hasil wawancara yang dilakukan, terdapat 40 orang responden yang tidak melakukan pemeriksaan CD4 dalam 6 bulan terakhir dan 26 responden yang tidak melakukan pemeriksaan VL dalam periode tersebut. Kemudian ada 27 responden yang melakukan pemeriksaan laboratorium penunjang terkait HIV pada periode tersebut. Dari grafik di atas, menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden (52,9%) menyatakan tidak mengeluarkan biaya saat mengakses ARV dan sebagian pemeriksaan laboratorium penunjang dalam 6 bulan terakhir. Hal ini karena banyak responden yang memanfaatkan kepemilikan kartu BPJS dan adanya program bantuan pemerintah atau LSM yang mensubsidi pembiayaan.

Rentang biaya OOP yang dikeluarkan responden dalam periode 6 bulan adalah antara Rp. 0 sampai Rp. 4.440.000, dengan median Rp.0 dan mean Rp. 587.500. Meski rata-rata (mean) menunjukkan di atas 500 ribu, tetapi lebih banyak responden yang tidak mengeluarkan OOP dalam 6 bulan terakhir. Biaya OOP tersebut tentu dipengaruhi oleh tempat dimana responden mengakses dan kepemilikan kartu BPJS. Pemilahan dipilah berdasarkan jenis Fasyankes dan pemilahan antara pembiayaan administrasi dan jasa dokter dengan pembiayaan untuk pemeriksaan laboratorium penunjang yang dikeluarkan responden dalam 6 bulan terakhir, dapat dilihat pada tabel di bawah ini. Nilai median 0 menunjukkan bahwa sebagian responden (sekitar 50%) tidak mengeluarkan biaya OOP meski terdapat nilai rata-ratanya biaya OOP yang dikeluarkan.

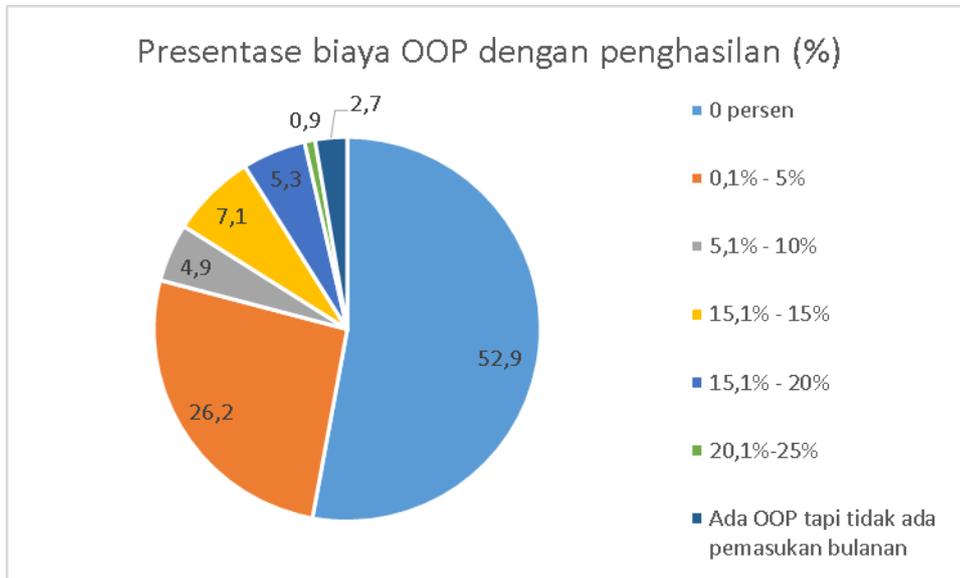
Tabel: OOP berdasarkan kategori Fasyankes dan jenis pembiayaan

Kategori Jenis Fasyankes	Biaya admin dan jasa dokter 6 bulan (Rp. / dalam ribuan)				Biaya Lab penunjang 6 bulan (Rp. / dalam ribuan)			
	Min	Maks	Median	Mean	Min	Maks	Median	Mean
Puskesmas	0	90	0	17,5	0	771	0	24
Rumah Sakit Pemerintah	0	2.880	0	833	0	1.209	0	123
Klinik atau RS Swasta	0	2.700	330	655	0	2.300	50	465

Responden yang mengakses ART di Puskesmas lebih banyak mengeluarkan OOP untuk pembiayaan pemeriksaan laboratorium penunjang. Ini dikarenakan tidak semua pemeriksaan laboratorium terkait HIV dan IO, tidak tersedia di Puskesmas dan harus dilakukan di laboratorium swasta atau di rumah sakit. Responden yang mengakses ART di rumah sakit pemerintah, lebih banyak mengeluarkan OOP untuk pembiayaan administrasi layanan dan jasa dokter. Kelompok responden ini memilih akses ART di rumah sakit karena untuk kemudahan konsultasi dengan dokter spesialis. Responden yang mengakses ART di klinik atau rumah sakit swasta sebagian besar berasal dari kalangan ekonomi menengah ke atas. Selain karena untuk konsultasi dengan dokter spesialis, kebutuhan

akan privasi dan keleluasaan waktu akses ART menjadi pertimbangan responden yang mengkas ART di jenis Fasyankes ini. Klinik yang dimaksud di sini, selain klinik yang dikelola swasta, juga termasuk klinik khusus di rumah sakit pemerintah, seperti klinik Griya Husada di RS Fatmawati dan klinik Kencana di RSCM.

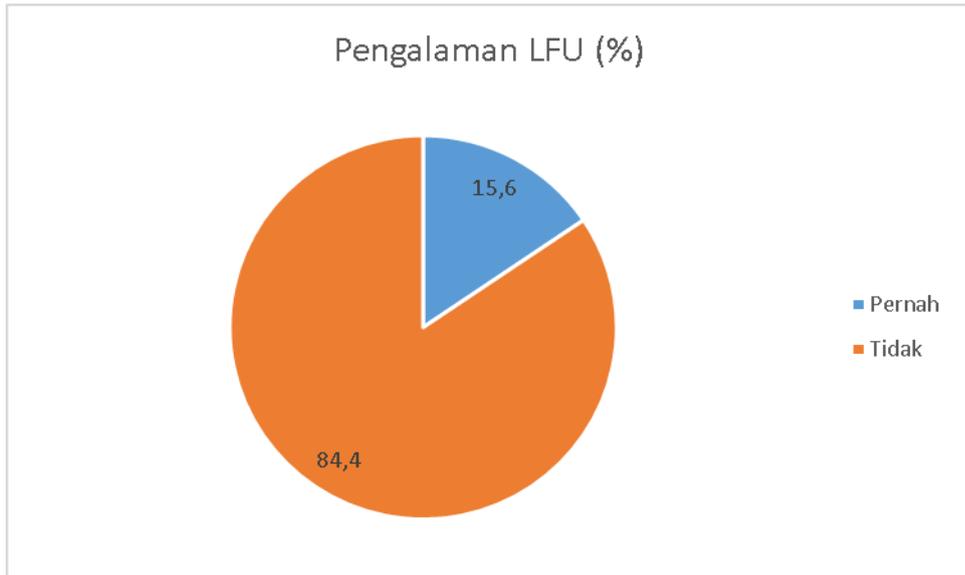
b. Persentase biaya OOP dengan penghasilan



Perhitungan ini didapat dari biaya OOP yang dikeluarkan dalam periode 6 bulan terakhir berbanding dengan jumlah penghasilan bulanan selama 6 bulan. Nilai 0% menunjukkan bahwa reponden tidak mengeluarkan sama sekali biaya OOP terkait akses ART dan pemeriksaan penunjang. Jumlahnya lebih dari setengah responden (52,9%). Nilai % OOP responden yang tertinggi adalah 24,34%. Artinya seperempat penghasilannya adalah untuk memenuhi OOP dalam mengakses ART dan pemeriksaan penunjangnya dalam periode 6 bulan terakhir. Ada sebagian kecil responden (0,9%), yang harus mengeluarkan OOP meski respoden tersebut tidak memiliki penghasilan bulanan dalam periode 6 bulan terakhir.

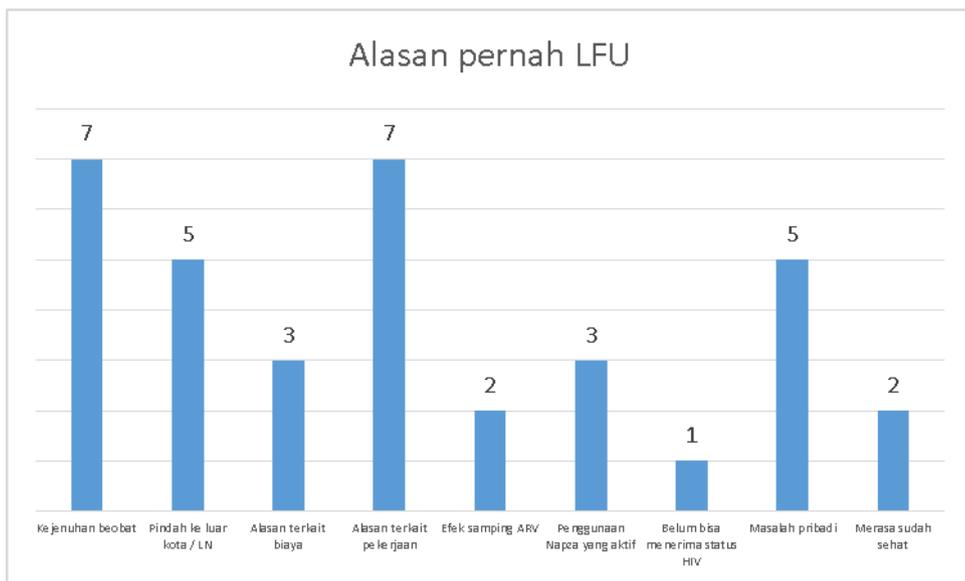
4.3 Perilaku Responden terkait akses ART

a. Pengalaman LFU



Sepanjang responden menjalankan pengobatan ARV, ada 15,6% responden yang menyatakan pernah LFU atau setidaknya 3 bulan tidak mengakses ARV atau putus obat. Saat menjadi responden kaji cepat ini, yang bersangkutan sedang mengakses ART kembali minimal dalam setahun terakhir dan ini menjadi salah satu kriteria inklusi.

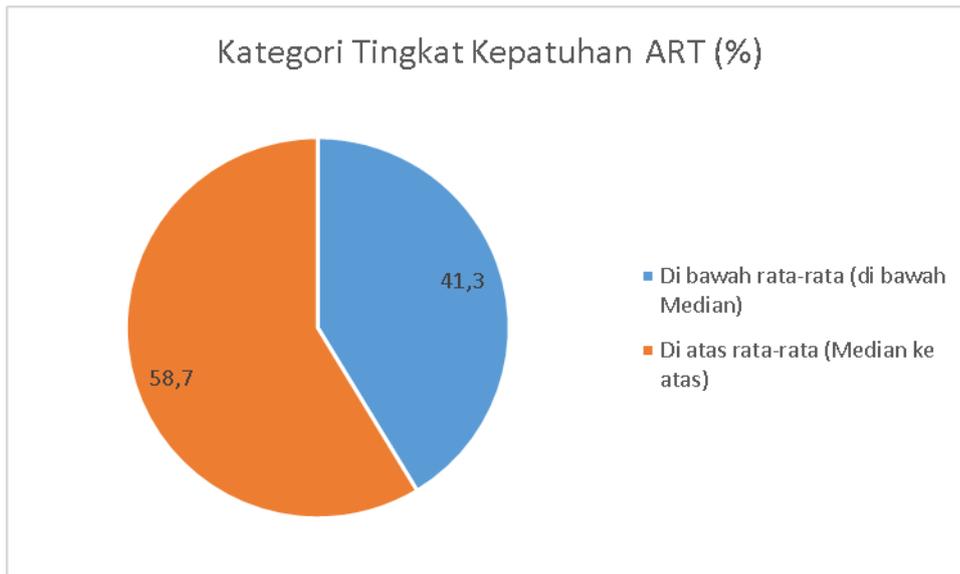
b. Alasan Pernah LFU



Dari responden yang pernah LFU (35 orang) beberapa alasan disampaikan dan dikategorikan seperti grafik di atas. Jawaban yang banyak disampaikan adalah kejujuran berobat, alasan terkait pekerjaan atau kesibukannya, pindah ke luar kota atau luar negeri, dan masalah pribadi seperti hubungan inter-personal atau rumah tangga.

4.4 Persepsi Responden Terhadap Tingkat Kepatuhan Pengobatan

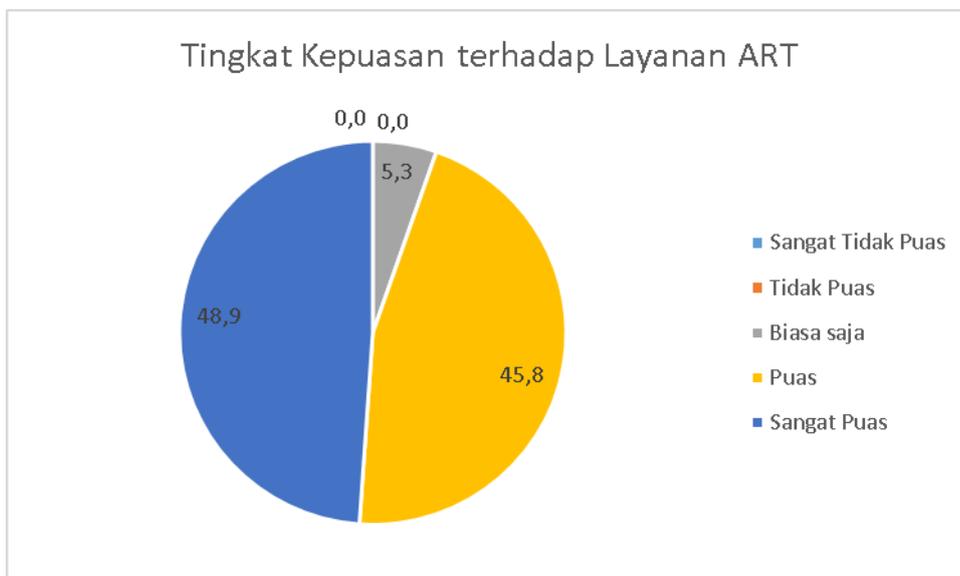
a. Tingkat Kepatuhan ART



Pengukuran tingkat kepatuhan ini adalah persepsi responden tentang bagaimana responden melihat kepatuhan pengobatan dengan memilih skala 0 sampai 9. Dimana nilai 0 adalah posisi sangat tidak patuh minum obat dan nilai 9 adalah posisi sangat patuh minum obat sesuai dosis, waktu dan rutinitas konsultasi dokter. Jawaban responden memiliki rentang dari 3 sampai 9, dengan nilai tengahnya (median) adalah 8. Artinya sebagian besar responden memiliki tingkat kepatuhan yang baik.

4.5 Persepsi Responden Terhadap Tingkat Kepuasan Layanan

a. Tingkat kepuasan layanan ART

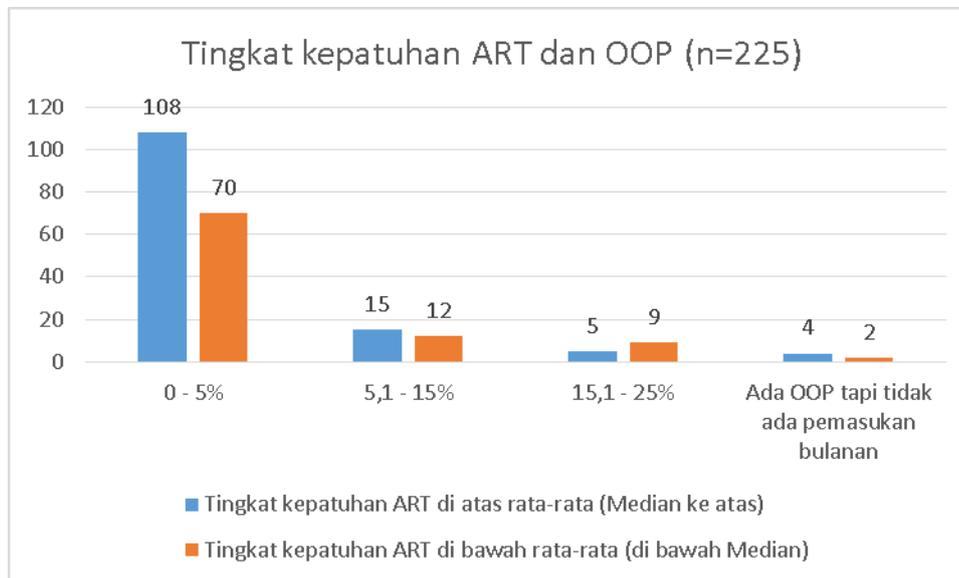


Tingkat kepuasan responden terhadap layanan ART secara umum ini didapat dengan penilaian skala *Likert* terhadap layanan Fasyankes tempat responden mengakses ART

terakhir kali. Hampir seluruh responden menyatakan “puas” dan “sangat puas” terhadap layanan ART. Ada sebagian kecil responden (5,3%) yang menyatakan “biasa saja” dan tidak ada responden yang menyatakan “tidak puas” maupun “sangat tidak puas”.

4.6 Besaran OOP dan Tingkat Kepatuhan

a. Tingkat Kepatuhan ART dan OOP dalam akses ART



Tingkat kepatuhan ART dibuat 2 kategori dengan membagi berdasarkan nilai median. Yaitu kategori tingkat kepatuhan “baik” (nilai di atas rata-rata atau median ke atas) dan tingkat kepatuhan “kurang baik” (nilai di bawah rata-rata atau di bawah median). Presentase besaran OOP adalah proporsi jumlah biaya yang dikeluarkan dalam 6 bulan terakhir dibagi jumlah pemasukan dalam 6 bulan terakhir. Artinya % OOP semakin rendah adalah semakin baik. Melalui penyajian deskriptif, grafik di atas menunjukkan bahwa semakin rendah % OOP, maka tingkat kepatuhan ART yang “baik” menjadi semakin banyak. Dari informasi deskriptif di atas, diperkirakan besaran OOP akan berhubungan dengan tingkat kepatuhan ART.

5. Kesimpulan

- **Gambaran sosial-demografi orang yang hidup dengan HIV di DKI Jakarta:**

Dari kaji cepat ini, diperoleh gambaran orang yang hidup dengan HIV yang mengakses ART di DKI Jakarta bahwa hampir 95% didominasi kelompok usia dewasa 25 tahun ke atas. 9 dari 10 orang memiliki tingkat pendidikan SMA ke atas. Sebagian besar mengakses layanan di Puskesmas (44,9%), kemudian di rumah sakit milik pemerintah (29,8%) dan di klinik atau rumah sakit yang dikelola swasta (25,3%). Satu dari lima orang

responden tidak memiliki pekerjaan atau hanya sebagai pekerja tidak tetap/serabutan. Rentang jumlah pemasukan bulanan dalam 6 bulan terakhir adalah antara 0 sampai 15 juta per bulan, dengan rata-rata (median) 3,5 juta. Sekitar 87% sudah memiliki jaminan kesehatan / BPJS yang masih berlaku dan bisa digunakan. Tahu status HIV pertama kali berkisar antara 1 – 19 tahun yang lalu. Lebih dari setengahnya (55,1%) memiliki pasangan atau keluarga yang mengetahui status HIV responden dan juga berperan sebagai PMO.

- **Gambaran besaran OOP *Direct Cost* dalam akses ART di DKI Jakarta:**

Lebih dari setengah responden (52,9%) menyatakan tidak mengeluarkan biaya saat mengakses ART dan sebagian pemeriksaan laboratorium penunjang dalam 6 bulan terakhir. Banyak responden yang memanfaatkan kepemilikan kartu BPJS dan adanya program bantuan pemerintah atau LSM yang mensubsidi pembiayaan. Yaitu kelompok responden yang nilai % OOPnya adalah 0%, karena tidak ada biaya OOP yang dikeluarkan. Nilai % OOP responden yang tertinggi adalah 24,34%. Artinya hampir seperempat pemasukannya adalah untuk pembiayaan OOP dalam akses ART. Ada sebagian kecil responden (0,9%), yang harus mengeluarkan OOP meski responden tersebut tidak memiliki penghasilan bulanan.

Responden yang mengakses ART di Puskesmas lebih banyak mengeluarkan OOP untuk pembiayaan pemeriksaan laboratorium penunjang. Ini dikarenakan tidak semua pemeriksaan laboratorium terkait HIV dan IO, tidak tersedia di Puskesmas dan harus dilakukan di laboratorium swasta atau di rumah sakit. Responden yang mengakses ART di rumah sakit pemerintah, lebih banyak mengeluarkan OOP untuk pembiayaan administrasi layanan dan jasa dokter. Kelompok responden ini memilih akses ART di rumah sakit karena untuk kemudahan konsultasi dengan dokter spesialis. Responden yang mengakses ART di klinik atau rumah sakit swasta sebagian besar berasal dari kalangan ekonomi menengah ke atas. Selain karena untuk konsultasi dengan dokter spesialis, kebutuhan akan privasi dan keleluasaan waktu akses ART menjadi pertimbangan responden.

- **Gambaran gambaran perilaku dan persepsi terkait akses ART:**

Sekitar 15,6% responden menyatakan pernah LFU atau putus obat. Alasan yang banyak disampaikan kenapa mereka putus obat adalah kejenuhan berobat, alasan terkait pekerjaan atau kesibukannya, pindah ke luar kota atau luar negeri, dan masalah pribadi seperti hubungan inter-personal atau rumah tangga. Persepsi tingkat kepatuhan ART memiliki nilai rentang dari 3 sampai 9, dengan nilai tengahnya (median) adalah 8.

Artinya sebagian besar responden memiliki tingkat kepatuhan yang baik. Persepsi tingkat kepuasan layanan Fasyankes tempat mengakses ART, menunjukkan bahwa hampir seluruh responden menyatakan “sangat puas” (48,9%) dan “puas” (45,8%) terhadap layanan ART. Ada sebagian kecil responden (5,3%) yang menyatakan “biasa saja” dan tidak ada responden yang menyatakan “tidak puas” maupun “sangat tidak puas”.

- **Gambaran hubungan antara OOP *Direct Cost* dengan tingkat kepatuhan ART:**

Melalui penyajian deskriptif, menunjukkan bahwa semakin rendah % OOP terhadap pemasukan, maka tingkat kepatuhan ART responden dengan kategori “baik” menjadi semakin tinggi. Diperkirakan besaran OOP akan berhubungan dengan tingkat kepatuhan ART.

6. Rekomendasi

- **Bagi Komunitas:**

Pemilihan jenis Fasyankes tempat akses ART mempengaruhi besaran OOP dalam mengakses ART. Kepemilikan kartu BPJS sangat membantu mengurangi biaya OOP dalam mengakses ART baik di Fasyankes pemerintah maupun swasta. Hasil kaji cepat ini merekomendasikan kepada komunitas untuk mempertimbangkan dalam memilih jenis Fasyankes yang sesuai dengan prioritas kebutuhan dan pemanfaatan kepemilikan kartu BPJS. Prioritas kebutuhan yang dimaksud adalah jarak Fasyankes, ada kebutuhan dokter spesialis atau tidak, kebutuhan aspek privasi dan keleluasaan jam layanan, kebutuhan fasilitas laboratorium dalam satu atap untuk efisiensi waktu. Selain itu komunitas perlu membekali diri dengan informasi pilihan laboratorium penunjang terkait HIV agar dapat memilih tempat paling sesuai dengan kebutuhan dan biaya yang ada. Pertimbangan-pertimbangan tersebut dapat dipilih oleh komunitas untuk meminimalkan OOP yang dikeluarkan dalam mengakses ART.

- **Bagi Fasyankes:**

Tingkat kepuasan responden terhadap pelayanan secara umum sudah memuaskan. Hanya sebagian kecil saja (5,3%) yang menyatakan “biasa saja” dan tidak ada yang menyatakan tidak puas. Bila Fasyankes akan memberikan rujukan keluar, khususnya untuk pemeriksaan laboratorium penunjang atau konsultasi dokter spesialis, direkomendasikan untuk memberikan pilihan-pilihan dan besaran biaya yang mungkin harus dikeluarkan oleh klien. Dengan demikian OOP yang harus dikeluarkan oleh klien

atau keluarganya dapat diminimalkan dan secara tidak langsung akan meningkatkan tingkat kepatuhan ARTnya.

- **Bagi Pemangku Kebijakan:**

Salah satu indikator strategi 95-95-95 ketiga adalah persentase dari jumlah orang yang hidup dengan HIV dengan virus tersupresi dari orang yang hidup dengan HIV yang dalam terapi ART. Saat ini telah mencapai 17,4%. Besaran OOP yang dikeluarkan oleh orang yang hidup dengan HIV dalam mengakses ART, diperkirakan berhubungan dengan tingkat kepatuhan ART. Semakin rendah % OOP terhadap pemasukan klien ART, maka tingkat kepatuhan ART responden dengan kategori “baik” menjadi semakin tinggi. Untuk mendukung pencapaian strategi 95-95-95 di tahun 2030, selain upaya meminimalkan biaya OOP melalui kebijakan teknis, direkomendasikan juga untuk melakukan upaya perluasan penyediaan pemeriksaan VL yang lebih terjangkau diluar program subsidi pemeriksaan VL dari program.

Daftar Pustaka

Ariawan, Iwan (1996). Aplikasi Survei Cepat, FKMIUI – Pusdakes Depkes.

Harris, Donald R., Stanley Lemeshow, Steven K Lwanga, James Chin, Roger Duchesneau (1991). "Evaluation of a standardized survey design proposed for use in epidemiological research on AIDS". *International Journal of Epidemiology*. 1991:Vol 20 No. 4: 1048-1056.

Henderson, RH., Sundaresan T. (1982). "Cluster sampling to assess immunization coverage: a review of experience with a simplified sampling method". *Bulletin World Health Organization* 60(2): 253-260.

Kish, Leslie (1965). Survey sampling. New York: John Wiley & Sons.

Lemeshow S, and Robinson D: Surveys to measure programme coverage and impact: a review of the methodology used by the Expanded Programme on Immunization. *World Health Statistics Quarterly* 38, 65-75, 1985.

Laporan Perkembangan HIV-AIDS dan PIMS, Triwulan III, 2020, Kemenkes RI

Protokol Lapangan SCP, KPA Nasional, 2013.

Presentasi Dinkes Provinsi DKI Jakarta dalam HAS 2020 tentang Kebijakan dan Inovasi Penanggulangan HIV-AIDS di DKI Jakarta.

<http://statistik.jakarta.go.id/berapa-kepadatan-penduduk-dki-jakarta-saat-ini/>

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?end=2018&start=2018&view=ma>

[p](#)