PS4
35
Jakarta

LAPORAN AKHIR PENELITIAN

KAJIAN IMPLEMENTASI PROGRAM PENCEGAHAN PENULARAN HIV/AIDS DARI IBU KE ANAK

Penyusun:

1. Ingan Ukur Tarigan
2. Soewarta Kosen
3. Tati Suryati
4. Endang Indriasih
5. Anny Yulianti
6. Tita Rosita
7. Retno Widyastuti

PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN
Jl. Percetakan Negara No. 23 A Jakarta Pusat

2011

LAPORAN AKHIR PENELITIAN

KAJIAN IMPLEMENTASI PROGRAM PENCEGAHAN PENULARAN HIV/AIDS DARI IBU KE ANAK

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
PERPUSTAKAAN
Tanggal :
No. Induk :
No. Klass : PS 4
35
Jakarta.

Penyusun:

1. **Ingan Ukur Tarigan**
2. **Soewarta Kosen**
3. **Tati Suryati**
4. **Endang Indriasih**
5. **Anny Yulianti**
6. **Tita Rosita**
7. **Retno Widyastuti**

PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN
Jl. Percetakan Negara No. 23 A Jakarta Pusat

2011

LEMBAR PENGESAHAN

Ketua Pelaksana,

Ingan Ukur Tarigan, SKM, M.Epid
NIP. 19671004 199303 2 001

Disetujui,
Ketua PPI
Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan
dan Pemberdayaan Masyarakat

Prof. Dr. Herman Sudiman, SKM
NIP. 19471231 198301 1 001

Mengetahui,
Kepala,
Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan
dan Pemberdayaan Masyarakat

drg. Agus Suprapto, M.Kes
NIP. 196408131991011001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan laporan penelitian ini dengan judul "Kajian Implementasi Program Pencegahan Penularan HIV/AIDS dari Ibu ke Anak ". Laporan penelitan ini disusun dalam rangka mempertanggungjawabkan penelitian yang telah dilakukan sepanjang tahun 2011.

Kami menyadari bahwa dalam menyusun laporan penelitian ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun guna menyempurnakan laporan penelitian ini. Kami berharap semoga laporan penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang terlibat pada khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Jakarta, Desember 2011

Penyusun

UCAPAN TERIMA KASIH

Dalam menyusun laporan penelitian ini, kami telah banyak memperoleh bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, kami ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Dr. dr. Trihono, M.Sc, selaku Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
2. drg. Agus Suprapto, M.Kes, selaku Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan, dan Pemberdayaan Masyarakat.
3. Narasumber dari SubDit Aids & PMS, SubDit Bina Kesehatan Ibu, dan Instansi yang terkait, baik yang di pusat maupun yang di daerah
4. Seluruh tim peneliti yang terlibat dalam proses penelitian ini, sejak awal hingga akhir.

Jakarta, Desember 2011

Penyusun

DAFTAR ANGGOTA TIM PENELITI

No	Nama	Kedudukan Dalam tim
1.	Ingan Ukur Tarigan, SKm, M.Epid	Ketua Tim Pelaksana Penelitian
2.	Dr. Soewarta Kosen, M.P.H., Dr.P.H	Anggota Tim Peneliti
3.	Drg. Tati Suryati, MARS	Anggota Tim Peneliti
4.	Endang Indriasih, SKm, MSi	Anggota Tim Peneliti
5.	Anni Yulianti, SKm, M.Kes	Anggota Tim Peneliti
6.	dr. Tita Rosita	Anggota Tim Peneliti
7.	dr. Retno Widyastuti	Anggota Tim Peneliti
8.	Elfrida	Pelaksana Administrasi

RINGKASAN EKSEKUTIF

Kajian Implementasi Program Pencegahan Penularan HIV/Aids dari Ibu ke Anak

Kondisi HIV/AIDS di Indonesia pada saat ini cukup memprihatinkan, dimana seiring dengan bertambahnya jumlah kasus, daerah penyebarannya juga bertambah. Hasil laporan P2PL pada Maret 2010, kasus AIDS sudah mencapai 20,524 orang di 32 provinsi di Indonesia. Dari 20,524 kasus tersebut, 3936 orang telah meninggal dunia (19.1%). Berdasarkan jenis kelamin, AIDS lebih tinggi pada laki-laki (73.8%) di banding perempuan (25.8%). Prevalensi kasus AIDS per 100,000 penduduk berdasarkan provinsi, tertinggi adalah provinsi Papua, Bali, dan DKI Jakarta.

Seiring dengan pertambahan total kasus AIDS, jumlah daerah yang melaporkan kasus AIDS pun bertambah. Pada akhir tahun 2000, terdapat 16 provinsi yang melaporkan kasus AIDS, dan kemudian pada akhir tahun 2003 jumlah tersebut meningkat menjadi 25 provinsi. Jumlah ini meningkat tajam pada tahun 2006, yaitu sebanyak 32 dari 33 provinsi yang ada di Indonesia yang sudah melaporkan adanya kasus AIDS.

Bila respons yang masih terbatas seperti saat ini dimana cakupan program yang rendah berlangsung terus, maka hasil pemodelan epidemi HIV mengindikasikan tingkat penularan akan terus meningkat di Indonesia. Diperkirakan akan ada sekitar 400.000 orang terinfeksi HIV pada tahun 2010, dan 100.000 orang diantaranya meninggal atau ada 1 juta ODHA pada tahun 2015 dengan 350.000 kematian.

Risiko penularan HIV tidak hanya terbatas pada sub-populasi yang berperilaku risiko tinggi, tetapi juga dapat menular pada pasangan atau istrinya, bahkan anaknya. Diperkirakan pada akhir tahun 2015 akan terjadi penularan HIV secara kumulatif pada lebih dari 38.500 anak yang dilahirkan dari ibu yang terinfeksi HIV. Para ibu ini sebagian besar tertular dari suaminya, bahkan tertular juga kepada anaknya.

Transmisi secara vertikal dapat terjadi dari ibu yang terinfeksi HIV kepada janinnya antara lain 1. sewaktu hamil, 2. sewaktu persalinan, dan 3. setelah melahirkan melalui ASI. Angka penularan selama kehamilan sekitar 5-10%, sewaktu persalinan 10-20% dan pada pemberian ASI 10-20%. Namun diperkirakan penularan ibu kepada janin terutama terjadi pada masa perinatal. Hal ini didasarkan saat identifikasi infeksi oleh teknik kultur atau *Polymerase Chain Reaction (PCR)* pada bayi setelah lahir (negatif saat lahir dan positif beberapa bulan kemudian). Dengan demikian maka pencegahan penularan dari ibu yang terinfeksi HIV/AIDS harus dilakukan secara komprehensif bahkan sejak ibu merencanakan kehamilannya. Selain itu virus dapat ditemukan dalam ASI sehingga ASI dapat merupakan perantara penularan HIV dari ibu kepada bayi pasca lahir.

Kebijakan dalam pencegahan penularan HIV/AIDS ibu ke bayi dilakukan dengan konseling dan tes HIV untuk mengetahui status HIV ibu hamil, pemberian obat anti retroviral (ARV) untuk profilaksis maupun terapi, persalinan yang aman dan program pemberian makanan bayi. Dalam pelaksanaan upaya ini, maka layanan kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dianggap sebagai layanan PMTCT yang paling ideal karena layanan ini merupakan tempat ibu hamil memeriksakan kehamilannya.

Untuk mendukung kebijakan ini sampai dengan akhir Desember 2010 Kementerian Kesehatan telah menyediakan 69 layanan PMTCT, dengan petugas yang telah mengikuti pelatihan dan menggunakan modul pelatihan yang terstandarisasi Kementerian Kesehatan. Selain itu juga telah ada Pedoman dan Modul Pelatihan PMTCT dan saat ini sedang disusun Rencana Aksi Nasional PMTCT.

Program pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak sudah dilaksanakan. Untuk itu perlu dikaji apakah implementasi tersebut sudah berjalan dengan baik, dan juga untuk melihat kendala yang dihadapi di lapangan.

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menilai input, implementasi (prose), dan hasil kebijakan program pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak. Secara khusus untuk melakukan review literature mengenai kebijakan dan program implementasi pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak, mengidentifikasi sarana dan prasarana pelayanan kesehatan untuk merawat ibu dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS, mengidentifikasi kualitas dan kuantitas tenaga teknis (jumlah, jenis, kompetensi) dalam perawatan ibu dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS, mengetahui implementasi kebijakan HIV/AIDS di sarana pelayanan kesehatan, dan mengidentifikasi biaya (sumber biaya, kecukupan, dan kesinambungan) yang digunakan dalam program pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak.

Jenis penelitian adalah riset terapan, dengan disain studi cross sectional dengan pendekatan kualitatif. Sampel adalah pemegang program HIV/AIDS P2PL, program Kesehatan Ibu dan Anak, dan unit kesehatan yang ada di daerah. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam, dan diskusi kelompok terarah (FGD).

Hasil penelitian adalah sebagai berikut:

1. Kebijakan program HIV/AIDS: belum semua Provinsi dan Kabupaten/Kota mempunyai Perda tentang HIV/AIDS; sebagian daerah sudah memiliki Perda, namun kegiatan program tidak di dukung oleh sarana & prasarana, SDM, dan dana yang memadai; belum semua daerah membuat POA khusus untuk PMTCT, baik di tingkat provinsi, Kabupaten/Kota, RS dan puskesmas. POA PMTCT digabung dalam program HIV/AIDS; beberapa Peraturan daerah tidak sinkron dengan peraturan lain, dan beberapa Perda tidak didukung petunjuk teknis yang jelas, sehingga dalam pelaksanaannya tidak didukung komitmen yang tinggi baik petugas maupun masyarakat.
2. Implementasi Program: banyak kegiatan program PMTCT yang belum tertata dengan baik, dan masih fokus kepada ibu dengan HIV positif; sosialiasi program PMTCT belum maksimal dilakukan, baik kepada petugas maupun masyarakat; sistem rujukan tidak berjalan dengan baik, dimana puskesmas hanya berfungsi untuk merujuk, tidak termasuk pemberian ARV, sehingga banyak kasus yang loss follow up. Untuk menekan kasus loss follow up, beberapa puskesmas dijadikan puskesmas satelit, yang diberi kewenangan dalam memberikan ARV kepada pasien HIV positif dengan pengawasan RS; screening dilakukan di dalam dan luar gedung puskesmas. Screning di luar gedung dilakukan secara berkala atau tidak berkala dengan 'mobile visite' ke sekolah, posyandu, lokalisasi, terminal, pasar, dan lain-lain; semua pemerintah daerah dan KPA melakukan kerjasama dengan LSM lokal maupun international dalam program PMTCT, dan HIV/AIDS secara umum; koordinasi antara pemegang program (P2 dan Kesga) di beberapa daerah masih belum jelas, karena dasar hukum dan tupoksi yang belum jelas, sehingga sering lempar tanggung jawab; supervisi dan

monitoring dilakukan tanpa perencanaan yang jelas, supervisor tidak mengidentifikasi permasalahan di lapangan, sehingga tidak ada solusi atau perbaikan program untuk tindak lanjut; belum ada SOP atau prosedur tetap (PROTAP) tentang penanganan PMTCT; dan mekanisme pencatatan dan pelaporan mengacu kepada form GF, namun ada indikator yang dipakai tidak sesuai dengan kenyataan di lapangan.

3. Sarana dan Prasarana: ketersediaan logistik (obat, alat kesehatan, alat non kesehatan, reagen) hampir di semua daerah mencukupi, namun di beberapa daerah ada yang sudah kadaluarsa; ketersediaan sarana dan prasarana banyak di dukung oleh GF dan LSM, namun beberapa daerah juga melakukan pengadaan sendiri dari dana APBD; dan ketersediaan sarana, seperti ruang VCT puskesmas, mesin CD4 di RS masih terbatas dan sebagian belum memadai
4. Sumber Daya Manusia: pelatihan program PMTCT belum dilakukan secara merata karena keterbatasan tenaga dan juga dana; dan tenaga teknisi banyak yang bekerja dengan tugas rangkap.
5. Pembiayaan: ketersediaan dana untuk program PMTCT pada umumnya digabung dengan program HIV/AIDS, dimana sumber dana untuk program PMTCT lebih banyak bantuan donor dibanding pemerintah; dan dana untuk promosi dan preventif, dana operasional lapangan, dan pengadaan makanan tambahan bayi/susu formula di semua daerah penelitian masih kurang.

Saran dari penelitian ini adalah membuat perencanaan yang jelas untuk semua kegiatan program PMTCT, termasuk supervisi dan monitoring; meningkatkan sosialisasi tentang program PMTCT, khususnya kepada ibu yang berisiko dan juga petugas kesehatan, dengan cara: melakukan penyuluhan, baik individu maupun kelompok; sosialisasi melalui media massa, media elektronik, dan menyebarkan buku-buku, liflet, poster tentang PMTCT dan juga HIV/AIDS; meningkatkan screening dengan melakukan VCT untuk semua ibu hamil yang datang ANC ke fasilitas kesehatan; dari segi fasilitas perlu mengembangkan CST (Care Support & Treatment); dan perlu menambah puskesmas dengan VCT, di daerah yang berisiko tinggi; perlu menyediakan CD4 untuk anak-anak, karena sampai saat ini belum tersedia; meningkatkan tenaga pelaksana yang terampil dan kompeten dengan melakukan pelatihan yang komprehensif dan berkesinambungan; dan menambah tenaga konselor dan pendampingan, dengan melakukan pelatihan; membuat aturan yang jelas antara unit yang terkait dengan program HIV/AIDS dalam tugas dan fungsinya, sehingga program pelayanan dapat terkoordinasi dengan baik dan berkesinambungan; dan melakukan pertemuan koordinasi antar unit secara berkala, yang terkait dengan program HIV/AIDS; meningkatkan kerjasama dengan pihak swasta atau donor untuk meningkatkan program pelayanan PMTCT, seperti pemberian PASI dan makanan tambahan kepada bayi dengan ibu HIV positif; sosialisasi, dan pendampingan; meningkatkan Peran Serta Masyarakat (PSM) dalam mencegah penularan HIV/AIDS dengan melibatkan PKK, TOMA, TOGA, dan kelompok masyarakat yang peduli Aids dalam melakukan sosialisasi, dan pendampingan; dan memperbaiki sistem rujukan, dengan menambah fungsi puskesmas sebagai puskesmas satelit.

ABSTRAK

Kajian Implementasi Program Pencegahan Penularan HIV/AIDS Dari Ibu Ke Anak

Tahun 2011 kasus HIV di Indonesia yang dilaporkan sebanyak 21,031 kasus dan untuk kasus AIDS sebanyak 4,162 kasus (laki-laki 70.8% dan perempuan 28.2%). Persentase kasus AIDS menurut pekerjaan, tertinggi adalah pada Ibu Rumah Tangga, dengan factor risiko penularan kasus AIDS tertinggi adalah heteroseksual 71%, penasun 18.7%, dan LSL 3.9%. Penularan dari ibu dengan HIV positif ke anak sebesar 2.7%. Kondisi ini mengkhawatirkan karena melalui hubungan heteroseksual, dapat menularkan kepada pasangan atau istri dan juga anaknya. Transmisi dapat terjadi dari ibu yang terinfeksi HIV kepada janinnya pada saat hamil, persalinan, dan setelah melahirkan melalui ASI. Angka penularan selama kehamilan sekitar 5-10%, sewaktu persalinan 10-20%, dan pada saat pemberian ASI 10-20%.

Program Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) adalah strategi kunci untuk pencapaian tujuan MDG's 4,5 dan 6. Kegiatan yang dilakukan dalam program PMTCT adalah melakukan screening kasus HIV pada ANC di pelayanan kesehatan ibu dan anak. Metode yang dipakai adalah VCT (konseling dan testing sukarela), pemberian obat (ARV), persalinan yang aman, dan program pemberian makanan bayi.

Metode yang dilakukan dalam kajian ini adalah metode kualitatif dengan melakukan indepth interview dan FGD, di provinsi dengan kasus HIV/AIDS tertinggi di Indonesia, yaitu DKI Jakarta, Papua, Jawa Timur, Bali, Jawa Barat, dan Kalimantan Barat.

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada sinkronisasi antara kebijakan pusat dan daerah tentang HIV/AIDS, masih banyak kabupaten/kota yang tidak mempunyai PERDA tentang HIV/AIDS, PMTCT bukan program prioritas, banyak masyarakat mengabaikan PERDA karena stigma tentang HIV/AIDS masih besar. Sarana dan prasarana yang tersedia masih sangat terbatas, Tenaga Kesehatan yang dilatih PMTCT masih sangat terbatas, dan tidak ada Transfer of Knowledges, dan keterbatasan pembiayaan. Untuk meningkatkan efektivitas program, maka di beberapa daerah melakukan inovasi dengan melakukan mobile visite ke daerah yang berisiko, memanfaatkan ODHA sebagai konselor di komunitasnya, dan melibatkan LSM dalam screening dan pendampingan.

Saran dari penelitian ini adalah membuat perencanaan yang jelas dan rinci, meningkatkan Sosialisasi kepada masyarakat dan petugas kesehatan, meningkatkan tersediaan sarana dan prasarana untuk mendukung program PMTCT, meningkatkan dan menambah tenaga terampil yang kompeten, dan meningkatkan kerjasama dengan pihak swasta dan donor.

DAFTARISI

JUDUL i
LEMBAR PENGESAHAN ii
KATA PENGANTAR iii
UCAPAN TERIMA KASIH iv
DAFTAR ANGGOTA TIM PENELITI v
RINGKASAN EKSEKUTIF vi
ABSTRAK ix
DAFTAR ISI x
DAFTAR GRAFIK DAN TABEL xi
I. PENDAHULUAN 1
1.1. Latar Belakang 1
1.2. Pertanyaan Penelitian 3
1.3. Manfaat Penelitian 4
1.4. Tujuan Penelitian 4
II. METODOLOGI 5
2.1. Kerangka Konsep 5
2.2. Definisi Operasional 19
2.3. Tempat dan Waktu Penelitian 19
2.4. Jenis Penelitian 20
2.5. Disain Penelitian 20
2.6. Populasi dan Sampel 20
2.7. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data 21
2.8. Bahan dan Prosedur Kerja 24
2.9. Manajemen dan Analisis Data 25
2.10. Pertimbangan Etik Penelitian 25
III. HASIL DAN PEMBAHASAN 9
3.1. Hasil 9
3.1.1. Gambaran HIV/AIDS 10
3.1.2. Kebijakan Program 13
3.1.3. Implementasi Program 16
3.1.4. Sarana dan Prasarana Program 32
3.1.5. Sumber Daya Manusia 35
3.1.6. Pembiayaan 39
3.2. Pembahasan 9
3.2.1. Gambaran HIV/AIDS 44
3.2.2. Kebijakan Program 44
3.2.3. Implementasi Program 47
3.2.4. Sarana dan Prasarana Program 49
3.2.5. Sumber Daya Manusia 50
3.2.6. Pembiayaan 50
IV. KESIMPULAN DAN SARAN 52
4.1. Kesimpulan 52
4.2. Saran 54

DAFTAR KEPUSTAKAAN 55

DAFTAR GAMBAR

No	Judul Gambar	Halaman
3.1.	Jumlah Kasus HIV Menurut Provinsi dan Nasional	10
3.2.	Jumlah Kasus AIDS Menurut Provinsi dan Nasional	10
3.3.	PositifRate dari Layanan VCT Berdasarkan Provinsi & Nasional	11
3.4.	Layanan Konseling dan Test HIV	11
3.5.	Jumlah Kasus AIDS Berdasarkan Faktor Risiko	12

DAFTAR TABEL

No	Judul TABEL	Halaman
3.1.	Jumlah Layanan PMTCT dan Jumlah Kasus yang dilayani	12

BAB I
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kondisi HIV/AIDS di Indonesia pada saat ini cukup memprihatinkan, dimana seiring dengan bertambahnya jumlah kasus, daerah penyebarannya juga bertambah. Hasil laporan P2PL pada Maret 2010, kasus AIDS sudah mencapai 20,524 orang di 32 provinsi di Indonesia. Dari 20,524 kasus tersebut, 3936 orang telah meninggal dunia (19.1%). Berdasarkan jenis kelamin, AIDS lebih tinggi pada laki-laki (73.8%) di banding perempuan (25.8%). Prevalensi kasus AIDS per 100,000 penduduk berdasarkan provinsi, tertinggi adalah provinsi Papua, Bali, dan DKI Jakarta.

Di daerah Papua (Provinsi Papua dan Papua Barat), keadaan yang meningkat ini ternyata telah menular lebih jauh, yaitu telah terjadi penyebaran HIV melalui hubungan seksual berisiko pada masyarakat umum (dengan prevalens > 1%). Situasi di daerah Papua menunjukkan tahapan telah mencapai *generalized epidemic*.

Epidemi HIV yang terkonsentrasi ini tergambar dari laporan Departemen Kesehatan (Depkes) tahun 2006. Sejak tahun 2000 prevalens HIV mulai konstan di atas 5% pada beberapa sub-populasi berisiko tinggi tertentu. Dari beberapa tempat sentinel, pada tahun 2006 prevalens HIV berkisar 21% – 52% pada penasun, 1%-22% pada WPS, dan 3%-17% pada waria.

Kemenkes juga melaporkan laju peningkatan kasus baru AIDS yang semakin cepat terutama dalam tiga tahun terakhir. Hal ini terlihat dari jumlah kasus baru AIDS sebanyak 2.873 pada tahun 2006. Jumlah ini dua kali lipat dibanding jumlah yang pernah dilaporkan pada 17 tahun pertama epidemi AIDS di Indonesia, yang jumlahnya 1.371. Dari jumlah kasus baru itu, 82% adalah laki-laki, dan yang berusia kurang dari 30 tahun sebanyak 74%.

Seiring dengan pertambahan total kasus AIDS, jumlah daerah yang melaporkan kasus AIDS pun bertambah. Pada akhir tahun 2000, terdapat 16 provinsi yang melaporkan kasus AIDS, dan kemudian pada akhir tahun 2003 jumlah tersebut meningkat menjadi 25 provinsi. Jumlah ini meningkat tajam pada tahun 2006, yaitu sebanyak 32 dari 33 provinsi yang ada di Indonesia yang sudah melaporkan adanya kasus AIDS.

Selain pada sub-populasi yang secara tradisional dikenal sangat berisiko tertular HIV, ternyata 14% estimasi ODHA juga berasal dari masyarakat umum di daerah Papua. Hasil tersebut didukung data surveilans HIV pada beberapa sub-populasi masyarakat umum, seperti ibu hamil dan anak sekolah di beberapa kabupaten di daerah Papua yang menunjukkan adanya peningkatan prevalens HIV cukup berarti dalam beberapa tahun terakhir ini. Prevalens HIV di masyarakat umum di daerah Papua tahun 2006 adalah 2,4% (BPS dan Depkes, 2007)

Bila respons yang masih terbatas seperti saat ini dimana cakupan program yang rendah berlangsung terus, maka hasil pemodelan epidemi HIV mengindikasikan tingkat penularan akan terus meningkat di Indonesia. Diperkirakan akan ada sekitar 400.000 orang terinfeksi HIV pada tahun 2010, dan 100.000 orang diantaranya meninggal atau ada 1 juta ODHA pada tahun 2015 dengan 350.000 kematian.

Risiko penularan HIV tidak hanya terbatas pada sub-populasi yang berperilaku risiko tinggi, tetapi juga dapat menular pada pasangan atau istrinya, bahkan anaknya. Diperkirakan pada akhir tahun 2015 akan terjadi penularan HIV secara kumulatif pada lebih dari 38.500 anak yang dilahirkan dari ibu yang terinfeksi HIV. Para ibu ini sebagian besar tertular dari suaminya, bahkan tertular juga kepada anaknya.

Penularan HIV/AIDS dari Ibu ke Anak

Transmisi secara vertikal dapat terjadi dari ibu yang terinfeksi HIV kepada janinnya antara lain 1. sewaktu hamil, 2. sewaktu persalinan, dan 3. setelah melahirkan melalui ASI. Angka penularan selama kehamilan sekitar 5-10%, sewaktu persalinan 10-20% dan pada pemberian ASI 10-20%. Namun diperkirakan penularan ibu kepada janin terutama terjadi pada masa perinatal. Hal ini didasarkan saat identifikasi infeksi oleh teknik kultur atau *Polymerase Chain Reaction (PCR)* pada bayi setelah lahir (negatif saat lahir dan positif beberapa bulan kemudian). Dengan demikian maka pencegahan penularan dari ibu yang terinfeksi HIV/AIDS harus dilakukan secara komprehensif bahkan sejak ibu merencanakan kehamilannya. Selain itu virus dapat ditemukan dalam ASI sehingga ASI dapat merupakan perantara penularan HIV dari ibu kepada bayi pasca lahir.

Dalam upaya melindungi penularan HIV/AIDS dari ibu ke bayi maka beberapa kegiatan telah dilakukan yaitu :

a. Pemberian informasi kesehatan reproduksi dan HIV pada remaja usia reproduksi terutama perempuan
b. Perencanaan kehamilan bagi perempuan positif HIV, termasuk promosi dan pemasaran kondom
c. Pertolongan persalinan yang tepat dan aman , sesuai kondisi perempuan HIV positif
d. Pemberian dukungan psikologis sosial, termasuk layanan kesehatan untuk ibu dan anak pasca persalinan dan dukungan pemberian makanan bayi yang aman

Selain kegiatan diatas, kebijakan dalam pencegahan penularan HIV/AIDS ibu ke bayi juga dilakukan dengan konseling dan tes HIV untuk mengetahui status HIV ibu hamil, pemberian obat anti retroviral (ARV) untuk profilaksis maupun terapi, persalinan yang aman dan program pemberian makanan bayi. Dalam pelaksanaan upaya ini, maka layanan kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dianggap sebagai layanan PMTCT yang paling ideal karena layanan ini merupakan tempat ibu hamil memeriksakan kehamilannya.

Untuk mendukung kebijakan ini sampai dengan akhir Desember 2010 Kementerian Kesehatan telah menyediakan 69 layanan PMTCT, dengan petugas yang telah mengikuti pelatihan dan menggunakan modul pelatihan yang terstandarisasi Kementerian Kesehatan. Selain itu juga telah ada Pedoman dan Modul Pelatihan PMTCT dan saat ini sedang disusun Rencana Aksi Nasional PMTCT.

Program pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak sudah dilaksanakan. Untuk itu perlu dikaji apakah implementasi tersebut sudah berjalan dengan baik, dan juga untuk melihat kendala yang dihadapi di lapangan.

1.2. Pertanyaan Penelitian

Adanya situasi epidemiologi dan kebijakan pencegahan penularan HIV/AIDS sebagaimana dikemukan diatas, maka lahir beberapa pertanyaan penelitian:

Pelaksanaan kebijakan program pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak dinilai dari :

1. Bagaimana hasil review kebijakan dan implementasi pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak (Nasional dan International)
2. Bagaimana sarana dan prasarana pelayanan kesehatan tempat merawat ibu dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS

3. Bagaimana kualitas dan kuantitas tenaga teknis (jumlah, jenis, kompetensi) yang ada dalam perawatan ibu dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS
4. Bagaimana metode pelayanan konseling & testing sukarela di sarana pelayanan kesehatan
5. Bagaimana biaya (sumber dana, kecukupan, dan kesinambungan) yang digunakan dalam program HIV/AIDS pada ibu dan anak

1.3. Manfaat Penelitian

Sebagai bahan masukan bagi pemangku kepentingan (*stakeholder*) dalam pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

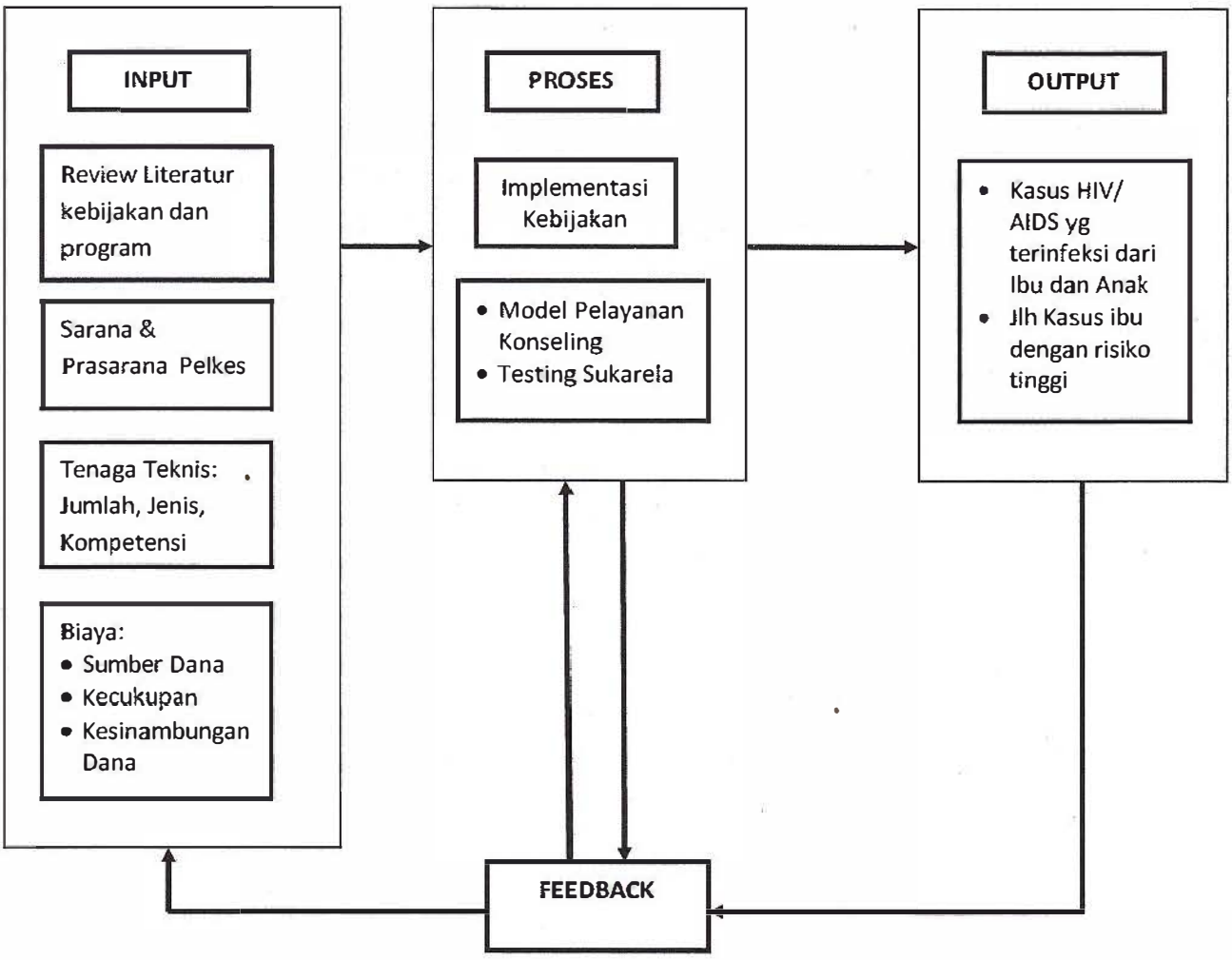
Menilai input, implementasi (proses), dan hasil kebijakan program pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak

1.4.2. Tujuan Khusus

a. Melakukan review literatur mengenai kebijakan dan program implementasi pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak (Nasional dan International)
b. Mengidentifikasi sarana dan prasarana pelayanan kesehatan untuk merawat ibu dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS
c. Mengidentifikasi kualitas dan kuantitas tenaga teknis (jumlah, jenis, kompetensi) dalam perawatan ibu dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS
d. Mengetahui implementasi kebijakan HIV/AIDS (metode pelayanan konseling, testing sukarela) di sarana pelayanan kesehatan
e. Mengidentifikasi biaya (sumber biaya, kecukupan, dan kesinambungan) yang digunakan dalam program pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu dan anak

BAB II
METODOLOGI

2.1. Kerangka Konsep



2.2. Definisi Operasional

1. Sarana & Prasarana Pelayanan Kesehatan adalah sarana dan prasarana yang tersedia di fasilitas kesehatan yang melayani kasus HIV/AIDS khususnya ibu dan anak

2. Tenaga Teknis adalah tenaga teknis kesehatan yang melayani kasus HIV/AIDS khususnya kasus ibu dan anak
3. Biaya adalah biaya yang digunakan dalam kegiatan pencegahan penularan kasus HIV/AIDS dari ibu ke anak
4. Implementasi Kebijakan adalah pelaksanaan kegiatan program pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak, antara lain model pelayanan konseling dan testing sukarela
5. Kasus HIV/AIDS yang terinfeksi dari ibu ke anak adalah jumlah kasus yang diperoleh dari pencatatan dan laporan Depkes, Dinas Kesehatan, RS, dan puskesmas
6. Kasus ibu dengan risiko tinggi adalah kasus ibu yang mempunyai suami positif menderita HIV/AIDS yang berisiko tinggi tertular HIV/AIDS.

2.3. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di enam provinsi yang berisiko dengan prevalensi HIV/AIDS cukup tinggi, yaitu provinsi Papua, Bali, Kalimantan Barat, Jawa Barat, Jawa Timur, dan DKI Jakarta. Setiap provinsi akan di ambil Dinas Kesehatan Provinsi, 1 RSUD, 2 puskesmas, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Waktu penelitian dilakukan selama 10 bulan : Maret – Desember 2011.

2.4. Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah riset terapan yang merupakan kajian sistem kesehatan program prioritas dalam rangka pengendalian penyakit HIV AIDS khususnya kepada Ibu dan Anak di Indonesia.

2.5. Disain Penelitian

Disain penelitian ini adalah potong lintang *(cross sectional)*

2.6. Populasi dan Sampel

1. Sampel adalah pemegang program HIV/AIDS di P2PL, program kesehatan ibu dan anak, dan unit kesehatan yang ada di daerah (RS, Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Puskesmas, dan petugas teknis).

2.7. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam, observasi dan FGD. Pemilihan informan dilakukan secara purposif.

Review literatur mengenai kebijakan dan program implementasi pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu dan anak (Nasional dan International) dilakukan sebelum dan selama melakukan pengumpulan data.

Wawancara mendalam dilakukan dengan para pemegang program pencegahan HIV/AIDS khususnya pada program HIV/AIDS di P2PL (1 responden), program kesehatan ibu dan anak (2 responden), Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar (1 responden), dan Direktorat Gizi (1 responden), beserta stakeholders di daerah antara lain Dinas Kesehatan Provinsi (6 responden), Dinas Kesehatan Kab/Kota (6 responden), RS (6 responden), dan puskesmas (12 responden).

Untuk petugas teknis akan dilakukan Focus Group Discussion (12 kelompok FGD).

2.8. Bahan dan Prosedur Kerja

2.8.1. Bahan

Bahan untuk melakukan wawancara mendalam, FGD dan data sekunder telah dikembangkan oleh tim peneliti dalam bentuk panduan dan instrumen terstruktur, dan telah dilakukan ujicoba, kemudian instrumen diperbaiki agar dapat diaplikasikan di lapangan.

2.8.2. Prosedur Kerja

a. Review literatur mengenai kebijakan dan program implementasi pencegahan HIV/AIDS khususnya untuk kasus ibu dan anak (Nasional dan International)
b. Pertemuan antara Tim Peneliti dan Narasumber
c. Pengembangan Kuesioner
d. Ujicoba Kuesioner
e. Perbaikan Kuesioner
f. Persiapan Lapangan

g. Pengumpulan Data:
   - Indepth Interview pada pemegang program pencegahan HIV/AIDS khususnya pada program HIV/AIDS di P2PL, program kesehatan ibu dan anak, dan program gizi, beserta stakeholders di daerah (Dinas Kesehatan, RS, dan puskesmas)
   - Focus Group Discussion (FGD) dengan petugas teknis di rumah sakit maupun di puskesmas

h. Manajemen Data

i. Analisis Data

j. Pembuatan Laporan

k. Seminar Hasil Penelitian

2.9. Manajemen dan Analisis Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan EZ Tech. Hasil catatan lapangan harus disempurnakan penulisannya dan dilengkapi dengan hasil rekaman agar catatan menjadi lengkap. Tujuannya adalah untuk menjaga keakuratan dan kelengkapan informasi.

Untuk keperluan analisis, dibuat matriks berdasarkan masing-masing hasil wawancara. Dengan menggunakan teknik analisis isi, berpedoman terhadap transkrip dan matriks dibuat laporan hasil penelitian. Matriks sangat membantu dalam menetapkan kategori jawaban informan.

2.10. Pertimbangan Etik Penelitian

Pengumpulan data di mulai setelah mendapat persetujuan dari Komite Etik. Surat persetujuan dari Depkes dan pemerintah daerah setempat untuk mendukung penelitian ini.

Seluruh subjek penelitian setuju dengan menandatangani surat persetujuan setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan prosedur penelitian.

BAB III
HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil

Salah satu tujuan dari program PMTCT adalah mencegah penularan HIV dari Ibu ke Anak dan mengurangi dampak epidemi HIV terhadap ibu dan anak.

Ada enam kebijakan Kemenkes dalam program PMTCT, yaitu: 1. Integrasi Program PMTCT dalam pelayanan KIA; 2. Kegiatan komprehensif (4 prong); 3. Konseling dan tes HIV sukarela (VCT); 4. Pemberian obat anti retroviral (ARV); 5. Persalinan yang aman; 6. Pemberian makanan bayi.

Strategi program PMTCT antara lain 1. Peningkatan manajemen program PMTCT; 2. Peningkatan pelayanan PMTCT; 3. Mobilisasi sumber daya; 4. Peningkatan kapasitas surveilans dan riset operasional; 5. Pemberdayaan individu, keluarga dan masyarakat.

Sasaran program PMTCT: 1. Peningkatan kemampuan manajemen pengelola program PMTCT; 2. Peningkatan akses informasi PMTCT; 3. Peningkatan akses intervensi PMTCT pada ibu hamil, bersalin dan nifas; 4. Peningkatan akses pelayanan dukungan perawatan dan pengobatan (CST) bagi ibu dan bayi.

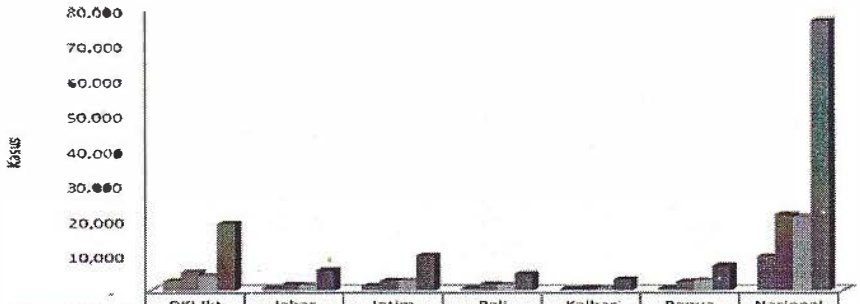
Implementasi Program PMTCT (4 prong) antara lain:

a. Mencegah terjadinya penularan HIV pada perempuan usia reproduksi
b. Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu dengan HIV
c. Mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV ke bayi yang dikandungnya
d. Memberikan dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu dengan HIV beserta bayi dan keluarganya.

3.1.1. Gambaran HIV/AIDS

Gambaran kasus HIV di enam provinsi menunjukkan bahwa jumlah kasus tertinggi adalah DKI Jakarta, kemudian Jawa Timur, Papua, Jawa Barat, Bali dan Kalimantan Barat.

Grafik 3.1
Jumlah Kasus HIV Menurut Provinsi dan Nasional

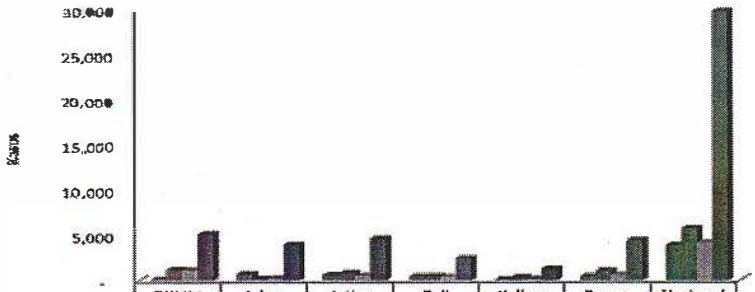


	DKI Jkt	Jabar	Jatim	Bali	Kalbar	Papua	Nasional
2009	2,679	726	1,222	717	379	687	9,793
2010	5,186	1,535	2,731	1,628	643	2,499	21,591
2011	4,012	1,429	2,715	1,557	499	2,850	21,031
1987 sd 2011	18,999	5,741	9,950	4,643	3,145	7,085	76,879

Sumber Data: Diolah dari Data Provinsi 2011 & P2PL Kemenkes, 2012

Jumlah kasus AIDS tertinggi adalah provinsi DKI Jakarta, Jawa Timur, dan Papua. Ada terjadi penurunan kasus dari tahun 2010 ke 2011 di semua provinsi penelitian.

Grafik 3.2
Jumlah Kasus AIDS Menurut Provinsi dan Nasional



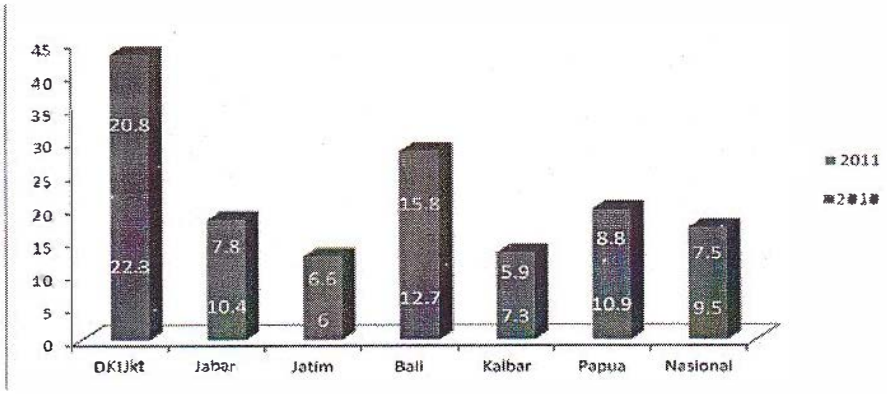
	DKI Jkt	Jabar	Jatim	Bali	Kalbar	Papua	Nasional
2009	47	710	636	438	64	426	3,863
2010	1,167	130	851	443	325	1,040	5,744
2011	1,122	211	520	370	150	601	4,162
1987 sd 2011	5,117	3,939	4,598	2,428	1,269	4,449	29,879

Sumber Data: Diolah dari Data Provinsi 2011 & P2PL Kemenkes, 2012

Positif rate adalah jumlah kasus yang positif HIV dibandingkan dengan jumlah yang berhasil di konseling dan test. Positif rate dari layanan PMTCT meningkat di provinsi Jawa Timur dan Bali, sementara di provinsi lain (DKI Jakarta, Jawa Barat, Kalimantan Barat, dan Papua) dan juga nasional terjadi penurunan.

Grafik 3.3

PositifRate dari Layanan VCT Berdasarkan Provinsi & Nasional

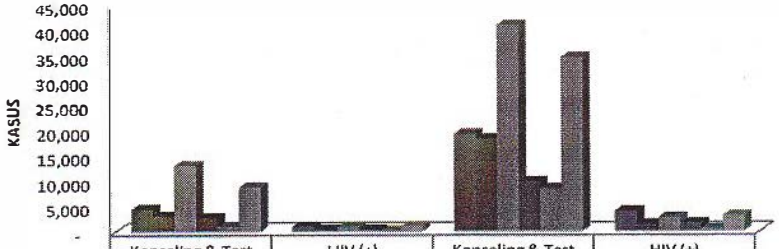


Sumber Data: Diolah dari Data Provinsi 2011 & P2PL Kemenkes, 2012

Pada grafik 3.4 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan jumlah kasus yang konseling dan test di semua provinsi daerah penelitian. Dari hasil test tersebut, jumlah kasus HIV positif tertinggi adalah DKI Jakarta, Papua, dan Jawa Timur.

Grafik 3.4

Layanan Konseling & Test HIV



	2010		2011	
	Konseling & Test	HIV (+)	Konseling & Test	HIV (+)
DKI Jkt	4,411	985	19,318	4,012
Jabar	3,036	316	18,333	1,429
Jatim	13,012	787	40,876	2,715
Bali	2,633	334	9,872	1,557
Kalbar	914	67	8,484	499
Papua	8,718	953	34,490	3,019

Sumber Data: Diolah dari Data Provinsi 2011 & P2PL Kemenkes, 2012

Pada table 3.1 menunjukkan bahwa jumlah layanan PMTCT tahun 2011 mencapai 90 layanan, jumlah kasus yang dilayani adalah sebesar 1,862 kasus.

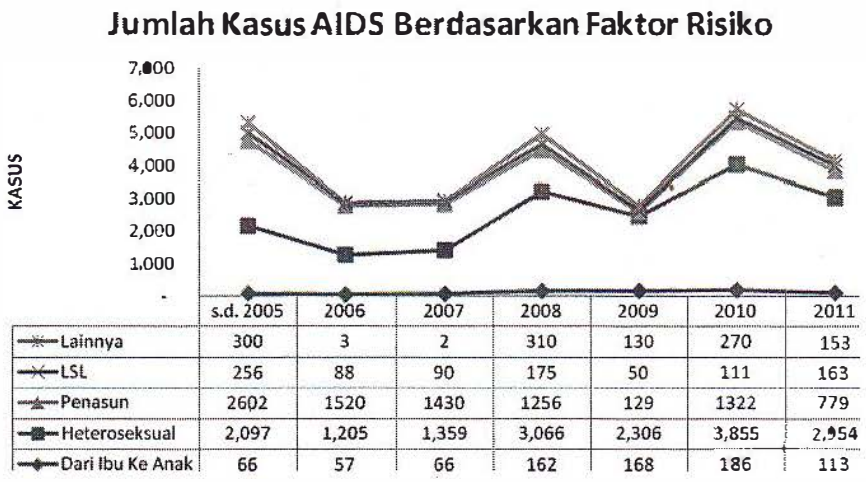
Tabel 3.1
Jumlah Layanan PMTCT dan Jumlah Kasus yang Dilayani

Provinsi	Jlh Layanan PMTCT	Jlh Kasus yang Dilayani
DKI Jakarta	7	122
Jawa Barat	6	153
Jawa Timur	12	77
Bali	2	299
Kalimantan Barat	2	17
Papua	14	247
Nasional	90	1,862

Sumber Data: Diolah dari Data Provinsi 2011 & P2PL Kemenkes, 2012

Jumlah kasus AIDS berdasarkan faktor risiko, yang tertinggi adalah kelompok heteroseksual, penasun, dan lainnya. Penularan dari Ibu juga sudah mulai meningkat, yaitu sebesar 113 kasus.

Grafik 3.5



Sumber Data: Diolah dari Data Provinsi 2011 & P2PL Kemenkes, 2012

3.1.2. Kebijakan Program

Dalam rangka pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS, pemerintah DKI Jakarta telah membuat kebijakan dengan menerbitkan PERDA Nomor 5 tahun 2008. Kebijakan dasar penanggulangan HIV/AIDS di DKI Jakarta ditujukan untuk mencegah timbulnya infeksi baru HIV dan menyediakan perawatan, dukungan dan pengobatan untuk ODHA. Namun dalam PERDA tersebut tidak disebutkan secara klausal tentang program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dari ibu ke anak (PMTCT). Program PMTCT di DKI Jakarta, telah di mulai sejak tahun 2010, namun program tersebut belum berjalan dengan baik di puskesmas sehingga untuk mendapatkan pelayanan yang maksimal, pasien HIV/AIDS dirujuk ke rumah sakit. Penanggulangan HIV/AIDS merupakan dedicated program yang terdapat pada RPJMD tahun 2007 – 2012. Renstra dibuat dengan mengacu kepada Renstra Nasional. POA disusun bersama dengan KPA Provinsi. Salah satu kebijakan di provinsi DKI Jakarta adalah semua budget penanggulangan HIV/AIDS berada di KPA Provinsi. Posisi Dinas Kesehatan Provinsi hanya sebagai koordinator.

Kebijakan HIV/AIDS di Jawa Barat secara umum mengacu kepada kebijakan dari pusat. Provinsi Jawa Barat belum mempunyai PERDA, namun sudah menerbitkan Peraturan Gubernur Nomor 78 tahun 2011 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/ AIDS. Pembuatan PERDA masih dalam proses, dan direncanakan akhir tahun 2011 akan selesai. Dari 26 kabupaten/kota di provinsi Jawa Barat, ternyata ada empat kabupaten/kota yang lebih dulu mengeluarkan PERDA dibandingkan dengan tingkat provinsi. Kabupaten/kota yang sudah memiliki PERDA tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS adalah kabupaten Tasikmalaya, kota Bekasi, kota Cirebon, dan kabupaten Indramayu. Untuk kota Bogor masih berupa Peraturan Walikota, dan untuk kota Bandung hanya berupa Surat Edaran Walikota Bandung Nomer 443.1/SE 073-Kesra tentang Penanggulangan AIDS. Kegiatan HIV/AIDS sudah masuk dalam rencana strategi (Renstra), selama dua periode (2004-2008) dan (2008-2012). Dalam gambaran umum Renstra, kegiatan program PMTCT sudah tercantum dengan jelas. POA di masing-masing bidang sudah ada dan mengacu pada Renstra, namun POA khusus untuk program PMTCT belum ada karena sudah masuk dalam program HIV/AIDS secara keseluruhan.

Program PMTCT di puskesmas di mulai sejak tahun 2009. Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS), telah mempunyai kebijakan tentang Penanggulangan dan Pencegahan HIV/AIDS secara umum

dengan membentuk tim penanggulangan infeksi HIV/AIDS RSUP Hasan Sadikin. Di dalamnya ada 4 pokja yaitu pokja pelayanan, PMTCT, VCT, dan IMS. Sejak akhir 2004 RS Hasan Sadikin telah mendirikan klinik Teratai untuk penanganan kasus HIV/AIDS dan sejak tahun 2006 klinik ini menerima kasus ibu atau anak yang terkait dengan HIV/AIDS (program PMTCT). Kegiatan program PMTCT di RS tersebut sampai saat ini sudah berjalan dengan baik.

Provinsi Jawa Timur secara umum telah memiliki kebijakan terkait penanggulangan HIV/AIDS yaitu (1) PERDA No. 05 tahun 2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Jawa Timur, dan (2) Keputusan Gubernur Nomor. 48 tahun 2004 tentang petunjuk pelaksanaan PERDA Nomor 05 tahun 2004. Namun dalam PERDA maupun KepGub tersebut tidak ada membahas tentang program PMTCT secara khusus. Program PMTCT di Jawa Timur mulai berjalan tahun 2005 tetapi belum tertata dengan baik, dimana mereka hanya fokus pada saat penderita sudah positif terinfeksi HIV, kemudian di treatment dengan ARV. Kegiatan ini awalnya hanya dilaksanakan di RSU dr. Soetomo dan RS Angkatan Laut (RSAL).
Selain itu provinsi Jawa Timur juga memiliki Surat keputusan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur Nomor : 973 / 101.1 / 2010 Tentang Rencana Strategis Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur Tahun 2009-2014 pada bagian : IV.4. bagian 3.i. menyebutkan minimal 25% dari total kabupaten/kota melakukan pelayanan konseling tentang PMTCT pada ibu hamil yang ANC, sesuai target provinsi. Untuk tahun 2011 propinsi Jawa Timur memiliki target 10%. Sampai Juni 2011, dari 37 kabupaten/kota di Jawa Timur, 19 kabupaten/kota telah melakukan pelayanan konseling tentang PMTCT pada ibu hamil dengan ANC. Hasil tersebut menunjukkan bahwa hasil yang dicapai telah melebihi target (51.4%).

Pada provinsi Bali, kebijakan daerah tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS, sudah mengacu kepada kebijakan, keputusan atau komitmen dari pusat. Pada tahun 2006, provinsi Bali telah mengeluarkan PERDA nomor 3 tahun 2006 tentang "Penanggulangan HIV/AIDS Provinsi Bali". PERDA tingkat provinsi dipakai sebagai acuan untuk kebijakan tingkat kabupaten/kota. Sampai saat ini, dari sembilan kabupaten/kota di provinsi Bali, enam kabupaten sudah memiliki PERDA tentang Penanggulangan HIV/AIDS, yaitu kabupaten Jembrana, Tabanan, Buleleng, Badung, Gianyar, dan Klungkung. Namun dalam PERDA kabupaten/kota tersebut, ada beberapa hal yang harus disesuaikan dengan kondisi. Tiga

kabupaten/kota yang masih dalam proses untuk menjadi PERDA adalah kabupaten Bangli, Karang Asem dan kota Denpasar. Sebagian besar dari PERDA tersebut tidak menjelaskan secara detail tentang program PMTCT. Ada beberapa PERDA dalam pasal tentang program PMTCT, hanya menjelaskan penyediaan sarana dan prasarana layanan untuk pencegahan dari ibu hamil yang positif HIV kepada bayi yang dikandungnya.

Kabupaten/Kota	PERDA
Provinsi Bali	PERDA Nomor 3 Tahun 2006
Gianyar	PERDA Nomor 15 Tahun 2007 Tanggal 6 Juni 2007
Buleleng	PERDA Nomor 5 Tahun 2007
Klungkung	PERDA Nomor 3 Tahun 2007
Jembrana	PERDA Nomor 1 Tahun 2008
Badung	PERDA Nomor 1 Tahun 2008 Tanggal 19 Mei 2008
Tabanan	PERDA Tahun 2011
Bangli	Dalam proses
Klungkung	Dalam proses
Kota Denpasar	Dalam proses

PERDA-PERDA yang sudah diterbitkan tersebut, sebagian besar tidak didukung petunjuk teknis dan anggaran yang memadai, sehingga aplikasi program tidak berjalan dengan maksimal. Selain itu PERDA sulit dijalankan, karena dalam PERDA tersebut ada sangsi pidana, yang tercantum dalam pasal 27, dimana dalam pasal tersebut dijelaskan sangsi bagi setiap orang melanggar ketentuan pasal 7, pasal 8, pasal 9, pasal 10, pasal 12 ayat 1,2, dan 4, pasal 13 ayat 1, dan pasal 14 dipidana dengan pidana kurungan paling lama 5 (enam) bulan atau denda paling banyak Rp. 50,000,000,- Kondisi ini agak mengkhawatirkan sesorang yang sudah mengetahui dirinya terinfeksi HIV atau petugas kesehatan yang memberikan pelayanan.

Puskesmas sudah mempunyai POA, dan khusus untuk PMTCT terintegrasi dalam program KIA. Program PMTCT di kota Denpasar telah mulai dilaksanakan sejak tahun 2008, dan hanya satu puskesmas yang sudah melaksanakan program tersebut. Sebagai pusat rujukan pelayanan PMTCT di kota Denpasar adalah rumah sakit Sanglah.

Provinsi Kalimantan Barat telah memiliki sebuah Peraturan terkait HIV/AIDS, yaitu Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Barat No. 2 Tahun 2009 tentang "Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS" di Provinsi Kalimantan Barat. Pencegahan HIV/AIDS pada ibu hamil, anak, dan bayi tercantum pada Bagian Ketiga Pasal 15 ayat 1 e dan 3 yang menyatakan

"setiap petugas yang melakukan tes HIV dan AIDS dari ibu hamil kepada bayi dikandungnya untuk keperluan pengobatan, dukungan dan pencegahan serta penularan dianjurkan melalui proses PMTCT". Setelah legalisasi PERDA provinsi, saat ini sedang disusun pula Peraturan Gubernur. Menyusul PERDA Provinsi, PERDA Kota Pontianak pun dalam proses penyusunan. Saat ini, baru sampai pada tahap *public hearing*. Masih ada beberapa poin yang menjadi perdebatan, misalnya dalam salah satu pasal menyatakan bahwa ODHA tidak boleh bekerja.

Kebijakan program HIV/AIDS di provinsi Papua secara umum merujuk kepada kebijakan pusat. Provinsi Papua sudah menerbitkan Peraturan Daerah Nomor 8 tahun 2010 tentang "Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS". Dari 29 kabupaten/kota yang ada di provinsi Papua, yang sudah mempunyai PERDA tentang HIV/AIDS adalah kabupaten Timika dan Merauke. Untuk Kabupaten Jayapura, PERDA sedang direvisi karena cakupannya diperluas, sementara kota Jayapura pembuatan PERDA masih dalam proses.

Provinsi Papua, sudah membentuk pokja-pokja dalam program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS, dan sudah ada SK sejak tahun 2010. Sebelum ada pokja, kegiatan dilakukan berdasarkan kerelaan sendiri. Namun walaupun sudah ada SK Pokja, kegiatan program PMTCT belum sepenuhnya berjalan dengan baik, dan pertemuan pokja juga masih jarang. Dinas Kesehatan Provinsi mempunyai POA tentang pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS, namun ketersediaan dana hanya untuk bimbingan teknis dan logistik. Demikian juga Dinas Kesehatan kota Jayapura, tidak mempunyai POA khusus untuk PMTCT, biasanya kegiatan disesuaikan dengan kegiatan-kegiatan donor. Beberapa pemerintah daerah di kabupaten/kota di provinsi Papua, tidak menyediakan dana untuk program pencegahan HIV/AIDS, karena mereka merasa kasus bertambah, padahal dana sudah disediakan untuk menanggulangi penyakit tersebut.

3.1.3. Implementasi Program

Pelaksanaan PMTCT di provinsi DKI Jakarta dilaksanakan sejak tahun 2008. Puskesmas Tebet adalah puskesmas andalan untuk layanan PMTCT. Provinsi DKI Jakarta mempunyai kebijakan bahwa semua ibu yang datang untuk ANC dilakukan anamnesa, jika dari hasil anamnesa ditemui indikasi adanya faktor resiko maka akan dilakukan pemeriksaan laboratorium standar, HbSAg, SGOT, SGPT dan juga HIV. Sebelum dilakukan pemeriksaan HIV pasien harus

menanda tangani inform consent. Jika hasil positif maka dilakukan screening CD4, dan jika hasilnya mencurigakan maka pasien akan dikirim ke RS rujukan.

Program PMTCT pada prong 1 berupa penyuluhan. Selain itu, DKI Jakarta juga mempunyai program Jakarta Stop Aids (JSA), yang salah satu kegiatannya adalah penunjukan Duta Aids, dengan merekrut dan melatih pelajar dan mahasiswa. Sudah ratusan pelajar dilatih menjadi Duta Aids Jakarta, yang berperan sebagai penyuluh di kalangan peer group mereka, untuk pencegahan HIV dan narkoba. Selain itu ada kegiatan seminar, sosialisasi, dialog interaktif, nonton bareng, pertunjukan musik remaja, yang di dalamnya diselipkan pesan-pesan HIV/AIDS. Pada prong satu, juga dilakukan sosialisasi PMTCT terhadap tenaga kesehatan, pelatihan PMTCT, VCT, dan sosialisasi kepada ibu-ibu.

Untuk screening awal di DKI Jakarta, yang sering menjadi masalah adalah pada saat VCT butuh waktu untuk konseling dan inform consent (persetujuan pasien). Sero survey juga rutin dilaksanakan untuk screening awal, khususnya di daerah yang berisiko tinggi.

Untuk prong 2, ada konseling pada saat VCT, maupun perencanaan kehamilan dan persalinan ibu ODHA, dan juga pemberian pelayanan KB.

Dalam pelaksanaan program PMTCT, RS lebih banyak menangani prong 3 dan 4, dimana semua ibu dengan kasus HIV positif akan didaftarkan untuk melakukan persalinan dengan sectio caesaria di RS tersebut. Kegiatan di RS, secara umum dilakukan konseling dan juga terapi ARV bagi ibu hamil ODHA, layanan VCT, CD4, dan ANC kasus rujukan.

Dalam Sosialisasi program PMTCT, RS membuat leaflet, refreshing ke petugas kesehatan RS ataupun puskesmas, dan melakukan penyuluhan di ruang tunggu rawat jalan untuk ke pengunjung RS.

Untuk memperluas cakupan, ketika petugas kesehatan melihat pasien atau keluarga pasien berisiko, seperti memiliki tato, menderita GE terus menerus, atau TB disarankan ke VCT untuk di konseling dan dilakukan rapid test. Direncanakan setiap tiga bulan sekali dilaksanakan screening kepada semua karyawan yang bekerja di tempat usaha hiburan. Namun dalam kenyataannya tidak dilakukan secara rutin, dan tidak semua puskesmas melaksanakan kegiatan tersebut.

Keberadaan KPA di DKI Jakarta dalam pelaksanaan kegiatan HIV/AIDS sangat dominan, karena dianggap sebagai program khusus. Pemda tidak boleh menganggarkan kegiatan yang berhubungan dengan HIV/AIDS kecuali KPA Provinsi. Tujuannya adalah agar tidak terjadi

overlapping penganggaran kegiatan HIV/AIDS. Seluruh dana dan pelaksanaan program HIV/AIDS dikelola oleh KPA Provinsi. Pemda dan jajarannya terlibat secara teknis dalam pelaksanaan program HIV/AIDS.

DKI Jakarta juga melakukan terobosan untuk meningkatkan temuan kasus, dengan menerapkan One Stop Service di beberapa puskesmas untuk layanan terpadu HIV/AIDS.

Mekanisme pencatatan dan pelaporan DKI, sesuai dengan standar rutin yang dikerjakan, sesuai dengan format GF, termasuk laporan-laporan hasil pemetaan dan survey incidental. DKI Jakarta juga mempunyai Jakarta Informasi Sistem (JAIS), dimana semua data HIV/AIDS tersedia dan dapat langsung di akses oleh Gubernur.

Monitoring dan evaluasi dilakukan Dinas Kesehatan bersama dengan KPA Provinsi, dan KPAD. Tidak semua puskesmas dilakukan Monitoring dan Evaluasi Program HIV/AIDS khususnya PMTCT, yang di prioritas kan adalah puskesmas yang didukung oleh GF. Selain itu, setiap tiga bulan sekali KPA Provinsi mengadakan pertemuan/koordinasi lintas program maupun lintas sektor, dengan mengundang stakeholder yang terkait.

Ada sekitar 37 mitra kerja program penanggulangan HIV/AIDS dengan LSM, antara lain: Centra Mitra Muda, Yayasan Bandung Wangi, Yayasan Srikandi Sejati, Yayasan Mitayani, Yayasan Taman Sringganis, PKBI DKI Jakarta, PPK UI, PKPM Atmajaya, Yayasan Mitra Indonesia, Yayasan Karya Bhakti, Perdhaki Jakarta, Palma, Yayasan Aids Indonesia, Partisan, Solidaritas Perempuan, Yayasan Stigma, Yayasan Karisma, Komite Kemanusiaan Indonesia, Yayasan Pelita Ilmu, Yayasan DKT Indonesia, Pakta, Yayasan Kusuma Buana, Kapeta, Comet, Rempah, Icodesa, KAKI, Yayasan Anak & Perempuan, Yayasan Putri Mandiri, YPKN, Yayasan Bina Masyarakat Sejahtera, Yayasan Bukit Zaitun, Yayasan Spritia, Methamorposa Nusantara, Gerbang, Layak, dan Yakkin.

Program PMTCT di Jawa Barat adalah bagian dari program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS yang berada di bagian Program Pengendalian Penyakit, dan Program Kesehatan Ibu dan Anak pada program PKRET. Pelayanan PMTCT dilakukan di beberapa puskesmas dan rumah sakit rujukan.

Pelayanan PMTCT di puskesmas, terfokus pada prong satu, yang salah satu kegiatannya adalah mencegah terjadinya penularan HIV pada perempuan usia reproduksi. Upaya pencegahan yang dilakukan adalah penjaringan di semua tempat pelayanan di dalam gedung puskesmas, dimana

pasien yang diduga berisiko akan dirujuk ke VCT untuk dilakukan konseling dan rapid test. Selain dalam gedung, puskesmas juga melakukan kegiatan 'mobile VCT' dengan sasaran masyarakat yang ada di wilayah kerja. Dalam upaya penjaringan, puskesmas secara aktif berkunjung ke berbagai tempat, seperti lokalisasi, sekolah-sekolah, terminal, penyuluhan kelas ibu, posyandu dan lain-lain. Kegiatan yang dilakukan adalah penyuluhan dan kemudian dianjurkan untuk ikut rapid test. Diharapkan kegiatan penjaringan ini dapat meningkatkan deteksi kasus HIV.

Di Jawa Barat, ada satu puskesmas (puskesmas Kopo) yang sudah melaksanakan kegiatan dari prong satu sampai prong empat, dimana puskesmas tersebut dapat memberikan terapi ARV di bawah pengawasan RS Hasan Sadikin. Kegiatan yang dilakukan sudah terencana dan terlaksana dengan baik. Selain itu puskesmas tersebut juga melakukan kerjasama dengan LSM IMPACT, dan juga Forum WPA (Warga Peduli AIDS) bekerjasama dengan MUI dan KUA. WPA di kecamatan Kopo sudah terbentuk dan berjalan dengan baik dan sangat membantu pihak puskesmas dalam pelaksanaan program HIV/AIDS. Ada penetrasi ke MUI juga, dimana masalah HIV/AIDS di bahas di pengajian ibu-ibu atau pada khotbah jum'at.

RS Hasan Sadikin sudah melaksanakan kegiatan program PMTCT yaitu prong 1 – 4. Kegiatan andalan adalah konseling adherence. Pada konseling adeherence penderita diberikan dukungan psikososial, informasi mengenai konsumsi ARV, efek samping, dan lain-lain. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesadaran dan motivasi penderita agar dapat mencapai adherence yang tinggi (100%).

Secara rutin konseling adherence dikerjakan pada semua penderita HIV sebelum pengobatan ARV, dan dilanjutkan dengan konseling ulangan setiap tahun atau pada kecurigaan non-adherence (terlambat datang untuk mengambil obat, jumlah ARV tidak sesuai antara yang diminum dan diambil) serta jika ditemukan tanda-tanda kegagalan terapi ARV, seperti penurunan CD4 atau peningkatan viral load.

Manfaat konseling adherence antara lain mencegah kejadian kegagalan terapi ARV, mencegah dan mendeteksi penularan HIV pada pasangan (partner notification), dan juga merupakan kesempatan untuk melakukan perubahan perilaku dan penurunan resiko.

Selain itu ada tim dokter spesialis dalam penanganan kasus HIV/AIDS dan program PMTCT. RS tidak melaksanakan kegiatan diluar gedung, kecuali menjadi narasumber dalam kegiatan

penyuluhan, radio, dan pelatihan. RS Hasan Sadikin sampai saat ini menyediakan pelayanan paripurna bagi penderita HIV termasuk pemeriksan CD4 dan viral load.

Mekanisme pencatatan dan pelaporan dilakukan oleh puskesmas dan RS sesuai dengan form GF. Biasanya laporan dikirim ke Dinas Kesehatan Provinsi. Ada koordinasi antara bagian Kesga dengan P2PL dalam hal validasi data.

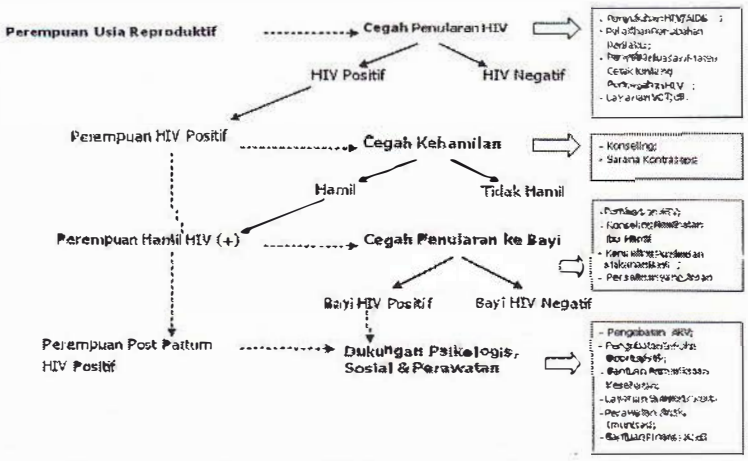
Untuk evaluasi dan monitoring, dilakukan dalam bentuk pertemuan, yang dilakukan sekali enam bulan. Ada koordinasi antara Dinas Kesehatan dengan RS dalam bentuk pelaporan kasus, kegiatan yang sudah dilakukan dan pemberian pelatihan terutama kepada dokter, bidan dan perawat. Selain itu, juga dilakukan pertemuan dengan KPA dua atau tiga bulan sekali. Hasil pertemuan tersebut antara lain perencanaan dan pengembangan WPA untuk mengatasi masalah stigma, diskriminasi dan pencegahan HIV pada usia muda.

Tidak alokasi dana khusus untuk pertemuan tersebut. Monitoring dilakukan sekali tiga bulan oleh GF. Dinas Kesehatan jarang melakukan monitoring. Namun Dinas Kesehatan melakukan pertemuan sekali setahun, untuk validasi pencatatan dan pelaporan.

Implementasi program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di provinsi Jawa Timur, secara umum meliputi sembilan program yaitu (1) Intervensi Perubahan Perilaku , (2) Konseling dan tes HIV, (3) Perawatan, dukungan dan pengobatan, (4) **Pencegahan Penularan HIV dari ibu ke anak, (5)** Pengendalian IMS, (6) Pengurangan dampak buruk Napza suntik, (7) Kolaborasi TB-HIV, (8) Kewaspadaan Universal dan (9) Pengamanan darah.

Puskesmas yang memberikan layanan VCT di provinsi Jawa Timur sebanyak 17 puskesmas, dan RS rujukan ODHA sebanyak 26 RS.

Secara rinci kegiatan teknis program **pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak** dilakukan sesuai bagan dibawah ini.



Gambar : Strategi Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi dan Kegiatan Pendukungnya

Hasil pencapaian PMTCT dari tahun 2009 – 2011: total ibu hamil yang HIV positif 121 orang dan yang mendapatkan profilaskis 70.25% (85 orang). Bayi yang dilahirkan 113 orang dan yang telah dilakukan pemeriksaan 15 orang dengan hasil 33.3% (5 orang bayi) dinyatakan positif. Sedangkan menurut informasi dari tim PMTCT Soetomo 100% yang mengikuti program PMTCT dapat dikatakan berhasil, karena tidak ada yang positif.

Saat ini di provinsi Jawa Timur terdapat 18 puskesmas VCT dan 10 rumah sakit PMTCT, yaitu RSAL, RS Soetomo, RS Jombang, RS Sidoarjo, RS Mojokerto , RS Kota, RS Tulungagung, RS Kediri, RS Kabupaten Kota, dan RS Saiful Anwar.

Kegiatan yang dilaksanakan di puskesmas adalah prong satu dan dua. Pelaksanaan Prong satu lebih banyak dilakukan di program KIA, dimana kegiatan prong satu adalah setiap ibu hamil harus mendapatkan informasi dan si bidan melakukan skrining faktor risiko. Apabila dalam skrining faktor risiko ini hasilnya positif, maka akan diarahkan ke VCT. Ke depan akan ada kebijakan baru "Setiap ibu hamil yang pertama kali datang untuk ANC harus dilakukan test VCT". Namun sampai saat ini kebijakan tersebut belum terlaksana dengan baik, karena program masih fokus pada populasi kunci. Dalam pelaksanaan kegiatan program PMTCT, koordinasi dilakukan dengan bidang promosi kesehatan untuk penyediaan media, menyebarluaskan, interaktif di radio dan TV, program Pelayanan Kesehatan (Yankes) dengan rumah sakit rujukan dan program Kesehatan Keluarga (Kesga).

Sedangkan untuk Prong dua ketika ibu hamil dinyatakan positif, maka si ibu harus dirujuk ke rumah sakit, dalam rangka pemberian ARV. Pemeriksaan Viral Load dan CD4 diharuskan untuk usia produktif yang sudah positif HIV dan ingin merencanakan kehamilan.

Namun bagi yang belum dinyatakan positif HIV pelayanan lebih ditekankan kepada informasi HIV agar pasangan tersebut menilai diri apakah termasuk faktor risiko.

Kegiatan program PMTCT di rumah sakit lebih menekankan kepada pelaksanaan Prong tiga dan empat, akan tetapi juga melakukan kegiatan prong satu yaitu melakukan penyuluhan dengan bekerja sama dengan Dinas Kesehatan. Ada beberapa kabupaten mengeluarkan kebijakan, ketika pasien masih stadium 1 dan statusnya tidak harus diberi ARV maka pelayanan ANC dapat dilakukan pada bidan. Mulai tahun 2011 pemberian ARV berubah dari minggu ke-28 menjadi minggu ke-14. Guidelines dari WHO 2010 untuk minum ARV minimal 6 bulan. Untuk pasien yang datang dalam kondisi hamil dan positif, jika pasien dinyatakan stadium 1 atau 2 dan CD4 > 350 dengan kehamilan diatas 15 minggu maka pasien langsung diberikan terapi ARV. Untuk pasien dengan stadium 3 atau 4 langsung masuk dalam program PMTCT. Setelah ARV bagus, persalinan boleh dilakukan secara secsio caesaria (SC) atau per vaginal. Penjadwalan SC pada minggu ke-38, pasien bisa melakukan persalinan normal hila rutin mendapatkan ARV dan viral load < 500. Pada bulan Agustus – September 2011 ada 2 ibu yang melahirkan normal, dan hampir semua yang mengikuti program PMTCT tidak SC.

Bayi yang lahir diberlakukan seperti biasa sampai dengan umur 18 bulan, kemudian baru dilakukan pemeriksaan untuk memastikan apakah anak tersebut positif atau tidak. Pada saat bayi berumur 4 bulan dilakukan pengetesan PCR untuk skrining awal. Dalam pemberian imunisasi, semua jenis imunisasi diberikan kecuali imunisasi BCG. Untuk pelaksanaan imunisasi diserahkan pada pihak keluarga untuk memilihnya (puskesmas atau RS). Cara pemberian makanan padat sama pada usia 6 bulan ke atas, yang membedakannya hanya pemberian ASI. Agar risiko penularan kecil maka ketika bayi lahir tidak boleh diberi ASI, melainkan yang diberikan adalah PASI.

Pendampingan perilaku sosial, pemberian obat dan intervensi medis dilakukan secara formal oleh manajer kasus. Namun selain itu perlu juga ada pendampingan non formal dari keluarga atau kelompoknya sehingga pendampingan tetap berjalan. Target program ke depan adalah keluarga harus bisa mandiri untuk mendampingi.

Dalam kegiatan pengendalian HIV dan AIDS, Dinas Kesehatan Kota Surabaya telah mengupayakan adanya layanan yang komprehensif, antara lain:

a. **VCT (Voluntary Counseling and Testing) atau KTS (Konseling, Testing Sukarela)**

Layanan VCT di Surabaya mulai ada pada tahun 2005 di beberapa rumah sakit. Layanan tersebut dimanfaatkan untuk mengetahui status HIV. Selama ini layanan VCT mendapat dukungan dana dari Global Fund Komponen AIDS. Sampai saat ini layanan VCT di beberapa RS di kota Surabaya antara lain RSU dr. Soetomo, RS Karangtembok, RS dr. Soewandhi, RSAL dr. Ramelan, RS Bhayangkara dan RS Jiwa Menur.

Sejak tahun 2006 ada beberapa Puskesmas yang mendapat dukungan dana dari Global Fund. Global Fund dan FHI (Family Health International) mendukung pelayanan IMS dan VCT di beberapa puskesmas, antara lain puskemas Putat Jaya, Perak Timur, Dupak dan Sememi.

b. **CST (Care Support and Treatment) atau PDP (Perawatan, Dukungan dan Pengobatan)**

Kegiatan pokok di area perawatan, dukungan dan pengobatan adalah (1) Pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik, co-infeksi dan pengobatan ARV serta dukungan pemeriksaan berkala. (2) Memberikan dukungan bagi ODHA, termasuk dukungan psikososial. (3) Peningkatan kepatuhan berobat secara teratur.

Sejak tahun 2007, Dinas Kesehatan Kota Surabaya telah bekerjasama dengan RSU dr. Soetomo dalam kegiatan Home Care bagi ODHA disertai dengan pemberian bantuan PMT dalam bentuk Susu dan Suplemen yang berasal dari APBD Pemerintah kota Surabaya.

c. **Penanganan IMS (Infeksi Menular Seksual)**

Program IMS telah di laksanakan di seluruh Puskemas di Kota Surabaya. Dari 58 Puskesmas yang ada, 4 diantaranya mempunyai kemampuan untuk mendeteksi kasus IMS secara laboratorium yaitu Puskesmas Putat Jaya, Perak Timur, Dupak dan Sememi.

Kegiatan di layanan IMS yaitu (1) Penyuluhan bagi yang berperilaku resiko tinggi, (2) Penapisan rutin / berkala baik ketika pasien bergejala atau tidak., (3) Pemberian pengobatan berkala untuk diagnose gonore dan klamidia pada populasi resiko tinggi dengan pemberian obat cefixime dan azytromicin, (4) Promosi perilaku yang aman dengan meningkatkan penggunaan kondom.

d. **Layanan Harm Reduction**

Saat ini telah tersedia layanan Harm Reduction sebanyak :

a. Dua unit Layanan Terapi Rumatan Metadon yang dilaksanakan di Rumah Sakit (RSU dr.Soetomo dan RS Jiwa Menur)
b. Dua unit Layanan Terapi Rumatan Metadon yang dilaksanakan di Puskesmas (Puskesmas Jagir dan Puskesmas Manukan Kulon)
c. Enam unit Layanan Alat Suntik Steril yang dilaksanakan di Puskesmas (Puskesmas Jagir, Manukan Kulon, Sawahan, Dupak, Tenggilis, dan Kalirungkut)

e. Layanan PMTCT (Prevention Mother to Child Transmission)

Layanan PMTCT yaitu Layanan Pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi, dengan meningkatkan kesadaran untuk melakukan tes HIV bagi ibu hamil dan pasangannya serta memperkuat jejaring rujukan melalui pengintegrasian layanan ibu dan anak yang sudah ada.

Layanan PMTCT untuk Prong 1 dan Prong 2 telah dilaksanakan di Puskesmas terpilih, yaitu puskesmas Jagir, Sememi, Dupak, Banyu Urip, Putat Jaya, Tambakrejo, Simolawang, Perak Timur, Pegirian, Sidotopo, Wonokusumo, Krembangan Selatan, Pakis, dan Tanah Kali Kedinding.

Layanan PMTCT untuk Prong 3 dan Prong 4 dilaksanakan di Rumah Sakit Rujukan yaitu RSU dr.Soetomo dan RSAL dr. Ramelan.

Untuk ODHA yang terdaftar program PMTCT Prong 3 dan Prong 4, telah diberikan dukungan paket persalinan Sectio Caesaria (SC) dan PASI (Pengganti ASI) yang selama ini didukung oleh Lembaga Donor Global Fund Komponen AIDS.

Beberapa cara yang digunakan untuk meningkatkan screening adalah :

1. Counseling Massal, yaitu setiap ibu hamil harus mendapatkan informasi tentang HIV
2. Bekerja sama dengan LSM untuk menjaring kasus seperti PERWAKOS, SADAR HATI, ORBIT, dan PARAMITHA. Kerjasama dengan LSM atau asosiasi sifatnya tidak MoU, sama-sama mengambil manfaat bersama.
3. Dari suami yang positif
4. Program-program lain yang dijalankan di RS Soetomo adalah:
   a. Senam pagi setiap rabu pagi, untuk menurunkan kestressan, sharing dan diskusi
   b. Pembuatan jus alpukat, wortel dan lain-lain, dengan tujuan untuk menjaga kesehatan, termasuk meningkatkan CD4

c. **Care giver** untuk pendampingan setiap 3 bulan, dengan sasaran keluarga pasien, LSM yang peduli, tetangga pasien dll

d. **EPT : Expert Program Training**, dimana terdapat 13 pasien yang sudah siap diekspos keluar (membuka diri) dengan bekal penguatan, informasi yang baru, obat yang baru, dan efek sampingnya

5. Setiap hari selasa ada pertemuan dengan tim medis, untuk membicarakan berbagai informasi. Untuk kasus IMS, bumil, metadon dan paru, dokter harus dilatih cara melakukan konseling, pre-test dan post test serta cara tindak lanjut
6. Kekuatan konseling dapat membantu menemukan kasus sehingga dapat menjelaskan secara utuh dan tetap memegang prinsip "confidential". Saat ini dalam hitung 5-10 menit dokter pintar menawarkan dan memberikan edukasi, post test dan tindak lanjut. Dalam waktu 5-10 menit dapat menemukan HIV seperti penemuan diabetes.

   Ujung tombak penemuan kasus adalah VCT, karena mereka akan membawa kelompok-kelompoknya sendiri untuk datang dan akan mendapatkan penjelasan tentang penularan, pengobatan, bagaimana agar mereka bisa survive, cerita pada kelompoknya, dan akan datang lagi untuk testing "sukarela".
7. Pendekatan institusi ke dinas sosial dengan memposisikan sebagai "T4 = Tempat Tinggal Tidak Tetap", ditujukan kepada orang yang tidak memiliki KTP
8. Pemberdayaan dalam keluarga dilakukan oleh LSM YPI (Yayasan Pelita Ibu) dengan melakukan pendampingan kepada ibu hamil, dan lingkungan. Kegiatan ini baru berjalan di Tulung Agung dan Surabaya.

Untuk pencatatan dan pelaporan di Dinas Kesehatan Propinsi dikembangkan untuk mempertajam melihat kualitas dari ibu hamil yang ketika di intervensi ARV dampaknya seperti apa, penemuan kasusnya pada tanggal dan trimester berapa untuk menentukan bagaimana ANC nya. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota memberi laporan ke Dinas Kesehatan propinsi, sedangkan rumah sakit mengirimkan laporannya tidak langsung ke Dinas Kesehatan Propinsi tetapi melalui Dinas Kesehatan kota kecuali surveilans HIV nya.

Pencatatan dan pelaporan kasus harus mengikuti aturan nasional. Laporan disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan propinsi, global fund, dan P2PL Kemenkes. Kelemahan

pada database/sistem belum terbangun sehingga diperlukan software, orang, surveilans dan kontinuitas dengan tujuan untuk memudahkan pelaksanaan monitoring.

Koordinasi antar seksi Promkes, KIA, Kesga, dan rumah sakit rujukan dirangkum dalam RaPim, yang dipimpin kepala Dinas Kesehatan. Ada beberapa pertemuan yang diinisiasi oleh penyusun program. Selama ini tidak ada masalah koordinasi antar program karena sudah berjalan sesuai dengan sistem rapim.

Untuk Dinas Kesehatan propinsi setiap bulan dievaluasi tentang target dan realisasi anggaran, yang mengacu kepada anggaran dari Bappeda. Monitoring dan evaluasi dilakukan dengan datang ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pada saat pertemuan. Validasi data PMTCT dilakukan empat kali setahun secara berjenjang dengan pembuat program.

Sedangkan monitoring dan evaluasi di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dilakukan secara intensif dan teratur dari waktu ke waktu mengenai perkembangan cakupan program di lapangan melalui mekanisme pelaporan rutin, baik yang dilakukan di tingkat Puskesmas, Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur. Selain itu dilakukan "Zero Survei" dengan tujuan untuk mengetahui besaran masalah HIV di Kota Surabaya dengan cara pengumpulan sampel darah secara unlink anonymous (tanpa identitas) pada populasi kelompok risiko tinggi.

Implementasi program PMTCT di provinsi Bali, telah mulai dilaksanakan sejak tahun 2008. Khusus untuk kota Denpasar pelayanan PMTCT dilakukan hanya di puskesmas Dua Denpasar Selatan. Pelayanan yang dilakukan juga masih terbatas, khusus untuk kelompok yang berisiko saja. Setelah dua tahun berjalan, September 2010, pelayanan program mulai ditingkatkan, dengan melakukan pelayanan VCT untuk semua ibu hamil yang melakukan ANC ke puskesmas tersebut. Sampai dengan September 2011, jumlah ibu hamil yang dilakukan VCT sebanyak 176 ibu hamil dan 3 ibu hamil di deteksi positif HIV positif. Kendala di lapangan dalam pelayanan PMTCT adalah ibu hamil butuh waktu yang lama untuk konseling, karena prinsip yang dilakukan adalah kesiapan pasien untuk diperiksa secara sukarela, bukan karena paksaan. Puskesmas hanya melakukan screening, dan jika terbukti menderita HIV positif, akan dirujuk ke RSU Sanglah. Kegiatan di puskesmas, selain melakukan screening, juga dilakukan penyuluhan kepada kelompok ibu hamil (kelas ibu). Penyuluhan di luar gedung dilakukan di kafe, sekolah, dan banjar. Belum ada metode lain selain screening untuk menjaring ibu hamil

yang positif HIV. Untuk menjaring ibu hamil yang positif menderita HIV, perlu dilakukan kerjasama dengan bidan praktek swasta, dimana bidan praktek swasta juga dianjurkan untuk melakukan konseling kepada ibu hamil sehingga bersedia dilakukan VCT. Puskesmas membentuk pokja-pokja di lokasi berisiko dan juga melakukan kerjasama dengan LSM, seperti yayasan Kertipaja dan yayasan Dua Hati yang memberikan layanan jarum suntik steril (NAPZA). Dalam pelaksanaan program PMTCT, sosialisasi program belum berjalan dengan maksimal sehingga sering terjadi perbedaan persepsi antar program, khususnya antara program KIA dengan surveilans HIV/AIDS.

Pada RS rujukan PMTCT, pelayanan yang dilakukan di mulai dari prong satu sampai dengan prong empat. Pada prong satu, dilakukan konseling VCT kepada wanita usia subur (WUS), prong dua, dilakukan perencanaaan kehamilan untuk penderita ODHA, prong tiga, dilakukan pencegahan penularan dari ibu hamil ODHA kepada bayinya; prong empat, dilakukan dukungan pelayanan post partum. Pelayanan lainnya adalah pelayanan PICT (ibu hamil tanpa risiko diperiksa). Kendala dalam pelayanan PMTCT di RS rujukan adalah tenaga kesehatan masih sangat kurang, dan petugas yang ada mempunyai tugas rangkap. Tenaga analisis yang ada hanya satu orang, dan sekarang sedang hamil, demikian juga dengan tenaga perawat, bidan dan konselor sangat terbatas, dan belum semua mendapatkan pelatihan. Ada beberapa petugas yang sudah pernah dilatih, namun beberapa petugas tersebut sudah pensiun dan pindah. Transfer of knowledge belum berjalan dengan baik, karena selain pelatihan perlu praktek lapangan juga. Dengan kondisi yang terbatas, yang dilakukan selama ini hanya penjelasan singkat kepada bidan, bagaimana menjadi konselor VCT.

Kerjasama program HIV/AIDS yang sering dilakukan di provinsi Bali adalah dengan Yayasan Jaya Dewata, khusus untuk Gay dan Waria; Yayasan Kerti Praja (YKP) dan Yayasan Kesehatan Bali (YAKEBA), khusus untuk PSK; Yayasan Dua Hati, khusus untuk PENASU/NAPZA; Spirit Paramacita, khusus untuk pendampingan ODHA dengan memberdayakan masyarakat; dan Burnet (AusAid) khusus untuk Capacity Building. Untuk klinik-klinik lainnya, misalnya dari gereja, tidak didukung logisitik tetapi jika klinik tersebut melapor dan kekurangan reagent, Dinas akan memberikan kekurangan tersebut.

Dalam memberikan pelayanan kepada penderita ODHA, RS tidak menyediakan ruang khusus, tidak ada perbedaan pelayanan antara ODHA dengan pasien umum.

SOP cara merujuk dari puskesmas ke RS rujukan PMTCT sudah ada, namun dari RS sendiri, tidak memberikan rujukan balik ke puskesmas.

Masalah pencatatan dan pelaporan HIV/AIDS dilakukan dengan menggunakan software dari Global Fund (GF). Setiap awal bulan puskesmas dan rumah sakit membuat laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi. Validasi data dilakukan sekali setahun, hanya satu hari, sementara untuk melakukan validasi secara maksimal butuh waktu 2-3 hari. Validasi dilakukan untuk semua kasus HIV/AIDS termasuk program PMTCT.

Implementasi pencegahan penularan HIV/AIDS secara umum di provinsi Kalimantan Barat dimulai sekitar tahun 2004 berupa pembentukan VCT di RS Sudarso, RS Antonius & RSKP (RS Khusus Provinsi), kemudian ditambah dengan membentuk klinik IMS di dua puskesmas yaitu puskesmas Alianyang & Komyos Sudarso. Tahun 2007/2008 dilakukan pengembangan program dari Global Fun (GF) yang membuka klinik VCT di puskesmas Siantan Hilir, klinik IMS di PKBI & mobile VCT 52 di Dinkes provinsi & VCT di pelabuhan. Tahun 2009 terjadi pengiritan biaya dari GF dimana klinik VCT dikurangi sehingga klinik VCT di kota Pontianak menjadi hanya berjumlah empat klinik, yaitu VCT RS Sudarso, VCT RS Antonius, VCT RSKP & VCT mobile 52, dan VCT Siantan Hilir. Klinik IMS dikurangi dari tiga menjadi dua.

Kemudian Tahun 2010, menurut puskesmas Siantan Hilir, klinik VCT tidak dilanjutkan lagi oleh GF. Sebelumnya penunjukan puskesmas Siantan Hilir sebagai VCT dan puskesmas Komyos sebagai IMS melalui Surat Keputusan (SK) yang dikeluarkan oleh GF dan KPA. Namun untuk tahun 2010, ketika kontrak dengan GF sebagai penyandang dana berhenti, puskesmas Siantan Hilir juga menganggap bahwa klinik VCT telah berhenti, karena tidak ada SK penunjukan sebagai Klinik VCT lagi, sehingga puskesmas merasa tidak ada legalitas dalam menjalankan VCT. Meskipun dalam SK sebelumnya, tidak tercantum masa berlaku (masa berakhir VCT).

Penunjukan dilakukan oleh GF dalam bentuk SK. Untuk puskesmas sebagai SKPD daerah, penunjukan dari NGO seperti GF tidak mempunyai kekuatan hukum, sehingga ada koordinasi antara NGO dengan Pemda cq. Dinas Kesehatan untuk penunjukan puskesmas sebagai PMTCT yang didukung dengan alokasi dana kegiatan.

Meskipun PMTCT telah diatur dalam peraturan daerah, namun PMTCT belum berjalan maksimal dan menyeluruh sebagai bagian dari pencegahan HIV/AIDS. Saat ini provinsi Kalimantan Barat baru mempunyai satu klinik PMTCT, yang terletak di RS. Sudarso. Direncanakan akan diadakan pula di RS. Singkawang terkait dengan populasi ODHA yang tinggi di daerah Singkawang.

Untuk Puskesmas, PMTCT hanya sampai pada wacana, belum pada pengimplementasian, disebabkan oleh keterbatasan dana. Saat ini di puskesmas hanya menjalankan klinik IMS, yang terdapat pada 7 puskesmas. Namun tahun-tahun sebelumnya beberapa puskesmas juga menjalankan klinik VCT.

Monitoring antara KPA dengan Dinas Kesehatan dilakukan setiap bulan, tetapi untuk semua pelayanan, bukan khusus tentang program PMTCT. Yang dibicarakan adalah masalah pencapaian target, dan ketersediaan sarana dan prasarana, seperti kecukupan reagen, kondom, dll. Selain itu, juga dilakukan rapat koordinasi setiap tiga bulan sekali dengan Dinas Kesehatan Provinsi, yang dikoordinir oleh KPA. Untuk pertemuan tersebut, ada dana bantuan dari Global Fund.

Implementasi program PMTCT di provinsi Papua sudah mulai sejak tahun 2004. Implementasi kegiatan HIV/AIDS di provinsi Papua sudah di mulai ketika dilaporkan kasus di Asmat, Merauke. Dari 29 kabupaten/kota di provinsi Papua, hanya tujuh kabupaten/kota yang sudah melaksanakan kegiatan penanggulangan HIV/AIDS di provinsi Papua.
Kasus HIV di provinsi Papua sebesar 2.4% (general population). Di estimasi ± 20.000 kasus HIV positif. Yang menjadi masalah adalah banyak kasus yang meninggal, dan belum sempat terdeteksi.

Belum semua puskesmas di kota Jayapura menjalankan program PMTCT, hanya beberapa puskesmas saja yang sudah berjalan. Beberapa puskesmas di kota Jayapura sudah menerapkan PMTCT di program KIA yaitu program 10 T, yaitu test HIV, Hb, Malaria, Golongan darah, TB, BB, Tinggi fundus uteri, Tetanus, Tabungan, dan Pendampingan.

Kegiatan yang dilakukan di puskesmas adalah screening di dalam maupun di luar gedung. Kegiatan di luar gedung melakukan mobile visite di posyandu, sekolah-sekolah, lokalisasi, panti pijat, tukang ojek, anak jalanan, dan bar. Biasanya dikunjungi sekali tiga bulan. Selain itu, ada beberapa puskesmas yang melakukan pelatihan kader posyandu. Kader dijadikan

perpanjangan tangan untuk memberikan informasi, sehingga ibu hamil datang ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan. Pemeriksaan sukarela biasanya ditujukan kepada ibu hamil, dan mahasiswa. Namun untuk calon penganten ada kewajiban untuk melakukan pemeriksaan.

Kegiatan Prong satu dan dua, banyak dilakukan oleh Puskesmas, sedangkan untuk Prong tiga dan empat dilakukan di RS. Sampai saat ini, ada 11 rumah sakit di provinsi Papua yang memberikan ARV.

Khusus untuk kegiatan PMTCT di RS Dok II sudah disosialisasikan sejak tahun 2008. Namun dalam pelaksanaannya, program PMTCT baru berjalan 3 bulan (mulai Agustus 2011). Saat ini penjaringan pasien baru dilakukan di ruang partus (VK). Saat pasien datang dilakukan konseling dan ditawarkan untuk periksa darah. Jika pasien mau maka akan dilakukan tes darah. Selain dari VK juga dijaring dari ginekologi dengan perlakuan yang sama seperti pasien baru di VK. Di poli ibu belum dilakukan penjaringan, kalaupun ada pasien ANC biasanya ditemukan ketika mereka bermasalah dengan kehamilannya dan langsung datang ke VK. Di VK akan dilakukan konseling dan ditawarkan untuk periksa darah. Pemeriksaan CD4 dilakukan di rumah sakit, tetapi untuk pemeriksaan VCR dikirim ke RSCM. Ada kendala, untuk pemeriksaan CD4, petugasnya hanya satu orang, ada dokter namun tidak mau melakukan pemeriksaan.

Untuk meningkatkan screening, RS juga melakukan mobile visite, kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jayapura dan LSM. Kegiatan mobile visite antara lain melakukan penyuluhan atau konseling pada semua ibu hamil, dan kemudian dilakukan rapid test. Kegiatan ini sudah mulai dilakukan sejak tahun 2008 dengan sumber dana dari GF. Mobile visite pernah dilakukan di kabupaten Jayapura dan Keerom. Selain itu, organisasi masyarakat juga terlibat untuk melakukan screening, seperti kerjasama RS dengan gereja, dimana dalam event tertentu dilakukan pengobatan umum dan sekaligus rapid test. Kasus loss follow up masih sering terjadi karena faktor ekonomi (jarak, akses), dan kurangnya dukungan keluarga terhadap penderita yang terdeteksi positif HIV, sehingga sering dikucilkan dari masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa stigma pada masyarakat masih sangat besar.

Masalah stigma tidak hanya ada pada masyarakat, namun stigma di antara para petugas kesehatan juga masih merupakan masalah yang harus ditangani.

Informasi yang tidak lengkap tentang HIV/AIDS dapat menjadikan masyarakat atau petugas kesehatan menjadi takut. Perlu diantisipasi dengan memberikan penyuluhan khusus tentang PMTCT, disertai dengan pengalaman dan bukti-bukti yang mudah di mengerti masyarakat.

Kegiatan sosialisasi di provinsi Papua telah banyak dilakukan, seperti pembuatan poster, spanduk, baliho, dan lain-lain. Upaya terobosan baru, direncanakan akan membuat Center HIV/AIDS di Kota Raja, yang didukung oleh Kemenkes dan Depdagri.

Pada provinsi Papua, banyak LSM yang terlibat dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS, dengan kegiatan pendampingan, pengobatan, dan lain-lain. LSM yang terlibat antara lain Global Fund (GF), Uniceff, UNDP, Burnet, FHI (Family Health International), Clinton Foundation, Medisa Duman (MDM), YKPM, YPPM, JSG (Jayapura Super Group), YAKITA, JOTI (Jaringan Orang Terinfeksi AIDS di Indonesia) dan YHI (Yayasan Harapan Ibu).

Khusus untuk LSM JSG, mereka melakukan pelatihan tentang PMTCT, program TB, Skill Buidling (bagaimana berbicara di depan umum). RS hanya sebatas narasumber atau fasilitator.

Pencatatan dan pelaporan dilakukan dengan menggunakan form GF. Ada permasalahan dalam pencatatan dan pelaporan dengan form GF, dimana indikator yang dipakai adalah ibu yang diberi provilaksis pertama, baru disebut program PMTCT. Jika ibu yang sudah terima ARV, si ibu bukan masuk program PMTCT. Kondisi ini akan menyebabkan jumlah kasus yang ada, tidak sesuai dengan jumlah kasus yang sebenarnya.

Masalah pencatatan dan pelaporan di provinsi, masih banyak Dinas Kesehatan yang tidak melaporkan adanya kasus HIV/AIDS. Ada beberapa RS yang memberikan laporan karena ada program penjaringan di RS tersebut dan juga karena ada dana dari GF. Dinas Kesehatan Provinsi kurang punya power untuk meminta laporan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota diluar proyek GF. Selain itu, ada beberapa petugas yang merasa form yang harus diisi terlalu banyak, yaitu 13 format.

Buku petunjuk program PMTCT diberikan pada tahun 2006. Revisi juknis program PMTCT belum selesai, sehingga SOP yang baku sampai saat ini belum ada.

Validasi data secara intensif belum dilakukan dengan baik.

Monitoring dan evaluasi yang dilakukan Dinas Kesehatan Provinsi hanya satu kali setahun. Demikian juga Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota jarang melakukan supervisi.

Untuk bimbingan teknis, Dinas Kesehatan Provinsi hanya melakukan sekali setahun, dengan mengundang Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Pelaksanaan program PMTCT di provinsi Papua masih ada ketimpangan, dimana antara pemegang program P2PL dengan Kesehatan Keluarga (KESGA) belum terkoordinasi dengan

baik. Pelaksanaan program sepertinya berjalan sendiri-sendiri, tidak ada pertemuan untuk membicarakan kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan.

Demikian juga, koordinasi antara RS dengan Dinas Kesehatan Provinsi juga tidak berjalan dengan baik, misalnya seperti laporan kasus HIV/AIDS, dimana beberapa rumah sakit merasa tidak ada kewajiban untuk melaporkan kasus ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Kondisi ini adalah salah satu dampak dari otonomi daerah.

3.1.4. Sarana dan Prasarana Program

Sarana dan prasarana yang tersedia di provinsi DKI Jakarta dalam pelayanan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS antara lain adalah:

1. Layanan Voluntary Counseling & Tes (VCT) : di 55 Faskes
2. Infeksi Menular Seksual (IMS) : di 36 Faskes
3. Program Terapi Rumatan Metadone (PTRM) : di 18 faskes
4. Program Pertukaran Jarum Suntik Steril (PJSS): di 38 faskes
5. Prevention Mother to Child Transmission (PMTCT) : di 11 faskes
6. Program TB-HIV : di 25 faskes
7. Care, Support & Treatment (CST) di RS Rujukan HIV-AIDS dan Layanan ARV: di 8 RS

Ketersediaan sarana dan prasarana di DKI Jakarta sejauh ini belum ada masalah. Ketersediaan obat, alat kesehatan, alat non kesehatan, dan reagen sangat mencukupi, tidak pernah kekurangan atau kekosongan stock untuk kebutuhan pemeriksaan dan pengobatan HIV/AIDS, kecuali beberapa RS ada yang kekurangan alat precaution. Demikian juga ketersediaan media promosi kesehatan tentang HIV/AIDS seperti buku, brosur, dan poster sangat mencukupi. Ketersediaan sarana dan prasarana didukung oleh Global Fund (GF), namun pemerintah daerah juga melakukan pengadaan sendiri sebagai tambahan dari beberapa yang sudah disediakan GF dengan sumber dana APBD. Dana untuk program HIV/AIDS di DKI Jakarta di pusatkan pada KPA provinsi (KPAP). Tidak ada alokasi anggaran untuk kegiatan program HIV/AIDS di puskesmas atau SuDinas Kesehatan, karena hal tersebut sudah menjadi tupoksi KPA provinsi. Sejak tahun 2010 semua obat didukung oleh GF, namun telah direncanakan bahwa tahun 2012 semua ketersediaan obat di dukung oleh KPAP karena sumber dana di DKI Jakarta sangat banyak.

Pemberian ARV dilakukan di rumah sakit rujukan, namun ada beberapa puskesmas di DKI Jakarta yang dijadikan puskesmas satelit dalam pemberian ARV kepada penderita.

Sarana dan prasarana di provinsi Jawa Barat sampai saat ini masih mencukupi dan suplainya tidak pemah kurang. Namun ada beberapa puskesmas belum mempunyai ruang VCT yang memadai, sarana dan prasarana lain cukup dan suplai tidak pemah kurang. Ketersediaan reagen dan alat kesehatan dibantu oleh GF dan pusat.

Dari 37 kabupaten di Jawa Timur, terdapat 13 kabupaten yang tidak memiliki fasilitas pelayanan kesehatan untuk program penanggulangan HIV AIDS. Sedangkan 8 kabupaten telah memiliki fasilitas pelayanan kesehatan untuk program penanggulangan HIV AIDS yang lengkap antara lain IMS, VCT, CST, PMTCT, PTRM dan TB-HIV. Jumlah kabupaten yang memiliki layanan PMTCT adalah sebanyak 14 kabupaten.

Di propinsi Jawa Timur, tidak ada perbedaan sarana dan prasarana ketika menolong persalinan ibu hamil yang positif HIV dengan yang tidak positif HIV. Hanya teknis yang membedakan, bagaimana mengurangi pendarahan supaya tidak terjadi pemaparan pada petugas, tetapi dengan prosedur penanganan yang sama . Secara teknis sarana dan prasarana tidak ada masalah. Pengadaan khusus untuk program PMTCT tidak ada, karena program PMTCT merupakan bagian dari program HIV-AIDS. Saat ini untuk pemeriksaan CD4 dan Viral Load hanya ada di RS. Soetomo dan RSAL. Untuk kebutuhan reagen selalu dicukupi oleh Dinas Kesehatan Propinsi, yang diajukan setiap empat bulan sekali, dan tidak pernah kekurangan.

Saat ini belum semua RS dapat menangani ibu hamil dengan HIV positif, karena untuk dapat menanganinya harus memiliki kriteria tertentu, seperti sistem OKA dan limbah yang memenuhi standar, sehingga paparannya tidak balik ke petugas. Saat ini Dinas Kesehatan Provinsi sedang memperjuangkan ke Bappeda agar rumah sakit rujukan PMTCT memiliki CD4, sehingga tidak harus ke RSU Sutomo, karena terkait biaya, waktu dan juga untuk mengurangi potensi loss follow up.

Sarana dan prasarana yang tersedia di provinsi Bali antara lain 24 klinik VCT, 9 klinik IMS, 5 MMT, 6 CST, dan 2 PMTCT (RS Sanglah dan RSUD Buleleng).

Perlu pengembangan sarana dan prasarana ruangan CST di semua puskesmas, untuk mengurangi kasus loss follow up. Seharusnya setiap puskesmas di kota Denpasar ada klinik VCT, karena kasus HIV/AIDS di kota Denpasar cukup banyak. Penyiapan sarana dan prasarana, banyak di dukung oleh GF, seperti untuk pemeriksaan CD4, SC dan susu bayi. Ketersediaan sarana dan prasarana yang pemah kurang adalah reagent, CD4, obat-obat kontrimoxazol. Pemeriksaan CD4 terbatas, hanya untuk beberapa kasus ibu hamil, padahal biaya pemeriksaan CD4 hanya Rp. 25,000,- Untuk stock pelayanan RS diajukan tiga bulan sekali, sementara untuk stock pelayanan tingkat provinsi, diajukan dalam 6 bulan sekali, untuk seluruh layanan. Kendala, adalah ketersediaan mesin CD4 untuk provinsi Bali, hanya ada satu di RSU Sanglah. Padahal, dilihat dari kasus, ketersediaan mesin CD4 dibutuhkan minimal dua buah, yaitu satu untuk Bali Selatan (sudah tersedia di RSU Sanglah) dan satu untuk Bali Utara dan Tengah (belum tersedia). Sarana dan prasarana lain yang masih kurang adalah laptop dan printer.

Sarana dan prasarana di provinsi Kalimantan Barat, untuk program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS sudah memadai dengan adanya dukungan dana dari bantuan luar negeri (BLN). Meskipun demikian, menurut Dinas Kesehatan Provinsi, klinik VCT yang berjumlah 9 hospital based dan klinik IMS community based masih kurang bila dibandingkan jumlah kabupaten yang ada di Kalimantan Barat. Menurut keterangan dari Dinas Kesehatan Provinsi, di rumah sakit tidak mempunyai ruang perawatan khusus, mereka bergabung dengan pasien yang lainnya. Anti retrovirus dan reagen selalu cukup dan tidak pernah habis. Bila persediaan menipis rumah sakit meminjam ke rumah sakit lainnya sebelum persediaan datang. Pemeriksaan CD4 terdapat di rumah sakit dr. Sudarso.

Menurut Dinas Kesehatan kota Pontianak, dahulu ada ruangan khusus untuk pasien HIV yaitu di ruang I (ruang infeksi) yang terdiri atas 4 (empat) kamar, tetapi sekarang tidak ada lagi. Pasien HIV di ruang perawatan bergabung dengan pasien lainnya. Reagen dan ARV cukup, yang pernah habis adalah obat jamur dan kotrimoksazol.

Berdasarkan keterangan dari puskesmas, pasien dengan HIV jarang di rawat di puskesmas karena biasanya dirujuk ke rumah sakit. Hal itu disebabkan karena sewaktu pasien datang, infeksi opportunistik sudah tidak ringan lagi. Di beberapa puskesmas, ada reagen yang kurang, bahkan banyak yang sudah kadaluarsa. Untuk ARV dan pemeriksaan CD4 tidak tersedia di puskesmas, karena hanya tersedia di rumah sakit saja.

Menurut rumah sakit sarana dan prasarana yang dimiliki sudah cukup dan memadai. Reagen & ARV cukup dan tidak pernah habis. Apabila mulai menipis rumah sakit meminjam ke rumah sakit lainnya sebelum persediaan datang. Pemeriksaan CD4 tersedia di rumah sakit dan dibiayai oleh GF.

Sarana dan prasarana di provinsi Papua, seperti ketersediaan logistik baik di puskesmas maupun di RS selama ini masih mencukupi. Ketersediaan reagen dan obat profilaksis kotrimoksazol di puskesmas maupun RS, selalu mencukupi. Dinas Kesehatan Provinsi selalu menyediakan stock untuk kebutuhan tiga bulan ke depan, dengan catatan puskesmas dan RS harus membuat laporan stock obat dan reagen dan juga laporan kasus. RS juga membuat laporan masa expirenya jika sudah expire maka propinsi akan menarik obat atau rapid test. Di Farmasi mekanisme FIFO dijalankan. Dari segi logistik, tidak ada yang kurang karena ada bantuan dari APBD dan GF. Namun yang menjadi masalah adalah beberapa puskesmas tidak mempunyai dana operasional yang cukup, seperti bahan habis pakai, dan juga ATK.

Ruang pemeriksaan dan perawatan kasus HIV tidak ada ketentuan harus ruang khusus, kecuali klinik VCT. Jika pasien memiliki infeksi lain biasanya mereka dirawat sesuai dengan infeksi penyertanya. Rencana ke depan, diupayakan puskesmas dapat menjadi puskesmas satelit, yang dapat melayani kasus HIV positif, namun petugas puskesmas khususnya dokter harus dilatih dulu CST.

3.1.5. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia (SDM) yang sudah terlatih di DKI Jakarta cukup banyak, hal ini karena KPA Provinsi cukup aktifmelakukan pelatihan-pelatihan yang terkait dengan HIV/AIDS. Pelatihan-pelatihan ada juga yang diselenggarakan oleh FHI, SUM, dimana bentuk pelatihannya bermacam-macam. Narasumber yang sering diundang adalah dari program HIV/AIDS di P2PM Kemenkes. Namun permasalahan yang ditemukan adalah belum ada petugas yang khusus untuk menangani program PMTCT, semua petugas, rata-rata mempunyai tugas rangkap, sehingga operasional program PMTCT belum optimal seperti yang diharapkan. Hal lain yang menjadi masalah adalah banyak tenaga yang sudah dilatih program PMTCT pindah atau mutasi, pensiun, dan lain-lain. Kemampuan tenaga untuk konseling perlu ditingkatkan. Tenaga konseling di puskesmas masih terkendala dengan jumlah dan kemampuan konselor, namun di RS tenaga

konselor sudah lebih baik. Masalah refresing atau transfer knowledge, di Dinas Kesehatan dan RS sudah berjalan baik, karena sering mendapat undangan pertemuan, dan cukup informasi tentang metode-metode pengobatan baru HIV/AIDS.

Dari 26 puskesmas yang ada di Jawa barat, hanya 52 orang tenaga kesehatan yang sudah dilatih tentang PMTCT (MOT). Jumlah tenaga kesehatan yang dilatih tentang PMTCT masih kurang karena hanya 2 orang tiap Puskesmas. Khusus untuk kota Bandung, tenaga kesehatan yang sudah dilatih tentang PMTCT 50 orang (25 dokter dan 25 bidan), Pelatihan ARV 15 orang (5 dokter, 5 perawat dan 5 petugas obat). Petugas puskesmas yang sudah dilatih antara lain konselor 6 orang, IMS 2 orang, IPWL 1 orang, dan PMTCT 2 orang (satu dokter dan satu bidan).

Untuk tenaga RS, sejauh ini masih cukup, karena semua komponen RS terlibat, dimana beberapa dokter, bidan dan perawat sudah pernah dilatih. Pelaksanaan program PMTCT di provinsi Jawa Barat, di mulai dengan melakukan pelatihan tenaga kesehatan puskesmas dan RS oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Salah satu kegiatan yang dilaksanakan Dinas Kesehatan kota Bandung adalah pelatihan petugas kesehatan dan pendistribusian logistik.

Hampir semua kabupaten di provinsi Jawa Timur sudah melakukan pelatihan PMTCT, walaupun belum semua bidan di puskesmas mendapat pelatihan tentang PMTCT. Pelatihan tenaga PMTCT yang dananya berasal dari KIA hampir 90% Puskemas terpilih dengan peserta pelatihan adalah dokter spesialis kebidanan, dokter spesialis anak dan bidan. Akan tetapi pada saat pelatihan PMTCT bagian program kesehatan keluarga (Kesga) tidak berkoordinasi dan kurang memantapkan diri sehingga berdampak pada pemilihan puskesmas yang kurang tepat, dimana seharusnya yang dilatih yang sudah VCT dan RS yang ada VCT nya. Pegawai Dinas Kesehatan Propinsi yang sudah mengikuti pelatihan PMTCT adalah KIA dan Yankes. Di Jawa Timur terdapat 945 puskesmas dan hanya sekitar 30%nya yang sudah terlatih timnya.

Kriteria peserta pelatihan, untuk tingkat propinsi adalah yang bertanggung jawab kepada program sehingga bisa menindaklanjuti. Sedangkan untuk tingkat kabupaten adalah petugas yang telah menetap 2 tahun , sehingga program tidak terputus. Kriteria pemilihan peserta pelatihan yang akan dikirim ke Jakarta, biasanya berdasarkan peta masalah yang ada dan juga dilihat dari Trend HIV di masing-masing kabupaten.

Saat ini belum ada peraturan bagi peserta pelatihan yang hengkang, maka rencana akan diterapkan bagi peserta pelatihan yang hengkang, harus ada punishment, mengembalikan dana pelatihan supaya tidak menghabiskan dana pelatihan, karena kita harus merefresh lagi.

Kurang tidaknya SDM, tidak dapat dilihat dari program PMTCT nya saja tetapi harus melihat dinamika program HIV yang banyak melibatkan lintas sektor sehingga banyak menyita waktu termasuk harus memastikan dan memverifikasi tata laksana pelatihan sesuai standar.

Program refreshing tidak dalam bentuk pelatihan tapi dalam bentuk pertemuan. Transfer knowledge berjalan karena pelatihannya adalah TOT, ketika sudah mengikuti TOT, maka akan dijadikan fasilitator pelatihan. Bila seseorang sudah berjalan walaupun belum dilatih, maka akan dijadikan manajer training di RS yang menghendaki.

Sedangkan untuk SDM PMTCT di RS Soetomo dirasa cukup, karena merupakan rumah sakit pendidikan "pre-service training" jadi sebelum mereka memang disini sudah ada penddikannya ya termasuk untuk PMTCT. Selain itu di RS sudah ada protokol yang jelas dalam mengimplementasikan PMTCT. Dengan kata lain tim PMTCT di RS Soetomo hebat dan mempunyai protab yang bagus sehingga kekuatannya luar biasa.

Di RS Soetomo setiap tahun kita mengajukan 2 kali pelatihan untuk HIVnya bahkan untuk tahun 2011 ini bisa sampai 4 kali, untuk proposal setiap tahun 2 kali. Demikian juga untuk VCT 2 kali setahun dengan peserta sekitas 30 sehingga bila ada kasus yang perlu PMTCT sudah tau siapa yang harus dihubungi.

Kelemahannya di regenerasi, sehingga strateginya mengoptimalkan pengaplikasian skill untuk berbagi dengan yang lain, minimal menjadi nara sumber di level propinsi. Selain dengan pendekatan formal dengan SK tim, ada dengan pendekatan informal sehingga tim medis memiliki kemampuan yang merata

Jumlah tenaga terlatih untuk program pelayanan PMTCT di provinsi Bali masih sangat kurang, khususnya tenaga teknis. Jumlah yang dilatih masih sangat terbatas, sehingga tempat pelayanan PMTCT juga masih sangat terbatas, padahal permintaan untuk pelayanan PMTCT sangat tinggi. Tim PMTCT adalah SPOG, SPA, dokter umum, perawat dan bidan. Di provinsi Bali baru satu tim yang mendapat pelatihan (TOT) tentang PMTCT. Sementara tim yang dilatih, belum melakukan training (TC) kepada petugas yang belum mendapat pelatihan, karena ketidaktersediaan dana. Dana dari pusat belum memprioritaskan kegiatan training, sementara

dana APBD juga sulit diperoleh, karena tergantung prioritas program. Karena keterbatasan tenaga yang dilatih, maka Dinas Kesehatan Provinsi, RS Sanglah dan LSM (Yayasan Kertipraja) melakukan terobosan, yaitu empat kabupaten yang belum ikut dalam pelatihan, melakukan magang di RS Sanglah tentang PMTCT selama dua hari. Yang menjadi masalah dalam SDM adalah banyak dokter spesialis yang praktek di swasta tidak melakukan screening karena belum mendapat pelatihan PMTCT, padahal banyak ibu hamil yang periksa kehamilan ke praktek swasta. Pernah dilakukan pemeriksaan 400 sampel kepada ibu hamil yang datang ke praktek swasta di kota Denpasar, hasilnya adalah 0.9% dinyatakan positif HIV.
Belum semua petugas kesehatan di provinsi Bali pernah mengikuti pertemuan-pertemuan tingkat nasional maupun regional.

Pada provinsi Kalimantan Barat, tenaga kesehatan yang terlatih tentang PMTCT masih kurang karena hanya terdapat satu orang untuk setiap profesi terkait, yaitu 1 (satu) orang dokter spesialis kandungan, 1 (satu) orang dokter spesialis anak, 1 (satu) orang perawat dan 1 (satu) orang bidan. Kondisi ini diperburuk dengan adanya mutasi tenaga terlatih, sehingga tenaga terlatih semakin berkurang. Untuk menggantikan tenaga terlatih yang sudah ada, RS mengusulkan ke Dinas Kesehatan Provinsi kemudian provinsi meneruskan ke pusat. Provinsi kemudian menunggu pusat mengadakan pelatihan, sehingga calon tenaga pengganti bisa mengikuti pelatihan. Menurut Dinas Kesehatan kota Pontianak, pusat tidak memberi wewenang pada daerah untuk mengadakan pelatihan sendiri sehingga ada pelatihan yg diadakan oleh Dinas Kesehatan tapi tidak diakreditasi oleh pusat.

Sistem ini dirasakan tidak efektif, sehingga diharapkan provinsi dapat membuat pelatihan sendiri untuk memenuhi kebutuhan tenaga terlatih tanpa harus menunggu dari pusat. Pelatihan yang dibuat oleh provinsi diharapkan bisa mendapatkan pengakuan seperti halnya pelatihan yang dilaksanakan oleh pusat. Sebagai solusi dari masalah ini, dilakukan semacam "on the job training" oleh tenaga terlatih kepada tenaga pengganti.

Tenaga yang ada tidak hanya melaksanakan tugas program PMTCT, tetapi juga merangkap pada tupoksi lainnya. Namun demikian, untuk mensiasati kondisi ini, tim PMTCT klinik Melati RS. Sudarso menyiapkan satu hari kerja yang dikhususkan untuk program PMTCT dimana semua anggota tim tidak boleh mengerjakan tugas lain selain PMTCT, yaitu hari sabtu.

Menurut Dinas Kesehatan kota tenaga yang dilatih untuk pelayanan VCT sudah 20 (dua puluh) orang sedangkan untuk pelayanan IMS sudah dilatih sebanyak 23 (dua puluh tiga) puskesmas. Kegiatan refresing hanya diadakan setahun sekali untuk IMS saja dan diadakan oleh Dinas Kesehatan kota dengan menggunakan dana APBD. Transfer ilmu diadakan oleh antar puskesmas itu sendiri.

Hasil analisis untuk puskesmas didapatkan bahwa untuk puskesmas Komyos tenaganya dirasakan sudah cukup tetapi masih merangkap tugas, perawat yang sudah terlatih VCT tidak bertugas dibagian IMS (klinik IMS) sedangkan di puskesmas Siantan Hilir tenaga masih kurang karena belum ada tenaga yang terlatih, hal ini dikarenakan tenaga yang sudah terlatih sudah pindah tugas. Puskesmas Komyos ada transfer ilmu mengenai IMS ke teman-teman puskesmas lainnya sedangkan di puskesmas Siantan Hilir pemah ada refresing ilmu untuk konselor.

SDM di provinsi Papua yang sudah dilatih sebenamya banyak, terutama dokter umum namun tenaga dokter yang sudah dilatih, banyak yang pindah karena status mereka PTT dan dengan waktu yang singkat pula. Kecukupan tenaga di provinsi Papua masih merupakan masalah karena keterbatasan tenaga konselor, manajer kasus dan dokter, dan banyak petugas yang kerja rangkap. Untuk puskesmas yang jauh, tidak ada tenaga yang terlatih, karena banyak petugas yang sudah dilatih, pindah ke daerah lain. Selain itu karena pemekaran daerah, banyak tenaga perawat yang sudah dilatih duduk di struktural, di luar program. Sebagian puskesmas mengadakan refresing dengan didukung dana oleh FHI. Namun secara umum refreshing belum dilakukan baik di tingkat provinsi, kota, ataupun puskesmas. Sedangkan transfer of knowledge di puskesmas dilakukan setelah selesai acara pelatihan dan disampaikan pada acara lokakarya mini baik kepada petugas puskesmas ataupun kader. Tenaga konselor yang sudah dilatih cukup banyak, namun banyak juga dari mereka yang tidak aktif.

3.1.6. Pembiayaan

Secara umum, dana untuk program HIV/AIDS di provinsi DKI Jakarta cukup tersedia, baik dari APBD maupun donor. Pembiayaan di provinsi DKI Jakarta cukup mendukung untuk kegiatan program PMTCT. Puskesmas di DKI Jakarta sudah dijadikan BLUD, sehingga mereka boleh menganggarkan biaya sendiri untuk program PMTCT, seperti penyuluhan atau alokasi untuk bangunan fisik, seperti ruangan untuk konseling HIV, tetapi dalam penganggaran, tidak

spesifik ditujukan untuk program HIV/AIDS, agar tidak overlap, karena desentralisasi di DKI Jakarta adalah di level provinsi. Alokasi anggaran untuk semua kegiatan HIV/AIDS di DKI Jakarta adalah tupoksi KPA Provinsi. Pembiayaan untuk program PMTCT, banyak di dukung oleh GF, khususnya untuk ketersediaan obat, reagen dan insentif administrasi program HIV/AIDS. Namun tahun 2011, terjadi penurunan dukungan dana dari GF, sehingga Pemda mendukung penuh, ketersediaan obat, dan reagen.

Pembiayaan untuk sectio saecaria (SC) untuk persalinan ibu hamil, masih merupakan kendala karena walaupun bisa di mediasi melalui SKTM, Jamkesda, Jamkesmas, namun beberapa kasus tetap saja sulit ditagihkan, misalnya jika pasien PNS atau karyawan swasta, tidak eligible sebagai penerima Jakesda/Jamkesmas padahal Askes/Jamsostek sehingga tidak dapat mengcover biaya tersebut. Pengadaan susu formula untuk bayi DHA dan makanan tambahan disediakan dari APBD dan juga bantuan dari LSM atau donor.

Selama ini pembiayaan program PMTCT di Jawa Barat lebih banyak bantuan dari luar negeri. Tidak ada alokasi dana khusus untuk program PMTCT, yang ada untuk HIV/AIDS secara umum dan PKRET.

Selama ini kegiatan di RS dibiayai oleh proyek GF dan IMPACT. RS tidak mempunyai dana operasional untuk kegiatan HIV/AIDS secara umum maupun PMTCT secara khusus. Kerjasama dengan IMPACT sudah berakhir sejak Juni 2011, namun GF masih berjalan. Dengan berakhirnya kerjasama dengan IMPACT banyak biaya yang sebelumnya gratis menjadi harus ditanggung oleh pasien. Pihak management RS masih mencari solusi untuk mengatasi masalah ini.

Di provinsi Jawa Timur, kemitraan diselenggarakan bertujuan untuk menyelaraskan kesepahaman dalam kebijakan program pengendalian HIV/AIDS, termasuk kebijakan anggaran dan pengembangan akses sumber daya untuk peningkatan kapasitas.

Dalam upaya pengendalian HIV/AIDS, Dinas Kesehatan Kota Surabaya bermitra kerja dengan :

a. Lembaga Donor Internasional
   - Global Fund Komponen AIDS (GFATM)
   - HIV Cooperation Program for Indonesia (HCPI)
   - Family Health International (FHI)

- SUM Program

b. LSM Peduli AIDS

berkoordinasi dibawah Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Surabaya.

Pengendalian HIV/AIDS di Kota Surabaya mendapatkan pembiayaan / pendanaan dari :

a. APBD Kota Surabaya

b. Lembaga Donor Internasional : Global Fund Komponen AIDS (GFATM), HIV Cooperation Program for Indonesia (HCPI), FHI (Family Health International), dan SUM Program.

Dengan adanya Jamkesmas, Jamkesda dan Jampersal , biaya free cukup dengan KTP. Bila tanpa KTP maka akan ada pendekatan institusi ke dinas sosial dengan memposisikan sebagai "T4 = Tempat Tinggal Tidak Tetap". Kebanyakan penderita HIV adalah orang yg tidak selalu ditempat itu, jadi dia akan masuk ke T4 "Tempat Tinggal Tidak Tetap" sehingga alokasi di rumah sakit ada dari jamkesmas termasuk peserta2 Askes yang menyembunyikan status. Pembiayaan kasus HIV/AIDS untuk TKI pada akhirnya dikembalikan ke Dinas Kesehatan sehingga menjadi tanggungan Jamkesmas, seharusnya PJ TKI ikut bertanggung jawab.

Dana dari KIA untuk pelatihan tenaga PMTCT 90% (Obgyn dan Spesialis Anak) puskesmas terpilih. Beberapa kabupaten/kota menggunakan dana APBD untuk memberikan pelatihan PMTCT bagi seluruh bidannya. Ketika dana APBD untuk pelatihan tidak ada, maka dana pelatihan diberikan oleh SUM (dibawah USAID)

Subsidi propinsi ke RSU dr. Sutomo atau RSAL sumbernya dari GF. RSU dr. Soetomo juga mendapat dukungan dana dari Pemda, sedangkan untuk RSAL mendapat dukungan dana dari pusat.

Untuk dana DIPA dipilah berdasarkan trend yang kasusnya tinggi dan tidak dicover oleh GF. Hanya 16 kab/kota yang dicover GF. Dana GF untuk PMTCT dialokasikan untuk biaya SC, dan ketika bayinya harus masuk ARV maka susunya dicover GF selama 1 tahun.

Pembiayaan program PMTCT, untuk KIA lebih kepada penajaman kualitas layanan ANC sedangkan program P2 untuk logistik seperti reagen dan obat. Pembiayaan dari program P2 sebesar 8 Milyar, dengan total 12 program, namun hanya 1.2% untuk program HIV/AIDS.

Untuk biaya pemeriksaan gratis bila melalui UPIPI RSU dr. Soetomo. Bila pasien datang langsung ke laboratorium maka akan diarahkan ke UPIPI untuk private konseling terlebih dahulu. Propinsi pengadaan tes, reagen untuk diagnostik. Dana alokasi susu yang semula dari

Dinas Kesehatan dipindahkan ke Dinas Sosial dan hanya diperuntukkan bagi bayi yang terinfeksi HIV.

Masalah pembiayaan di provinsi Bali, khusus untuk puskesmas, bahan dan kebutuhan untuk pelayanan diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam bentuk barang. Untuk biaya promosi dan preventif masih kurang. Petugas konselor tidak mendapat insentif.
Untuk RS rujukan PMTCT, dana bersumber dari APBD, JKBM, dan Jampersal.
Masalah dana untuk ibu atau bayi dengan positif HIV, jika bayi sudah lahir, perlu diberi PASI. Dana yang tersedia dari GF hanya untuk satu bayi, yang diberi biaya PASI sebesar Rp. 750,000,- untuk tiga bulan, dan dana hanya disedikan untuk enam bulan saja, padahal bayi butuh PASI sampai usia dua tahun. Untuk masalah pemberian PASI tersebut, pihak RS Sanglah mengupayakan mencari donor dari luar. Jumlah kasus bayi positif HIV di provinsi Bali ada sebanyak 46 kasus. Untuk biaya sectio caesarea dengan ibu yang positif HIV, GF hanya dapat membiayai untuk 4 orang dalam satu tahun, dengan biaya untuk satu ibu sebesar Rp. 4 juta. Dengan keterbatasan dana dari GF, maka diupayakan biaya persalinan untuk ibu dengan HIV dari Jamersal dan JKBM. Selain itu GF juga memberikan insentif kepada petugas kesehatan (tim PMTCT), yang dibayar setiap bulan sebesar Rp. 3 juta per tim.

Dana bantuan dari GF sejak tahun 2009-2011 sebesar 728 juta. Tahun 2011 ada peningkatan biaya dari APBD sebesar 354 juta. Tapi biaya ini untuk semua program pencegahan penularan HIV/AIDS di kota Denpasar. Dari provinsi juga mendapat bantuan, seperti pembentukan Kelompok Siswa Peduli Aids dan Narkoba, Kader Desa Peduli Aids dan Narkoba, dan Kelompok Susu Peduli AIDS dan Narkoba (KSPAN).

Pembiayaan untuk HIV AIDS di provinsi Kalimantan Barat berasal dari dua sumber yaitu dana APBD provinsi dan dari bantuan luar negeri (BLN) Global Fun (GF). Dana APBD provinsi digunakan untuk HIV AIDS secara umum, tidak untuk program PMTCT. Sedangkan dana dari Global Fund untuk HIV/AIDS secara umum terdapat di 9 (Sembilan) kegiatan, antara lain untuk metadon, pencegahan penularan HIV AIDS, kelompok ADIUS, penemuan dan pengobatan melalui kegiatan VCT, profilaksis, pemeriksaan CD4 dan pemberian ARV. Dana dari GF pengelolaannya terbagi bagi 3 (tiga), yaitu dikelola oleh kementerian kesehatan, Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dan Nahdatul Ulama (NU). KPA menerima tambahan dana lagi

dari dinas bantuan sosial. Yang di KPA propinsi dari APBD provinsi, alokasinya alokasi bantuan sosial.

Anggaran APBD Dinas Kesehatan kota Pontianak untuk HIV AIDS tahun 2011 ini sebesar 500 juta rupiah. Dana tersebut diperuntukkan untuk program HIV AIDS secara umum. Sekarang ini dana APBD untuk program HIV AIDS sudah berkurang dari tahun sebelumya, hal ini menurut Dinas Kesehatan kota dikarenakan ada program lainnya yang lebih prioritas yang tidak mempunyai dana bantuan lainnya. Tetapi dana APBD untuk HIV AIDS ini tetap berkesinambungan setiap tahunnya walaupun jumlahnya berbeda-beda. Dinas Kesehatan Kota Pontianak mendapatkan penghargaan komitmen pemerintah dalam hal program HIV AIDS. Piagam kriteria B, karena dana APBD untuk program HIV AIDS sebesar 500 juta rupiah. Tahun ini Dinas Kesehatan kota tidak dapat menganggarkan dana untuk penjangkauan. Dana APBD Dinas Kesehatan kota di salurkan ke KPA untuk dikelola.

Hasil analisis puskesmas didapatkan bahwa puskesmas Komyos didanai oleh GF untuk klinik IMS nya sedangkan puskesmas Siantan Hilir dana dari GF untuk klinik VCT sudah di hentikan sejak tahun 2009 tetapi sekarang didukung dana dari APBD.

RS Sudarso adalah salah satu rumah sakit yang mempunyai program PMTCT. Untuk kegiatan program PMTCT ini semuanya didanai oleh GF, mulai dari screening, pengobatan, melahirkan sampai dengan bayi tersebut lahir masih tetap dikontrol oleh RS Sudarso sampai usia >18 bulan akan dilakukan pemeriksaan.

Selama ini pembiayaan program penanggulangan HIV/AIDS di provinsi Papua di dapat dari beberapa sumber APBN, APBD, dana otonomi khusus dan juga bantuan luar negeri seperti Global Fund(GF), UNICEF. Awalnya Global Fund hanya memberikan dana untuk 3 kab/kota dan saat ini jadi 7 kab/kota. Pengadaan reagent dari biaya APBN, APBD dan GF. ARV dari APBN, obat profilaksis dari APBD dan APBN. UNICEF memberikan dana dipropinsi untuk kegiatan PMTCT.

Kegiatan di Rumah Sakit selain dari GF mereka mendapatkan dana untuk bahan habis pakai dari RS sebesar Rp. 350.000.000. Dana operasional setahun sebesar 6,5 juta untuk 15 orang petugas, 2,5 juta untuk PMTCT, 7,5 juta untuk dokter Obgyn, 7,5 juta untuk dokter anak dan 2,5 juta untuk perawat .

Kegiatan di puskesmas seperti halnya di puskesmas Waena ada dana dari GF sebesar Rp.1.000.000 dan tidak ada dana khusus untuk kegiatan penanggulangan HIV-AIDS. Puskesmas menyisihkan dana operasional puskesmas sebesar Rp. 750.000. untuk penyuluhan dan transport mengambil dana dari BOK dan untuk jasa petugas diambil dari Jamkesmas karena disana ada dana untuk kegiatan IMS

Masalah biaya program didukung oleh GF, sementara untuk alat dan sarana RS (habis pakai) didukung oleh RS, dengan menyediakan dana Rp. 350 juta per tahun. GF dan Pemda sangat mendukung, sehingga ketersediaan obat dan alat selalu cukup.

Pengadaan obat-obat opportunistik, pelatihan-pelatihan, penyediaan reagent, dan lain-lain, Dinas Kesehatan sebagai Leading Sectornya.

3.2. Pembahasan

3.2.1. Gambaran HIV/AIDS (termasuk PMTCT)

Gambaran kasus HIV di daerah penelitian menunjukkan bahwa terjadi penurunan kasus di semua provinsi kecuali Papua mengalami sedikit peningkatan. Sementara untuk kasus AIDS terjadi penurunan kasus dari tahun 2010 ke 2011 di semua provinsi penelitian.

Positif rate meningkat di Jawa Timur dan Bali, sementara di daerah lainnya menurun. Terjadi peningkatan jumlah kasus yang mau di konseling dan test di semua daerah, sehingga juga meningkatkan jumlah kasus dengan HIV positif.

Demikian juga, jumlah layanan PMTCT juga terjadi peningkatan, dimana tahun 2010 79 layanan, meningkat menjadi 90 layanan tahun 2011.

3.2.2. Kebijakan Program

Kebijakan tentang HIV/AIDS mengacu kepada UU Nomor 04 tahun 1984 tentang wabah penyakit menular, PP RI No. 40 tahun 1991 tentang penanggulangan wabah penyakit menukar, kemudian dibentuk Komisi Penanggulangan AIDS dengan mengacu kepada Keppres nomor 36 tahun 1994 tg 30 Mei 1994. Selanjutnya pada tahun yang sama, 1994 Menkokesra menerbitkan keputusan tentang STRANAS (Strategi Nasional Penanggulangan AIDS di Indonesia). Setelah pertemuan PBB tentang Tahun 2001 tentan upaya global pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS, maka Komnas AIDS menerbitkan STRANAS 2003-2007, dan pada tahun 2004,

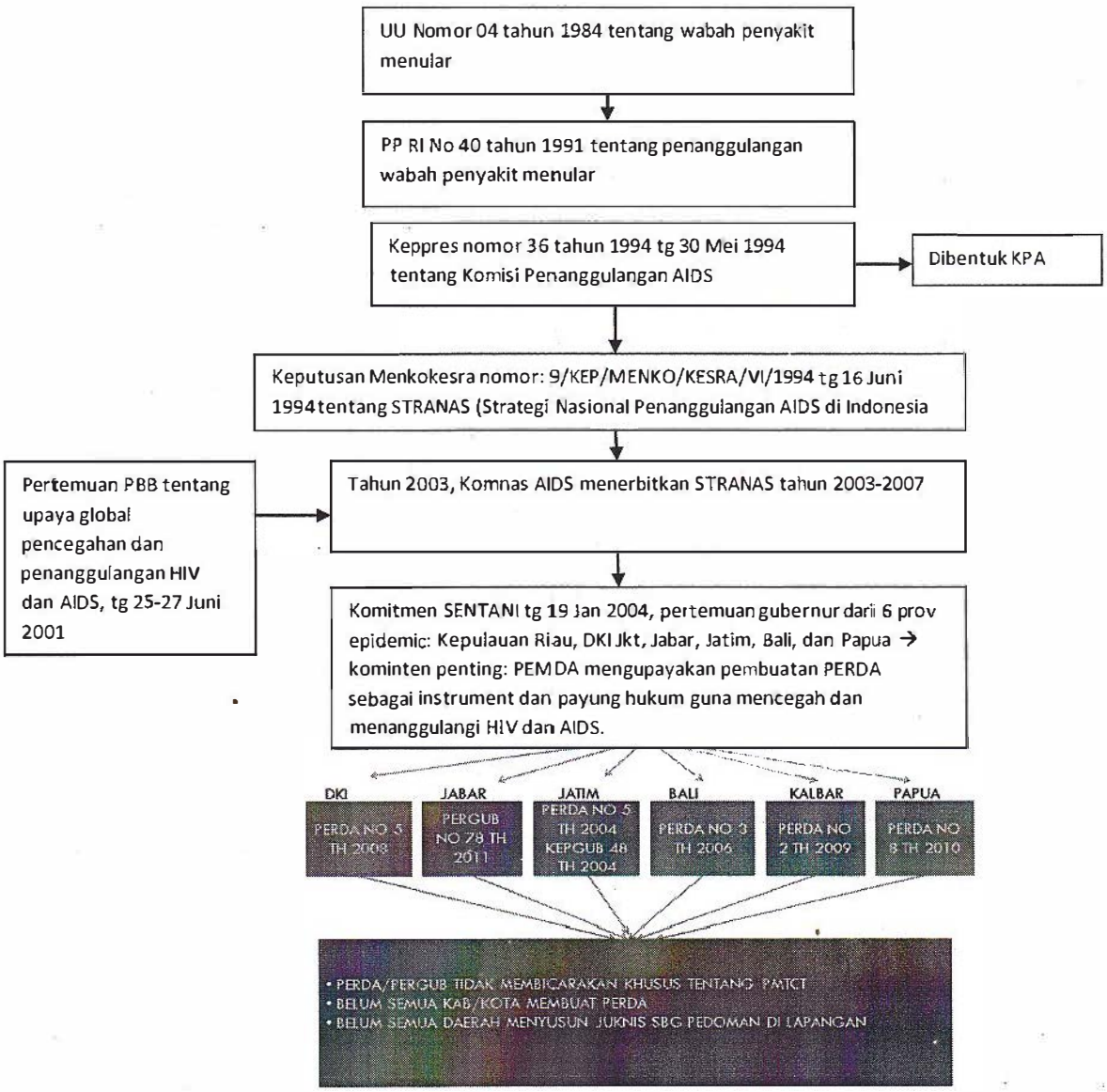
dilakukan pertemuan gubernur dari enam provinsi epidemic, yaitu provinsi Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Bali, dan Papua. Mereka membuat komitmen penting, dimana Pemda mengupayakan pembuatan PERDA sebagai instrument dan payung hukum guna mencegah dan menanggulangi HIV dan AIDS.

Dari hasil pertemuan tersebut, setiap daerah berjuang menerbitkan Perda yang terkait dengan HIV/AIDS. Dari enam provinsi daerah penelitian, Jawa Timur yang pertama menunjukkan komitmennya, dengan menerbitkan Perda no. 5 tahun 2004 dan Keputusan Gubernur no. 48 tahun 2004. Kemudian diikuti oleh Bali, dengan mengeluarkan Perda No. 3 tahun 2006, DKI Jakarta dengan Perda No. 5 tahun 2008, dan Kalimantan Barat dengan Perda No. 2 tahun 2009, dan Papua dengan Perda No. 8 tahun 2010. Untuk Jawa Barat masih dalam Peraturan Gubernur No. 78 tahun 2011. Hanya provinsi Jawa Timur yang Perda penanggulangan AIDS didukung oleh Peraturan Gubernur. Setelah Perda atau Pergub provinsi diterbitkan, belum semua kabupaten/kota juga mengikuti untuk membuat Perda kabupaten/kota. Peraturan lain yang mendukung adalah Peraturan Presiden No. 75 tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dan Peraturan Menteri Dalam Negeri no. 20 tahun 2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS di daerah.

Hampir di semua daerah, Perda yang diterbitkan mengacu kepada peraturan pusat, namun di provinsi Jawa Barat, ada beberapa kabupaten/kota (Tasikmalaya, kota Bekasi, kota Cirebon, dan Indramayu) telah membuat Perda untuk penanggulangan HIV/AIDS, padahal Perda Provinsi belum terbit.

Ada beberapa daerah yang Perda sudah diterbitkan, namun tidak di dukung oleh petunjuk teknis dan anggaran yang memadai, sehingga aplikasi kebijakan tersebut sulit dilaksanakan dan tidak maksimal dan menyeluruh sebagai bagian dari pencegahan HIV/AIDS. Di Kalimantan Barat, kota Pontianak, program PMTCT di puskesmas hanya wacana, belum di implementasikan karena keterbatasan dana.

Alur Kebijakan



Mengacu kepada Perda atau Kepgub yang ada, daerah membuat Renstra dan selanjutnya membuat POA. Beberapa POA yang ada disediakan hanya untuk bimbingan teknis dan logistik. Beberapa daerah tidak memprioritaskan atau menyediakan dana untuk program pencegahan HIV/AIDS, karena mereka merasa kasus yang ditemukan bertambah, padahal dana sudah disediakan untuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS. Kondisi menunjukkan,

ketidakpahaman sebagian pemerintah daerah, dimana jika kegiatan screening semakin ditingkatkan maka kasus akan bertambah (fenomena gunung es).

Selain itu, beberapa peraturan daerah tidak sinkron dengan peraturan lain, dan tidak didukung dengan petunjuk teknis yang jelas. Selain itu, beberapa daerah yang sudah membuat Perda namun dalam pelaksanaannya tidak didukung dengan komitmen yang tinggi. Masalah lain adalah masih banyak masyarakat yang mengabaikan Perda tentang pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS karena stigma dan juga sangsi pidana yang dicantumkan dalam peraturan yang ada.

3.2.3. Implementasi Program

Inisiasi program PMTCT di Kementerian Kesehatan di mulai sejak tahun 2003. Kemudian tahun 2005 dilakukan penilaian cepat program PMTCT dan pelatihan di enam provinsi di Indonesia. Tahun 2006 dilakukan penyusunan buku pedoman PMTCT dan sosialisasi program. Kemudian tahun 2008 dilakukan pilot project PMTCT, dan tahun 2009 program PMTCT dilakukan secara nasional. Revisi buku pedoman PMTCT pada saat ini sedang dilakukan oleh tim pusat. Tahun 2010, layanan program PMTCT masih 69 buah, namun tahun 2011 meningkat menjadi 90 buah.

Dalam pelaksanaan program, masih banyak kegiatan yang belum tertata dengan baik, dan masih fokus kepada ibu dengan HIV positif. Sosialisasi tentang program belum maksimal dilakukan, sehingga masih banyak petugas kesehatan yang belum memahami kegiatan tersebut. Selain itu, stigma yang besar pada masyarakat dan bahkan petugas kesehatan sendiri, merupakan suatu realita bahwa sosialisasi harus lebih ditingkatkan, dengan memberikan penjelasan yang gamblang dan mudah di mengerti masyarakat maupun petugas.

Pelaksanaan di puskesmas, pada umumnya masih sebatas screening kepada orang-orang yang berisiko, yaitu konseling dan rapid test. Hal ini sesuai dengan program PMTCT, dimana puskesmas melakukan pelayanan prong 1 dan 2, yaitu mencegah penularan HIV pada perempuan usia reproduksi, dan mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu dengan HIV. Jika terbukti positif, maka dirujuk ke RS untuk dilakukan konseling dan pemberian ARV. Kendala di lapangan dalam pelayanan PMTCT adalah ibu hamil butuh waktu yang lama untuk konseling, sementara tenaga konselor juga sangat terbatas. Beberapa daerah, sudah merencanakan kebijakan baru untuk puskesmas, yaitu "Setiap ibu hamil yang pertama kali datang untuk ANC harus dilakukan VCT". Namun sampai saat ini belum dapat direalisasikan karena keterbatasan dana,

tenaga, dan juga fasilitas. Dalam pelaksanaan program PMTCT, ada beberapa puskesmas yang telah dijadikan puskesmas satelit, dimana puskesmas tersebut diberikan kewenangan dalam memberikan ARV kepada pasien HIV positif dengan pengawasan RS. Hal ini cukup baik dilakukan untuk menekan kasus loss follow up dan mempermudah pasien dalam pengambilan ARV, karena cenderung lebih dekat dari tempat tinggal pasien. Kasus loss follow up masih sering terjadi karena faktor ekonomi (jarak dan akses), dan kurangnya dukungan keluarga. Kebijakan ini perlu lebih ditingkatkan khusus pada daerah yang berisiko tinggi namun jauh dari RS PMTCT. Untuk meningkatkan screening, hampir semua puskesmas di daerah penelitian melakukan pelayanan di luar gedung (mobile visite) ke tempat tertentu, seperti sekolah, lokalisasi, terminal, posyandu, dan lain-lain. Kegiatan ini dilakukan secara berkala, namun ada juga daerah yang tidak rutin melakukan mobile visite, karena keterbatasan dana dan juga tenaga. Di DKI Jakarta selain screening, juga dilakukan "One Stop Service" di beberapa puskesmas untuk layanan terpadu HIV/AIDS. Kegiatan program PMTCT di RS melaksanakan prong 1,2, 3, dan 4, namun RS lebih menekankan kepada pelaksanaan prong 3 dan 4. Pemberian obat dan intervensi medis dilakukan secara formal oleh manajer kasus. Selain pemberian obat dan intervensi medis, perlu juga dilakukan pendampingan non formal, seperti keluarga atau kelompoknya, agar program tetap berjalan. Pendampingan juga sering dilakukan oleh LSM, dan juga kegiatan lainnya, seperti screening, pelatihan, pemberian kondom, dan lain-lain. Kerjasama dengan LSM sangat membantu pemerintah dan masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS. Semua pemerintah daerah bekerja sama dengan LSM, baik dari LSM lokal maupun international.

Beberapa daerah mengeluhkan bahwa belum ada SOP/Protap yang jelas dalam pemberian ARV kepada pasien. Hal ini terkait dengan buku petunjuk PMTCT masih sedang di revisi, sehingga SOP yang baku sampai saat ini belum ada.

Setiap daerah telah terbentuk KPA Provinsi, yang perannya cukup penting dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS. KPA bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi dalam pelaksanaan program PMTCT. Seksi yang banyak berperan dalam pelaksanaan program PMTCT adalah P2 atau Kesga. Namun beberapa daerah menyatakan belum ada pembagian tugas yang jelas antara P2 dengan Kesga. Sebaiknya kondisi ini perlu diperjelas dengan membuat dasar hukum dan tupoksi yang jelas, sehingga tidak lempar tanggung jawab. Pertemuan koordinasi sering dilaksanakan oleh KPA dengan Dinkes kabupaten/kota dan

Dinkes provinsi, RS, dan puskesmas. Pertemuan tersebut, tidak khusus membicarakan program PMTCT, namun digabung dengan program lainnya. Rapat koordinasi di beberapa daerah tidak rutin dilakukan, namun ada juga yang melakukan rutin, setiap tiga bulan sekali. Beberapa Dinas Kesehatan, melakukan pertemuan minimal sekali setahun untuk validasi data.

Mekanisme pencatatan dan pelaporan HIV/AIDS mengacu kepada form yang dibuat oleh Global Fund. Namun di beberapa daerah mengeluhkan, bahwa form yang harus diisi terlalu banyak. Ada permasalahan dalam pencatatan dan pelaporan dengan form GF, dimana indikator yang dipakai ada ibu yang diberi provilaksis pertama, baru disebut program PMTCT. Jika ibu sudah terima ARV, tidak termasuk dalam program PMTCT. Hal ini menyebabkan jumlah kasus yang dilaporkan tidak sesuai dengan yang sebenarnya. Laporan disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi, Global Fund, dan P2PL Kemenkes. Permasalahan yang ditemukan adalah Dinas Kesehatan Provinsi merasa kurang punya power, untuk meminta laporan di luar proyek GF, hal ini salah satu dampak dari desentralisasi.

3.2.4. Sarana dan Prasana

Ketersediaan sarana dan prasarana di daerah penelitian bervariasi. Hampir semua daerah ketersediaan obat, alat kesehatan, alat non kesehatan, dan reagen mencukupi, namun ada beberapa puskesmas yang menyatakan masih kurang, dan bahkan ada yang sudah kadaluarsa. Kemudian, masalah lain di beberapa puskesmas adalah keterbatasan dana operasional, untuk pembelian bahan habis pakai, dan juga ATK. Ketersediaan sarana dan prasarana di dukung oleh GF, namun sebagian besar pemerintah daerah juga melakukan pengadaaan sendiri sebagai tambahan dari beberapa yang sudah disediakan GF dengan sumber dana APBD. Namun ada beberapa puskesmas yang belum mempunyai ruang VCT yang memadai. Ketersediaan mesin CD4 dan alat precaution juga masih terbatas di beberapa daerah. Ke depan perlu pengembangan sarana dan prasarana di semua puskesmas dan juga RS, untuk mengurangi kasus loss follow up. Belum semua Kabupaten/Kota memiliki fasilitas pelayanan kesehatan untuk program HIV/AIDS. Sampai saat ini, belum semua RS dapat menangani persalinan secsio pada ibu hamil dengan HIV positif, karena fasilitas yang belum memenuhi standar, seperti ruang OKA dan limbah. Hal ini untuk mengantisipasi paparan agar tidak balik ke petugas.

Ketersediaan susu formula untuk bayi dengan ibu HIV positif, masih merupakan masalah di berbagai daerah, karena keterbatasan dana. Perlu diantisipasi dengan mencari sponsor atau donor untuk mengatasi kekurangan tersebut.

3.2.5. Sumber Daya Manusia

Ketersediaan Sumber Daya Manusia dalam program PMTC di beberapa daerah masih sangat terbatas. Hal ini karena keterbatasan tenaga kesehatan, seperti tenaga teknis, tenaga konselor, dan juga tenaga pendamping pasien HIV/AIDS positif. Kondisi ini semakin diperburuk karena beberapa daerah menyatakan petugas yang sudah dilatih program PMTCT, ada yang sudah di mutasi, pensiun dan ada juga tenaga konselor yang tidak aktif. Hanya DKI Jakarta yang menyatakan SDM yang sudah dilatih cukup banyak, hal ini karena sumber dana untuk pelatihan-pelatihan cukup tersedia. Permasalahan lain yang ditemukan di lapangan adalah belum ada petugas yang khusus menangani program PMTCT, karena hampir semua petugas yang bekerja mempunyai tugas rangkap, sehingga program PMTCT tidak berjalan dengan maksimal. Refresing dan transfer knowledge belum berjalan dengan baik, karena keterbatasan tenaga dan juga waktu. Beberapa daerah menyatakan, Dinas Kesehatan Provinsi tidak diberi wewenang untuk mengadakan pelatihan sendiri tentang program PMTCT. Kondisi tersebut dirasakan tidak efektif, sehingga diharapkan provinsi dapat membuat pelatihan sendiri untuk memenuhi kebutuhan tenaga terlatih, dan dapat melakukan semacam on the job training oleh tenaga terlatih kepada tenaga pengganti.

3.2.6. Pembiayaan

Ketersediaan dana program PMCT, pada umumnya digabung dengan program HIV/AIDS. Khusus untuk DKI Jakarta, semua kegiatan yang terkait dengan program HIV/AIDS dikelola oleh KPA Provinsi. Hampir semua daerah menyatakan bahwa pembiayaan untuk program HIV/AIDS banyak di dukung oleh GF, khususnya untuk ketersediaan obat, reagen, dan insentif administrasi program HIV/AIDS. Namun secara keseluruhan, daerah menyatakan bahwa sumber dana untuk program PMTCT lebih banyak bantuan dari luar negeri, seperti Lembaga Donor International (GF, Unicef, HIV Cooperation Program for Indonesia, FHI, SUM Program, dll) dan LSM Peduli AIDS. Biaya pelayanan pasien, biasanya dibebankan kepada program Jamkesmas, Jamkesda, dan Jampersal. Namun untuk yang tidak mempunyai identitas/KTP,

beberapa daerah memberi solusi dengan bantuan dari Dinas Sosial. Untuk biaya pelatihan-pelatihan program PMTCT biasanya sumber dana dari program KIA. Namun beberapa daerah juga menggunakan dana APBD atau bantuan LSM untuk melakukan pelatihan. Untuk biaya promosi dan preventif masih kurang. Beberapa puskesmas, menggunakan dana BOK untuk penyuluhan dan transport. Selain itu, pada umumnya Pemda, Dinas Sosial, LSM, dan donor juga membantu dana tambahan untuk kegiatan program HIV/AIDS, seperti pengadaan susu formula dan makanan tambahan untuk bayi.

BAB IV
KESIMPULAN DAN SARAN

4.1. Kesimpulan

4.1.1. Kebijakan program HIV/AIDS

a. Belum semua Provinsi dan Kabupaten/Kota mempunyai Perda tentang HIV/AIDS
b. Sebagian daerah sudah memiliki Perda, namun kegiatan program tidak di dukung oleh sarana & prasarana, SDM, dan dana yang memadai
c. Belum semua daerah membuat POA khusus untuk PMTCT, baik di tingkat provinsi, Kabupaten/Kota, RS dan puskesmas. POA PMTCT digabung dalam program HIV/AIDS
d. Beberapa Peraturan daerah tidak sinkron dengan peraturan lain, dan beberapa Perda tidak didukung petunjuk teknis yang jelas, sehingga dalam pelaksanaannya tidak didukung komitmen yang tinggi baik petugas maupun masyarakat

4.1.2. Implementasi Program

a. Banyak kegiatan program PMTCT yang belum tertata dengan baik, dan masih fokus kepada ibu dengan HIV positif
b. Sosialiasi program PMTCT belum maksimal dilakukan, baik kepada petugas maupun masyarakat
c. Sistem rujukan tidak berjalan dengan baik, dimana puskesmas hanya berfungsi untuk merujuk, tidak termasuk pemberian ARV, sehingga banyak kasus yang loss follow up. Untuk menekan kasus loss follow up, beberapa puskesmas dijadikan puskesmas satelit, yang diberi kewenangan dalam memberikan ARV kepada pasien HIV positif dengan pengawasan RS
d. Screening dilakukan di dalam dan luar gedung puskesmas. Screning di luar gedung dilakukan secara berkala atau tidak berkala dengan 'mobile visite' ke sekolah, posyandu, lokalisasi, terminal, pasar, dan lain-lain
e. Semua pemerintah daerah dan KPA melakukan kerjasama dengan LSM lokal maupun international dalam program PMTCT, dan HIV/AIDS secara umum

f. Koordinasi antara pemegang program (P2 dan Kesga) di beberapa daerah masih belum jelas, karena dasar hukum dan tupoksi yang belum jelas, sehingga sering lempar tanggung jawab

g. Supervisi dan monitoring dilakukan tanpa perencanaan yang jelas, supervisor tidak mengidentifikasi permasalahan di lapangan, sehingga tidak ada solusi atau perbaikan program untuk tindak lanjut

h. Belum ada SOP atau prosedur tetap (PROTAP) tentang penanganan PMTCT

i. Mekanisme pencatatan dan pelaporan mengacu kepada form GF, namun ada indikator yang dipakai tidak sesuai dengan kenyataan di lapangan

4.1.3. Sarana dan Prasarana

a. Ketersediaan logistik (obat, alat kesehatan, alat non kesehatan, reagen) hampir di semua daerah mencukupi, namun di beberapa daerah ada yang sudah kadaluarsa

b. Ketersediaan sarana dan prasarana banyak di dukung oleh GF dan LSM, namun beberapa daerah juga melakukan pengadaan sendiri dari dana APBD

c. Ketersediaan sarana, seperti ruang VCT puskesmas, mesin CD4 di RS masih terbatas dan sebagian belum memadai

4.1.4. Sumber Daya Manusia

a. Pelatihan program PMTCT belum dilakukan secara merata karena keterbatasan tenaga dan juga dana

b. Tenaga teknisi banyak yang bekerja dengan tugas rangkap

4.1.5. Pembiayaan

a. Ketersediaan dana untuk program PMTCT pada umumnya digabung dengan program HIV/AIDS, dimana sumber dana untuk program PMTCT lebih banyak bantuan donor dibanding pemerintah

b. Dana untuk promosi dan preventif, dana operasional lapangan, dan pengadaan makanan tambahan bayi/susu formula pada umumnya masih kurang

4.2. Saran

4.2.1. Membuat perencanaan yang jelas untuk semua kegiatan program PMTCT, termasuk supervisi dan monitoring

4.2.2. Meningkatkan sosialisasi tentang program PMTCT, khususnya kepada ibu yang berisiko dan juga petugas kesehatan, dengan cara: melakukan penyuluhan, baik individu maupun kelompok; sosialisasi melalui media massa, media elektronik, dan menyebarkan buku-buku, liflet, poster tentang PMTCT dan juga HIV/AIDS

4.2.3. Meningkatkan screening dengan melakukan VCT untuk semua ibu hamil yang datang ANC ke fasilitas kesehatan

4.2.4. Dari segi fasilitas perlu mengembangkan CST (Care Support & Treatment); dan perlu menambah puskesmas dengan VCT, di daerah yang berisiko tinggi

4.2.5. Perlu menyediakan CD4 untuk anak-anak, karena sampai saat ini belum tersedia

4.2.6. Meningkatkan tenaga pelaksana yang terampil dan kompeten dengan melakukan pelatihan yang komprehensif dan berkesinambungan; dan menambah tenaga konselor dan pendampingan, dengan melakukan pelatihan

4.2.7. Membuat aturan yang jelas antara unit yang terkait dengan program HIV/AIDS dalam tugas dan fungsinya, sehingga program pelayanan dapat terkoordinasi dengan baik dan berkesinambungan; dan melakukan pertemuan koordinasi antar unit secara berkala, yang terkait dengan program HIV/AIDS

4.2.8. Meningkatkan kerjasama dengan pihak swasta atau donor untuk meningkatkan program pelayanan PMTCT, seperti pemberian PASI dan makanan tambahan kepada bayi dengan ibu HIV positif; sosialisasi, dan pendampingan

4.2.9. Meningkatkan Peran Serta Masyarakat (PSM) dalam mencegah penularan HIV/AIDS dengan melibatkan PKK, TOMA, TOGA, dan kelompok masyarakat yang peduli Aids dalam melakukan sosialisasi, dan pendampingan

4.2.10. Memperbaiki sistem rujukan, dengan menambah fungsi puskesmas sebagai puskesmas satelit.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. National Development Planning Bureau. 2007. Report on the Achievement of Millennium Development Goals Indonesia 2007
2. Hugo, Graeme. 2001. Mobilitas Penduduk dan HIV/AIDS di Indonesia. UNDP South East Asia HIV and Development Office, ILO, Indonesia, UNAIDS Indonesia. November 2001
3. Komisi Penanggulangan AIDS di Indonesia. 2007. Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia 2007 – 2010.
4. DepKes RI. Pedoman Tata Laksana Infeksi HIV pada Anak dan Terapi Antiretroviral di Indonesia.
5. Karina, SP, dkk. Memahami Pola Asuh pada Ibu yang Terinfeksi Human Immunodeficiency Virus. Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro.
6. Kemenkes RI. Laporan HIV-AIDS_Triwulan_IV_2011.
7. Depkes RI. 2008. Modul Pelatihan. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi. *Prevention of Mother to Child HIV Transmission.*

KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

SURAT KEPUTUSAN
KEPALA PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
NOMOR : HK.03.05/3/1/ 150 /2011

TENTANG

Pembentukan Tim Pelaksana Penelitian DIPA Tahun Anggaran 2011 Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

Menimbang :

1. Bahwa untuk melaksanakan kegiatan penelitian Tahun 2011 perlu dibentuk Tim Pelaksana Penelitian, Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
2. Bahwa mereka yang namanya tercantum dalam surat keputusan ini dipandang cukup cakap untuk melaksanakan penelitian tersebut.

Mengingat :

1. Undang-undang No.10 tahun 2010 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2011
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomer : 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.
3. Surat Pengesahan Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun Anggaran 2011 No. 0888/024-11.2.01/15/2011 tanggal 20 Desember 2010.
4. Surat Persetujuan Pelaksanaan Penelitian (SP3) Tahun 2011.

MENETAPKAN :

Pertama : Tim Pelaksana Penelitian sebagaimana tersebut dalam lampiran surat keputusan ini untuk melaksanakan kegiatan penelitian dalam lingkup Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

Kedua : Menugaskan Tim Pelaksana Penelitian untuk melaksanakan penelitian dengan judul **Kajian Implementasi Program Pencegahan Penularan HIV/ AIDS Dari Ibu Ke Anak**, seperti tersebut dalam Lampiran Keputusan ini sampai selesai dengan menyerahkan laporan kemajuan penelitian, laporan pelaksanaan penelitian dan laporan akhir hasil penelitian kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

Kantor : Jl. Indrapura 17 Surabaya 60176, Telp. Kepala (031)3522952, Opr. (031) 3528748, Fax. (031)3528749, (031) 3555901
Jl. Percetakan Negara 23 A Jakarta Telp. (021) 4243314, Fax. (021) 42871604, Email: pusathumaniora@yahoo.co.id

Ketiga : Kepada Tim Pelaksana Penelitian yang nama-namanya tersebut dalam Lampiran Surat Keputusan ini diberikan Honororarium yang terkait dengan output kegiatan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Keempat : Biaya untuk pelaksanaan penelitian dibebankan pada anggaran DIPA Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun 2011.

Kelima : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan tanggal 31 Desember 2011 dengan ketentuan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI : SURABAYA
PADA TANGGAL : 3 Januari 2011

Kepala

drg. Agus Suprapto, M.Kes.
NIP. 19640813 1991011 001

Tembusan Yth. :
1. Ketua Badan Pemeriksa Keuangan
2. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
3. Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan R.I
4. Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan R.I
5. Kepala Kantor Perbendaharaan dan Kas Negara, Surabaya
6. Masing-masing yang bersangkutan untuk dilaksanakan

KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

LAMPIRAN : SURAT KEPUTUSAN KEPALA PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
NOMOR : HK.03.05/3/1/ 150 /2011

JUDUL. PENELITIAN : KAJIAN IMPLEMENTASI PROGRAM PENCEGAHAN PENULARAN HIV / AIDS DARI IBU KE ANAK

TIM PENELITIAN :

1. Ingan Ukur Tarigan, SKM., M.Epid	:	Ketua Tim Pelaksana Penelitian
2. drg. Tati Suryati, MARS	:	Anggota Tim Peneliti
3. Endang Indriasih, SKM., M.Kes	:	Anggota Tim Peneliti
4. Rita Djupuri, DCN., M.Kes	:	Anggota Tim Peneliti
5. dr. Soewarta Kosen, MPH., Dr.PH	:	Anggota Tim Peneliti
6. dr. Tita Rosita	:	Anggota Tim Peneliti
7. dr. Retno Widyastuti	:	Anggota Tim Peneliti
8. Elfrida Purba Siboro	:	Pelaksana Administrasi

Ditetapkan di : Surabaya
Pada tanggal : 3 JANUARI 2011
Kepala,

drg. Agus Suprapto, M.Kes.
NIP. 19640813 1991011 001

Kantor : Jl. Indrapura 17 Surabaya 60176, Telp. Kepala (031)3522952, Opr. (031) 3528748, Fax. (031)3528749, (031) 3555901
Jl. Percetakan Negara 23 A Jakarta Telp. (021) 4243314, Fax. (021) 42871604, Email: pusathumaniora@yahoo.co.id

KEMENTERIAN KESEHATAN R.I
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

SURAT PERSETUJUAN PELAKSANAAN PENELITIAN
Nomor : LB.01.01/3/1/ 15 /2011

Persetujuan Pelaksanaan Penelitian ini diberikan atas dasar ketentuan-ketentuan yang diatur dalam pasal-pasal di bawah ini :

BAB I – IKHTISAR

1. Judul Penelitian : Kajian Implementasi Program Pencegahan Penularan HIV/AIDS Dari Ibu Ke Anak
2. Maksud dan Tujuan :
   Tujuan Umum :
   Menilai input, implementasi (proses), dan hasil kebijakan program pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak
   Tujuan Khusus :
   1. Melakukan Review Literatur mengenai kebijakan dan program implementasi pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak (nasional dan internasional).
   2. Mengidentifikasi sarana dan prasarana pelayanan kesehtan untuk merawat ibu dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS.
   3. Mengidentifikasi fasilitas dan kuantitas tenaga teknis (jumlah, jenis, kompetensi) dalam merawat ibu dan anak yang terinfeksi HIV/AIDS.
   4. Mengetahui implementasi kebijakan HIV/AIDS (metode pelayanan konseling, testing sukarela) di saran pelayanan kesehatan.
   5. Mengidentifikasi biaya (sumber biaya, kecukupan, dan kesinambungan) yang di gunakan dalam program pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak.
3. Ketua Pelaksana : Ingan Ukur Tarigan,SKM.,M.Epid (NIP 196710041993032001)
4. Waktu Pelaksanaan : Pebruari s/d Nopember 2011

BAB II- BIAYA

1. Biaya yang disediakan untuk penelitian ini dibebankan pada DIPA Pusat Humaniora,Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat tahun Anggaran 2011.
2. Biaya tersebut dirinci dalam pos pengeluaran sebagai berikut :

- Uang Honor yang terkait dengan output kegiatan	Rp. 48.630.000
- Belanja Jasa Profesi	Rp. 10.100.000
- Belanja Bahan	Rp. 15.212.000
- Belanja Non Operasioanal	Rp. 49.923.000
- Belanja Perjalanan	Rp 116.190.500
Jumlah seluruhnya	Rp.240.055.000

3. Penyediaan biaya untuk keperluan penelitian dimaksud akan diberikan sesuai rencana dan prosedur dalam Juknis DIPA 2011 secara bertahap dan merupakan uang-uang yang harus dipertanggungjawabkan oleh Ketua Pelaksana.
4. Cara pertanggungjawaban harus sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Setiap perubahan penggunaan anggaran harus terlebih dahulu mendapat persetujuan tertulis dari Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

Kantor : Jl. Indrapura 17 Surabaya 60176, Telp. Kepala (031)3522952, Opr. (031) 3528748, Fax. (031)3528749, (031) 3555901
Jl. Percetakan Negara 23 A Jakarta Telp. (021) 4243314, Fax. (021) 42871604, Email: pusathumaniora@yahoo.co.id

BAB III– PELAKSANAAN

1. Ketua Pelaksana berkewajiban mengajukan nama-nama peneliti dan petugas lainnya yang akan membantu pelaksanaan penelitian disertai penjelasan tentang tugas setiap pelaksanaan penelitian untuk ditetapkan dengan segera dalam Surat Keputusan. Surat Persetujuan Pelaksanaan Penelitian yang telah ditandatangani sebagai dasar pengeluaran biaya.
2. Ketua Pelaksana wajib menyusun dengan segera Protokol Penelitian lengkap yang menjelaskan seluruh aspek penelitian untuk digunakan sebagai pegangan dalam pelaksanaan penelitian dengan lampiran jadwal kegiatan penelitian secara rinci dan kebutuhan biaya per bulan. Protokol dikirim kepada Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
3. Mengenai pelaksanaan pembiayaan diatur sebagai berikut :
   a. Ketua Pelaksana mengajukan Surat Permintaan Pembayaran Kepada Kuasa Pengguna Anggaran atau Pembuat Komitmen
   b. Kuasa Pengguna Anggaran atau Pembuat Komitmen Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat memberikan persetujuan pembayaran setelah persyaratan yang dikaitkan dengan mengajukan Surat Permintaan Pembayaran dipenuhi dan adanya laporan kegiatan, serta pertanggungjawaban keuangan.

BAB IV – PENGAWASAN

1. Pembinaan teknis dan administratif serta pengawasan terhadap pelaksanaan penelitian ini dilakukan oleh Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
2. Pembinaan teknis dan administratif serta pengawasan dilakukannya secara terus-menerus dan Ketua Pelaksana wajib memberikan keterangan-keterangan yang diminta.
3. Apabila dipandang perlu Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat dapat melakukan atau menunjuk pejabat lain untuk melakukan pengawasan.

BAB V – LAPORAN

1. Porsekot Kerja dipertanggungjawabkan selambat-lambatnya 2 minggu sejak porsekot kerja diterima.
2. Ketua Pelaksana Penelitian wajib memberikan laporan penggunaan uang beserta tanda bukti yang sah untuk setiap bulan dan harus diterima oleh Pembuat Komitmen Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya.
3. Ketua Pelaksana Penelitian wajib memberikan laporan kemajuan penelitian setiap triwulan sesuai dengan ketentuan pelaporan dan diterima oleh Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya setelah triwulan bersangkutan berakhir.
4. Ketua Pelaksana Penelitian wajib membuat dan menyampaikan laporan akhir penelitian sesuai saran dan petunjuk PPI sebanyak 50 (lima puluh) copy kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat paling lambat tanggal 19 Desember 2011.

BAB VI– PERSYARATAN LAIN

1. Segala penemuan dan hasil penelitian ini menjadi milik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
2. Hasil penelitian ini harus diterbitkan di dalam " Buletin Penelitian Kesehatan ". Apabila naskah ilmiah hendak diajukan ke majalah lain, atau suatu pertemuan ilmiah supaya terlebih dahulu diminta persetujuan dari Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

BAB VII – SANKSI

1. Apabila protokol penelitian, laporan penggunaan uang, laporan kemajuan penelitian tidak masuk pada waktunya, maka akan diberikan teguran tertulis melalui atasannya dan tidak akan diberikan uang kegiatan berikutnya.
2. Apabila Ketua Pelaksana belum menyelesaikan laporan akhir penelitian maka akan dipertimbangkan untuk tidak menjadi Ketua Pelaksana dalam penelitian lain ataupun kegiatan ilmiah lainnya.
3. Apabila seorang peneliti menerbitkan hasil penelitian milik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di luar Buletin Penelitian Kesehatan tanpa seizin Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, maka kepada yang bersangkutan akan diadakan teguran tertulis melalui atasannya.
4. Apabila seorang peneliti membawakan hasil penelitian yang belum memperoleh persetujuan Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat di dalam suatu pertemuan yang bersifat umum, maka kepada yang bersangkutan akan diadakan teguran tertulis melalui atasannya.
5. Apabila terjadi penyalahgunaan anggaran dalam kegiatan penelitian ini, maka akibat yang timbul menjadi tanggung jawab Ketua Pelaksana Penelitian.

BAB VIII – KETENTUAN PENUTUP

Apabila penyelesaian penelitian ini tidak dapat dilaksanakan pada waktunya karena sesuatu hal yang berada di luar Kekuasaan Ketua Pelaksana, maka Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat dapat meninjau kembali.

Surabaya, 5 Januari 2011

Ketua Pelaksana,

Ingan Ukur Tarigan, SKM., M.Epid.
NIP. 196710041993032001

Mengetahui dan menyetujui :
Kepala,

KEMENTERIAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA KEBIJAKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
SURABAYA
BADAN LITBANG KESEHATAN

drg. Agus Suprapto, M.Kes
NIP 196408131991011001

Kantor : Jl. Indrapura 17 Surabaya 60176, Telp. Kepala (031)3522952, Opr. (031) 3528748, Fax. (031)3528749, (031) 3555901
Jl. Percetakan Negara 23 A Jakarta Telp. (021) 4243314, Fax. (021) 42871604, Email: pusathumaniora@yahoo.co.id