

**ANALISIS KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI  
PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT  
HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE  
TAHUN 2019**

**TESIS**

Oleh

**NELLY ARISANDI  
16020111332**



**PROGRAMSTUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA  
MEDAN  
2019**

**ANALISIS KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI  
PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT  
HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE  
TAHUN 2019**

**TESIS**

**Diajukan sebagai Salah Satu Syarat  
untuk Memeroleh Gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.K.M)  
pada Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Minat Studi Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia**

**Oleh**

**Nelly Arisandi  
1602011332**



**PROGRAMSTUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA  
MEDAN  
2019**

**PENGESAHAN TESIS**

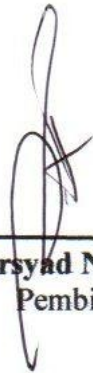
**ANALISIS KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI  
PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT  
HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE  
TAHUN 2019**

Disusun dan Diajukan Oleh

**NELLY ARISANDI**

Nomor Induk Mahasiswa: 1602011332

Menyetujui  
Komisi Penasehat,



---

**Dr. Tarsyad Nugraha, M.Kes**  
Pembimbing I




---

**Dr. dr. Razia Begum Suroyo, M.Sc., M.Kes**  
Pembimbing II

Mengetahui,  
Ketua Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dekan  
Fakultas Kesehatan Masyarakat

9/12



---

**Iman Muhammad, S.E., S.Kom., M.M., M.Kes**



---

**Dr. Asriwati, S.Kep, Ns, S.Pd, M.Kes**

**Telah diuji pada Tanggal : November 2019**

---

---

---

**PANITIA PENGUJI TESIS**

**Ketua : Dr. Tarsyad Nugraha, M.Kes**  
**Anggota : 1. Dr. dr. Razia Begum Suroyo, M.Sc., M.Kes**  
**2. Prof. Dr, dr. Thomson P Nadapdap, M.Kep., Epid**  
**3. Dr. Anto., SKM., M.Kes., M.M**

## LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Tesis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister Kesehatan Masyarakat (M.K.M.), di Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia.
2. Tesis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan tim pembimbing dan masukan tim penelaah/tim penguji.
3. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Medan, .....

..... yang membuat pernyataan,



**Nelly Arisandi**

NIM : 1602011332



## LEMBAR PERNYATAAN PUBLIKASI

Sebagai sivitas akademika Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Mahasiswa : Nelly Arisandi  
NIM : 1602011332  
Program Studi : S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Fakultas Kesehatan Masyarakat Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non Exslusive Royalti Free Right*) atas tesis saya yang berjudul :

### **FAKTOR YANG MEMENGARUHI KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE TAHUN 2019**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan) dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan berhak menyimpan, mengalih media format, mengelolah dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasi tesis saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis, pencipta dan sebagai Pemilik Hak Cipta.

Demikian persyaratan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Medan  
Pada tanggal : Juli 2019

yang menyatakan,  
  
Nelly Arisandi)



## **ABSTRAK**

### **FAKTOR YANG MEMENGARUHI KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE TAHUN 2019**

**NELLY ARISANDI  
1602011332**

Kasus HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue tahun 2018 mencapai 23 orang. Upaya penanggulangan penyakit HIV/AIDS oleh Dinas Kesehatan sampai ke Fasilitas Kesehatan Dasar sudah dilakukan. Upaya yang telah dilakukan tersebut kurang berjalan optimal. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis faktor yang memengaruhi kurang efektifnya implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019.

Jenis penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Informan penelitian terdiri dari 4 informan kunci yaitu Kepala Puskesmas Simeulue Timur, dokter Puskesmas Simeulue Timur, penanggung jawab program HIV/AIDS Dinas Kesehatan dan penanggung jawab program HIV/AIDS Puskesmas Simeulue Timur dan 3 informan utama pasien ODHA. Data dianalisis menggunakan analisis deskriptif kualitatif melalui tahapan reduksi data, penyajian dan penarikan kesimpulan.

Hasil penelitian menunjukkan input dalam Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue dari aspek sumber daya manusia (SDM) belum sesuai dengan kebutuhan, dari pendanaan untuk program HIV/AIDS sudah tersedia namun belum mencukupi dan sarana prasarana masih didukung dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan.

Dari Proses aspek koordinasi dan kemitraan khusus antara puskesmas dengan lintas sektoral dalam melakukan penanggulangan HIV-AIDS ini belum terwujud, peran aktif komunitas ODHA belum ada, layanan terintegrasi dan terdesentralisasi hanya berupa skrining terbatas pada ibu hamil, obat masih belum tersedia di Puskesmas Simeulue Timur dan RSUD Simeulue, paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan belum terlaksana maksimal.

KPA di Kabupaten Simeulue sudah terbentuk tetapi tidak berjalan. Output penelitian dimana tatanan jejaring layanan HIV/IMS hingga ke tingkat puskesmas belum terwujud karena belum didukung peran lintas sektoral dan mitra kerja, dana serta sarana prasarana.

**Kata Kunci : Faktor yang memengaruhi, implementasi, penanggulangan  
HIV-AIDS**

## ABSTRACT

### **THE INFLUENCE FACTORS ON THE LACK OF EFFECTIVE IMPLEMENTATION OF HIV/AIDS DISEASE PREVENTION PROGRAMS AT SIMEULUE REGENCY IN 2019**

**NELLY ARISANDI**  
1602011332

*HIV/AIDS cases in Simeulue Regency in 2018 reached 23 people. Efforts to tackle HIV / AIDS by the Health Office to the Basic Health Facility have been carried out. This study aims to analyze the factors that influence the lack of effective implementation of HIV/AIDS prevention programs at Simeulue Regency in 2019.*

*The research type used qualitative with phenomenological approach. The research informants were 4; the Head and the doctor of the Health Center, the person in charge of the HIV/AIDS program of the Health Office and the person responsible for the East Simeulue Health Center HIV/AIDS program and the 3 main informants of PLHIV patients. Data were analyzed using qualitative descriptive analysis through data reduction, presentation and drawing conclusion.*

*The results showed the input in implementation of HIV/AIDS Disease Management Program from the aspect of human resources was not yet in accordance with the needs, from funding for the HIV/AIDS program it was available but not sufficient and infrastructure was still supported by the Provincial Health Office and Ministry of Health.*

*The conclusion shows that KPA in Simeulue District has been formed but is not working. Research output where the structure of HIV/STI service networks up to the Health Center level has not been realized because it has not been supported by cross-sectoral roles and partners, funds and infrastructure.*

**Keywords: Influence Factors, Implementation, Prevention of HIV/AIDS**

The Legitimate Right by:  
  
Helvetic Language Center



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan anugerah-Nya yang berlimpah sehingga peneliti dapat menyelesaikan prososal ini yang berjudul **“Faktor yang Memengaruhi Kurang Efektifnya Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019”**.

Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.K.M) pada Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Minat Studi Ilmu Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini tidak dapat diselesaikan tanpa bantuan berbagai pihak, baik dukungan moril, materil dan sumbangan pemikiran. Untuk itu, peneliti mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Ismail Efendi, M.Si, selaku Rektor Institut Kesehatan Helvetia Medan.
2. Dr. Asriwati, S.Kep, Ns, S.Pd, M.Kes, Selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan.
3. Iman Muhammad, SE, S.Kom, M.M, M.Kes, selaku Ketua Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan, selaku Penguji III yang telah memberikan saran dan arahan untuk kesempurnaan tesis ini..
4. Dr. Tarsyad Nugraha, M.Kes, selaku Ketua Penguji yang telah memberikan saran dan bimbingan untuk kesempurnaan tesis ini.

5. Prof. Dr. dr. Thomsop P. Nadapdap, M.Kes. Epid, selaku Penguji II yang telah memberikan saran dan arahan untuk kesempurnaan tesis ini.
6. Kepada Kepala Dinas Kabupaten Simuelue yang telah memberikan izin penelitian dan telah membantu dalam memfasilitas serta memperlancar dalam proses penelitian.
7. Seluruh Dosen Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah mendidik dan mengajarkan berbagai ilmu yang bermanfaat bagi peneliti.
8. Teristimewa kepada orangtua, suami dan anak tercinta yang telah memberikan dorongan dan motivasi selama peneliti mengikuti pendidikan Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan.
9. Semua pihak yang telah membantu dan mendorong baik secara langsung ataupun tidak langsung dalam penyelesaian tesis ini.

Peneliti berharap agar tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Akhir kata, semoga kita semua selalu berada dalam lindungannya.

Medan, Juli 2019

Peneliti,

**Nelly Arisandi**

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iii</b>
<b>RIWAYAT HIDUP</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	10
1.3. Tujuan Penelitian .....	10
1.3.1. Tujuan Umum .....	10
1.3.2. Tujuan Khusus .....	11
1.4. Manfaat Penelitian .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Peneliti Terdahulu .....	14
2.2. Telaah Penelitian .....	20
2.2.1. HIV/AIDS .....	20
2.2.2. Etiologi dan Perjalanan Infeksi HIV/AIDS .....	21
2.2.3. Masa Inkubasi .....	25
2.2.4. Klasifikasi HIV/AIDS .....	26
2.2.5. Penularan HIV/AIDS .....	28
2.2.6. Strategi Penanggulangan AIDS .....	31
2.2.7. Penguatan Sistem Kesehatan Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS .....	36
2.2.8. Jenis-jenis Layanan dalam Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB) .....	39
2.2.9. Unsur Utama Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan .....	46
2.2.10. Monitoring dan Evaluasi Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS .....	50
2.2.11. Strategi Pemerintah Terkait dengan Program Pengendalian HIV-AIDS dan IMS .....	57
2.2.12. Peran dan Tanggung Jawab Pemerintah dan Masyarakat .....	60
2.3. Kerangka Teori .....	64
2.4. Kerangka Pikir .....	65

<b>BAB III</b>	<b>METODE PENELITIAN</b>	
3.1.	Desain Penelitian .....	66
3.2.	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	66
3.2.1.	Lokasi Penelitian .....	66
3.2.2.	Waktu Penelitian .....	66
3.3.	Informan Penelitian .....	67
3.4.	Defenisi Operasional .....	68
3.5.	Metode Pengumpulan Data .....	70
3.5.1.	Jenis Data .....	70
3.5.2.	Teknik Pengumpulan Data .....	71
3.6.	Teknik Keabsahan Data .....	72
3.7.	Teknik Analisa Data .....	73
<b>BAB IV</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	
4.1.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	76
4.1.1.	Geografis .....	76
4.1.2.	Sosial Budaya .....	76
4.1.3.	Kependudukan .....	78
4.1.4.	Kesehatan .....	78
4.1.5.	Sarana Pendidikan .....	78
4.2.	Gambaran Faktor yang Mempengaruhi Kurang Efektifnya Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue .....	79
4.2.1.	Gambaran Umum Proses Penelitian .....	80
4.2.2.	Karakteristik Informan Kunci .....	81
4.2.3.	Karakteristik Informan Utama .....	82
4.3.	Gambaran hasil Wawancara Informan Utama .....	85
4.4.	Hasil Wawancara Informan Kunci .....	96
4.5.	Implikasi Penelitian .....	102
4.6.	Keterbatasan Penelitian .....	103
<b>BAB V</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
5.1.	Input dalam Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019 .	105
5.2.	Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019 .....	109
5.3.	Output dari Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019 .	116
<b>BAB VI</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
6.1.	Kesimpulan .....	119
6.2.	Saran .....	122
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....		<b>123</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....		<b>125</b>

## DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
2.1.	Kerangka Teori Penelitian.....	64
2.2.	Kerangka Pikir.....	65



## DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
2.1.	Kerangka Kerja Monitoring dan Evaluasi.....	50
4.1.	Karakteristik Informan Utama .....	84
4.2.	Awal Mula Menderita HIV/AIDS .....	85
4.3.	Pelayanan Kesehatan Setelah Menderita HIV/AIDS .....	86
4.4.	Pelaksanaan Skrining TB-HIV, Terapi ARV, Konseling dan Tes HIV .....	87
4.5.	Pengetahuan tentang Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS .....	89
4.6.	Keterlibatan dalam Penanggulangan HIV/AIDS .....	90
4.7.	Pemahaman tentang Paket Layanan HIV Komprehensif Puskesmas .....	91
4.8.	Kebutuhan SDM dalam Mendukung Program Penanggulangan HIV/AIDS .....	92
4.9.	Kecukupan Dana dalam Mendukung Program Penanggulangan HIV/AIDS .....	93
4.10.	Ketersediaan Sarana dan Prasarana dalam Penanggulangan Program Penanggulangan HIV/AIDS .....	94
4.11.	Koordinasi dan Kemitraan Pemangku Kepentingan di Setiap Lini .....	95
4.12.	Peran Aktif Komunitas Termasuk ODHA dan Keluarga.....	97
4.13.	Layanan Terintegrasi dan Terdesentralisasi sesuai Kondisi Setempat.....	98
4.14.	Paket Layanan HIV Komprehensif yang Berkesinambungan.....	99
4.15.	Sistem Rujukan dan Jejaring Kerja .....	100
4.16.	Dalam Pelaksanaan Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS .....	101
4.17.	Saran Perbaikan Pelaksanaan Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS .....	101

## DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul	Halaman
1.	Lembar Persetujuan Responden .....	125
2.	Pedoman Wawancara .....	126
3.	Transkrip Wawancara.....	129
4.	Dokumentasi.....	150
5.	Surat Izin Penelitian dari Institut Kesehatan Helvetia Medan .....	153
6.	Surat Balasan Selesai Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue .....	154
7.	Lembar Konsultasi .....	155

## **DOKUMENTASI PENELITIAN**

<b>Nomor</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
1.	Wawancara dengan ODHA .....	154
2.	Wawancara dengan tenaga kesehatan .....	155

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Kesehatan merupakan hak asasi manusia, setiap orang mempunyai hak untuk hidup layak, baik kesehatan pribadi maupun keluarga. Salah satu penyakit yang dapat mengancam kesehatan seseorang dan menjadi perhatian pemerintah adalah penyakit *Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)*. *Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)* adalah sekumpulan gejala penyakit yang disebabkan menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi HIV yang menyerang sel darah putih manusia (1). Penderita HIV/AIDS akan berkurang kekebalan tubuhnya dan rentan terkena infeksi oportunistik. Penyebaran HIV/AIDS melalui hubungan seks bebas, transfusi darah, jarum suntik yang terkontaminasi dan kontak lain dengan cairan tubuh (2).

Penyakit HIV/AIDS merupakan suatu penyakit yang terus berkembang dan menjadi masalah global karena pola penyakitnya yang hampir terjadi di semua negara. Berdasarkan case report UNAIDS (*United Nations Programme on HIV/AIDS*) dan WHO (*World Health Organization*) tahun 2017 jumlah orang yang hidup dengan HIV di dunia sampai akhir tahun 2017 terdapat 36.9 juta orang dan kematian akibat AIDS diperkirakan sebanyak 1,1 juta orang di seluruh dunia. Negara-negara Afrika mencapai 25,7 juta, Amerika 3,4 juta, Eropa 2,3 juta, Pasifik Barat 1,5 juta dan Asia Tenggara 3,5 juta (3).

Jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia yang dilaporkan pada triwulan IV terhitung bulan Oktober sampai dengan Desember 2017 oleh Ditjen PP dan PL Kemenkes RI adalah 32,711 kasus HIV dan 7,864 kasus AIDS. Berdasarkan laporan Ditjen PP dan PL Kemenkes RI, persentase kumulatif kasus AIDS tertinggi pada kelompok umur 20-29 tahun (31,5%), kemudian diikuti kelompok umur 30-39 tahun (29,6%), 40-49 tahun (12%). Persentase AIDS pada laki-laki sebanyak 55% dan perempuan 31% (4). Jumlahnya pun terus meningkat sampai sekarang. Jumlah pengidap terus bertambah setiap tahun di Indonesia. Keadaan ini adalah tantangan berat untuk mencapai tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) hingga tahun 2030 (5).

Masalah penularan HIV/AIDS di Indonesia harus diwaspadai. Hal ini merupakan ancaman terhadap pembangunan dan kehidupan bangsa Indonesia. Angka kematian kasar (terutama dari kelompok usia produktif) akan meningkat, harapan hidup akan menurun. Jumlah dan produktifitas tenaga kerja akan menurun dengan dratis, yang secara langsung memengaruhi produktifitas dan pendapatan nasional. Biaya kesehatan (langsung dan tidak langsung), serta anggaran yang dibutuhkan untuk kesejahteraan sosial (keluarga yang kehilangan mata pencaharian, anak-anak yatim piatu) sebagai dampak AIDS akan sangat meningkat (6).

Dalam data Direktorat Jenderal (Ditjen) Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI tahun 2016 hingga trimester kedua 2017, jumlah pengidap laki-laki lebih banyak dari pada perempuan. Kedua tahun menunjukkan, jumlah pengidap laki-laki hampir



mencapai 65 persen dari jumlah keseluruhan. Hingga Juni 2017, P2PL Kemenkes RI mencatat jumlah pengidap HIV banyak berkumpul di provinsi besar Indonesia. Terbanyak adalah provinsi DKI Jakarta dengan 48.502 orang, disusul oleh Jawa Timur 35.168 orang, Papua 27.052 orang, Jawa Barat 26.066 orang, Jawa Tengah 19,272 orang, serta Bali 15.873 orang (5). Menurut Kementerian Kesehatan tahun 2017 telah melakukan pemeriksaan sebanyak 7,5 juta orang, tahun 2018 ditargetkan meningkat dengan melakukan pemeriksaan kurang lebih 10 juta orang. Pada 2020 mendatang kurang lebih 20 juta populasi Indonesia yang berhasil di melakukan tes (7).

Fenomena gunung es menjadi analogi yang sering digunakan untuk menggambarkan masalah mengenai HIV/AIDS. Layaknya gunung es, penderita HIV/AIDS yang terlihat di atas permukaan air lebih sedikit dibandingkan dengan yang berada di bawah permukaan air. Artinya jumlah kasus atau penderita HIV/AIDS yang diketahui oleh pemerintah belum terdata secara keseluruhan karena hingga saat ini pemerintah kesulitan untuk mendapatkan data yang akurat tentang penderita HIV/AIDS. Selain kesulitan mendapatkan data yang akurat, hingga saat ini pun belum ditemukan obat maupun vaksin yang bisa menyembuhkan penyakit ini. Oleh karena itu, diperlukan peran penting dari pemerintah dalam melakukan penanggulangan HIV/AIDS. Peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS dari tahun ke tahun perlu memperhatikan pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS yang dilakukan pemerintah sangat penting dilakukan mengingat belum adanya kesamaan cara pandang dalam merespons masalah HIV/AIDS, keterbatasan anggaran, belum optimalnya mekanisme koordinasi

dalam perencanaan, hingga kurangnya fokus pemerintah baik pusat maupun daerah untuk memprioritaskan masalah HIV/AIDS untuk itu diperlukan kerja sama dari berbagai pihak karena jika hal ini terus berlanjut, maka tidak menjamin jumlah kasus HIV/AIDS akan menurun (8).

Penyebaran HIV/AIDS, keberadaan pengidap HIV/AIDS, bukan semata mata masalah kesehatan, tetapi mempunyai implikasi politik, ekonomi, sosial, etis, agama dan hukum bahkan dampak secara nyata, cepat atau lambat menyentuh semua aspek kehidupan bangsa dan negara. Hal ini mengancam upaya bangsa untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Masalah AIDS bukanlah masalah kesehatan semata akan tetapi telah menjadi masalah sosial yang sangat kompleks. Upaya pencegahan dan penanggulangan memerlukan berbagai pendekatan dan diselenggarakan oleh berbagai pihak. Peran utama dijalankan oleh masyarakat dengan arahan dan pembinaan oleh sektor-sektor pemerintah. Pemerintah berperan sebagai pemimpin upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS baik di pusat maupun di daerah. Banyaknya pemangku kepentingan yang menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS ini mengharuskan adanya koordinasi yang baik sejak perencanaan sampai evaluasinya (6).

Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dibentuk dalam rangka meningkatkan upaya pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS, dimana dianggap perlu dilakukan langkah-langkah strategis untuk menjaga kelangsungan penanggulangan AIDS dan menghindari dampak yang lebih besar di bidang kesehatan, sosial, politik dan ekonomi serta dalam rangka meningkatkan

efektivitas koordinasi penanggulangan AIDS sehingga lebih intensif, menyeluruh dan terpadu. Untuk menghadapi epidemi tersebut, perlu dilakukan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS yang lebih intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi untuk menghasilkan program yang cakupannya tinggi, efektif dan berkelanjutan. Kebijakan program seperti ini sangat memerlukan peran aktif banyak pihak, baik pemerintah maupun masyarakat termasuk mereka yang terinfeksi dan terdampak sehingga keseluruhan upaya penanggulangan HIV/AIDS dapat dilakukan dengan sebaik-baiknya (9).

Surveilans dalam program KPA bertujuan untuk pemantauan dan menjangkau penderita HIV/AIDS. Kegiatan surveilans HIV/AIDS meliputi pelaporan kasus HIV, pelaporan kasus AIDS, sero surveilans sentinel HIV dan sifilis, surveilans IMS, surveilans HIV berbasis layanan Konseling dan Tes HIV, surveilans terpadu biologis dan perilaku, survei cepat perilaku dan kegiatan pemantauan resistensi ARV (10).

Untuk mendukung program penanggulangan HIV/AIDS, maka peran masing-masing lintas program dan sektoral penting untuk menciptakan tim yang solid dalam mengefektifkan kegiatan di lapangan. KPA melakukan pertemuan dan koordinasi dengan instansi terkait seperti pihak rumah sakit, puskesmas, Komisi Penanggulangan AIDS, LSM, LAPAS, jaringan ODHA, SKPD terkait (Dinas Sosial, Dinas Pariwisata, Kesbangpol, Dinas Pendidikan, Satpol PP, dll) dan kelompok risiko tinggi. Peran lintas program dan sektoral mendukung program penanggulangan HIV/AIDS di daerah (11).

Upaya untuk penanggulangan sangat diperlukan Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB). Salah satu tujuan utama dari LKB adalah meningkatkan akses dan cakupan terhadap upaya promosi, pencegahan, dan pengobatan HIV & IMS serta rehabilitasi yang berkualitas dengan memperluas jejaring layanan hingga ke tingkat puskesmas, termasuk layanan untuk populasi kunci. Ketidaksiapan penyedia layanan dan lemahnya keterlibatan serta kepemilikan dari pemangku kepentingan LKB disebabkan karena masih rendahnya komitmen pemerintah daerah serta pemahaman terhadap pendekatan LKB yang tidak tepat (9).

Data kasus HIV/AIDS Provinsi Aceh pada tahun 2016 yaitu 97 orang terdiri dari kasus HIV 35 orang dan AIDS 62 orang dan tahun 2017 137 orang terdiri dari kasus HIV yaitu 55 orang dan AIDS yaitu 82 orang. serta sampai bulan juni 2018 terdapat 718 kasus HIV/AIDS di Aceh. Dari data tersebut terjadi peningkatan kasus HIV/AIDS secara signifikan di Provinsi Aceh dari tahun 2016 sampai tahun 2018.

Provinsi Aceh yang terdiri dari 23 Kabupaten/Kota, di mana kabupaten yang terletak di kepulauan adalah Kabupaten Simeulue dan Kota Sabang memiliki akses atau pintu masuk yang cukup sulit dibandingkan kabupaten/kota lainnya karena harus melalui transportasi laut/udara. Kabupaten Simeulue mayoritas penduduknya beragama Islam dan bersuku Aceh sehingga norma atau budaya atau kebiasaan adat-adat istiadat masih kuat di masyarakat. Namun peningkatan kasus HIV/AIDS cukup tinggi tahun 2018 mencapai 23 orang dibandingkan dengan

Kota Sabang juga pemerintahannya terletak di kepulauan dengan jumlah kasus 16 orang.

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue kasus HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue tahun 2017 yaitu 18 kasus. Pada bulan Januari sampai Juni tahun 2018 kasus HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue bertambah menjadi 23 kasus. Puskesmas Simeulue Timur merupakan Puskesmas yang memiliki kasus tertinggi HIV/AIDS dari puskesmas yang ada di Kabupaten Simeulue yaitu Juni tahun 2018 terdapat 11 kasus dan Puskesmas Teupah Barat terdapat kasus HIV/AIDS terendah di Kabupaten Simeulue Juni tahun 2018 yaitu 1 kasus. Tingginya kasus HIV/AIDS di Puskesmas Simeulue menjadi alasan peneliti melakukan penelitian yang juga letaknya berdekatan dengan RSUD Simeulue sehingga masyarakat mudah memanfaatkan pelayanan kesehatan jika di rujuk ke rumah sakit. Selain itu, wilayah puskesmas tersebut memiliki jumlah penduduk lebih banyak dari puskesmas lainnya.

Penemuan kasus HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue umumnya ditemukan melalui Laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue dengan kondisi umum pasien sudah menunjukkan gejala AIDS. Rendahnya pemahaman masyarakat tentang penyakit HIV/AIDS menimbulkan masalah sehingga ODHA di diskriminasi oleh masyarakat. Penyuluhan dan sosialisasi terus dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue kepada masyarakat, anak sekolah SMP/MTsN, SMU/MA dan Kepala Desa serta tokoh Agama berkolaborasi dengan program Tuberkulosis Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue. *Screening test* terhadap ibu hamil, *screening test* pada Lembaga Kemasyarakatan Kabupaten



Simeulue juga terus dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue sampai dengan saat ini untuk menjaringan penderita HIV/AIDS, namun seiring waktu kasus HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue terus bertambah.

Upaya penanggulangan penyakit HIV/AIDS oleh Dinas Kesehatan sampai ke Fasilitas Kesehatan Dasar dalam penanggulangan penyakit HIV/AIDS sudah dilakukan. Menurut wawancara singkat peneliti terhadap penanggung jawab program penanggulangan penyakit HIV/AIDS bahwa program HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue sudah berjalan sejak ditemukannya kasus HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue yaitu pada tahun 2007.

Upaya yang telah dilakukan tersebut kurang berjalan optimal karena SK tim penanggulangan penyakit HIV/AIDS yang sudah dilatih di Kabupaten Simeulue tidak direvisi sehingga anggota tim belum dapat bekerja secara maksimal, ruang *Voluntary Counselling Testing* (VCT) yang merupakan tempat konseling dan tes HIV/AIDS untuk masyarakat sampai saat ini tidak tersedia di Kabupaten Simeulue sehingga tim tidak dapat bekerja dengan baik sesuai dengan tugas dan fungsinya, kurangnya tenaga kesehatan serta sarana prasarana yang mendukung dalam menjalankan program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue menghambat pelaksanaan program HIV/AIDS. Keterlibatan pemangku kepentingan yang belum optimal memerlukan komitmen dan keterlibatan yang jelas dari pihak yang terlibat dalam menjalankan program penanggulangan penyakit HIV/AIDS agar pelayanan komprehensif berkesinambungan kasus HIV/AIDS terutama di Puskesmas Simeulue Timur terlaksana dengan baik.

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti di Puskesmas Simeulue Timur diperoleh bahwa pelaksanaan forum koordinasi penanggulangan penyakit HIV/AIDS secara berkala belum berjalan secara efektif menyebabkan peran masyarakat, LSM, ormas dan lainnya bersifat pasif. Hal ini disebabkan pemangku jabatan terutama KPA Simeulue kurang aktif mengelola program penanggulangan HIV/AIDS.

Keterlibatan ODHA dalam mendukung program LKB belum maksimal sehingga ODHA tidak dilibatkan dalam perencanaan, penyelenggaraan layanan dan evaluasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di puskesmas. Pelaksanaan layanan dan cakupan pelayanan skrining TB-HIV, terapi ARV, konseling dan tes HIV sudah baik di Puskesmas Simeulue Timur. Namun mereka tidak berusaha menjangkau penderita HIV/AIDS di luar puskesmas seperti penyebaran kondon/leaflet/brosur, penyuluhan ke masyarakat tidak rutin disebabkan dana terbatas sehingga puskesmas bersifat pasif dalam meningkatkan cakupan penderita HIV/AIDS.

Puskesmas Simeulue Timur belum membuat kerangka kerja terkait jejaring kerja untuk mensukseskan program penanggulangan HIV/AIDS sehingga tidak melibatkan unsur terkait seperti kepolisian, pihak rumah sakit, LSM, ormas, komunitas ODHA. Keterbatasan dana menjadikan terhalangnya pelaksanaan program-program HIV/AIDS seperti sosialisasi ke masyarakat terkait bahaya pelecehan, pengucilan, dan diskriminasi penderita HIV/AIDS tidak efektif. Paket layanan HIV secara komprehensif dan berkesinambungan di Puskesmas Simeulue Timur yang didalamnya meliputi pemberian ARV bagi ODHA yang

bertujuan untuk mengurangi penularan, mencegah penyakit lanjutan dan meningkatkan kualitas hidup ODHA belum terlaksana secara maksimal.

Hal inilah yang menyebabkan Puskesmas Simeulue belum memberikan layanan komprehensif berkesinambungan dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS di masyarakat.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti ingin mengkaji tentang faktor yang memengaruhi kurang efektifnya implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Perumusan masalah itu merupakan suatu pertanyaan yang akan dicarikan jawabannya melalui pengumpulan data (10). Penularan HIV/AIDS perlu segera ditangani mengingat implikasi negatif tidak hanya pada kesehatan masyarakat saja tetapi juga pada bidang sosial, ekonomi, dan politik sehingga ikut andil menjadi penghambat pembangunan yang kompleks di Kabupaten Simeulue. Berdasarkan latar belakang dan permasalahan yang dipaparkan di atas, maka yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah apa saja faktor yang memengaruhi kurang efektifnya implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019.

## **1.3. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini terdiri dari tujuan umum dan khusus yaitu:

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Tujuan penelitian dalam penelitian adalah untuk menganalisis faktor yang memengaruhi kurang efektifnya implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian adalah:

1. Untuk mengidentifikasi *input* (tenaga kesehatan, dana dan sarana/prasarana) program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019.
2. Untuk mengidentifikasi proses (koordinasi dan kemitraan dengan semua pemangku kepentingan di setiap lini, peran aktif komunitas ODHA, layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat, paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan, sistem rujukan dan jejaring kerja dan akses layanan terjamin) program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019.
3. Untuk mengidentifikasi *output* (terjalannya tatanan jejaring layanan HIV/IMS hingga ke tingkat puskesmas dalam peningkatan cakupan dan kualitas layanan) program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian merupakan dampak dari pencapaiannya tujuan. Seandainya dalam penelitian, tujuan dapat tercapai dan rumusan masalah dapat

dipecahkan secara tepat dan akurat (10). Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat baik secara teoritis dan praktis.

#### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi perkembangan ilmu pengetahuan pada umumnya dan sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue dalam melaksanakan program penanggulangan penyakit HIV/AIDS dan bahan referensi dalam mengembangkan penelitian yang lebih lanjut.

#### 2. Manfaat Praktis

Manfaat praktis yang ingin dicapai dalam penelitian ini bagi beberapa pihak antara lain:

##### a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue

Hasil penelitian sebagai bahan masukan dalam melakukan evaluasi terhadap program yang belum berjalan secara maksimal dan membuat strategi baru yang dapat menunjang program yang belum berjalan maksimal dalam penanggulangan penyakit HIV/AIDS.

##### b. Bagi Akademisi

Penelitian ini merupakan proses pembelajaran untuk dapat menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama ini dan diharapkan dapat menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan mengenai program penanggulangan HIV/AIDS dalam peningkatan kualitas hidup ODHA, sehingga hasil penelitian ini dapat menerangkan dan mempunyai pengetahuan teoritis dalam kasus nyata di lapangan.

c. Bagi Penderita ODHA

Hasil penelitian sebagai bahan masukan untuk penderita ODHA dalam memanfaatkan implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS sehingga dapat mempertahankan kualitas hidup ODHA dan memutus mata rantai penularan HIV/AIDS.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Peneliti Terdahulu**

Setelah peneliti melakukan telaah terhadap beberapa penelitian, ada beberapa yang memiliki keterkaitan dengan penelitian yang peneliti lakukan.

Penelitian Deasy tentang analisis implementasi kebijakan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di komisi penanggulangan AIDS Provinsi Sulawesi Utara. Persamaan penelitian adalah jenis penelitian kualitatif dan implementasi kebijakan program penanggulangan HIV/AIDS. Hasil penelitian adalah implementasi kebijakan program sosialisasi ke masyarakat luas, pencegahan melalui transmisi seksual, pengurangan dampak buruk pengguna narkoba suntik, pencegahan penularan melalui ibu ke anak, terlayannya ODHA dan tes VCT sudah berjalan dengan baik. Tetapi untuk program pengurangan dampak buruk pengguna narkoba suntik masih terhalang dengan aturan kepolisian dan untuk tes VCT masih ada ketakutan dimasyarakat untuk mengikuti tes VCT. Melakukan evaluasi terhadap program yang belum berjalan secara maksimal dan membuat strategi baru yang dapat menunjang program yang belum berjalan maksimal. Mengadvokasi pemerintah untuk memberikan pembiayaan lokal dan mencari lembaga donor untuk menunjang implementasi kebijakan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di KPA Provinsi Sulut (13).

Penelitian Diyan tentang analisis kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Malang (Studi Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 14 Tahun 2008 Kabupaten Malang) menyatakan bahwa Kabupaten Malang dengan segala potensi

di dalamnya terdapat epidemi HIV/AIDS sekaligus kasus HIV/AIDS dengan angka yang mengkhawatirkan. Persamaan penelitian adalah jenis penelitian kualitatif dan implementasi kebijakan program penanggulangan HIV/AIDS. Hasil penelitian bahwa kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Malang sudah dijalankan sesuai tujuan dari pembuatan kebijakan yang tercantum dalam Peraturan Daerah. Keterlibatan stakeholder dalam setiap proses kebijakan menunjukkan hubungan kerjasama yang baik antara pemerintah dengan LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), dan masyarakat (14).

Penelitian Rizki tentang Evaluasi Program Pemerintah tentang HIV/AIDS di Kota Pekanbaru. Persamaan penelitian adalah jenis penelitian kualitatif dan implementasi kebijakan program penanggulangan HIV/AIDS. Hasil penelitian bahwa tidak terlaksananya program dalam pengentasan HIV/AIDS disebabkan terbatasnya jumlah dana anggaran yang disediakan untuk KPA terbatas sehingga tidak mencukupi untuk melaksanakan program kerja terutama program kerja dalam penanggulangan AIDS di Kota Pekanbaru. Sarana dan prasarana yang kurang dalam pelaksanaan program kerja yang disebabkan KPA merupakan lembaga independen yang bukan merupakan lembaga milik pemerintah. Sehingga usaha pemerintah perlu mendukung KPA agar dapat melaksanakan program kerja sebagai mana yang ditetapkan. Solidaritas masyarakat yang kurang dalam menyikapi masalah HIV/AIDS. Tempat-tempat yang dapat menyebabkan timbulnya penularan AIDS seperti tempat prostitusi masih banyak terdapat di Kota Pekanbaru (15).

Penelitian Galelius tentang Analisis Implementasi Program



Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus* dan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* di Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Sintang. Persamaan penelitian adalah jenis penelitian kualitatif dan implementasi kebijakan program penanggulangan HIV/AIDS. Hasil penelitian bahwa implementasi Program Penanggulangan HIV/AIDS di Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Sintang sudah dilaksanakan dengan baik, tetapi belum mencapai hasil yang maksimal dalam pelaksanaannya di lapangan, hal ini dikarenakan berbagai kendala seperti proses komunikasi, ketersediaan sumber daya, faktor disposisi serta mekanisme dalam struktur birokrasi. Kesimpulan bahwa implementasi Program Penanggulangan HIV/AIDS di Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Sintang sudah dilaksanakan dengan baik, tetapi belum mencapai hasil yang maksimal dalam pelaksanaannya di lapangan (9).

Penelitian Nining tentang analisis penyebab kasus penularan HIV/AIDS ditinjau dari faktor predisposisi, pemungkin dan pendorong. Persamaan penelitian adalah jenis penelitian kualitatif dan implementasi kebijakan program penanggulangan HIV/AIDS. Hasil penelitian bahwa demografi, persepsi dan gaya hidup merupakan faktor predisposisi yang berperan dalam penularan HIV/AIDS. Faktor pemungkin seperti ketersediaan tempat berisiko, pengawasan dari pemerintah dan media sosial berperan dalam penularan HIV/AIDS, tetapi yang paling berperan besar adalah media sosial. Sedangkan dari faktor pendorong yaitu teman dan pasangan. Oleh karena itu disarankan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS melalui kegiatan penyuluhan kepada masyarakat, peningkatan jangkauan pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan HIV/AIDS,

peningkatan koordinasi lintas program dan lintas sektor, komitmen dan dukungan dari pemangku kebijakan dan penguatan regulasi Perda dan Perwali (16).

Penelitian Feranika tentang Implementasi Program Penanggulangan HIV/AIDS di Komisi Penanggulangan Aids (KPA) Kota Tanjungpinang. Persamaan penelitian adalah jenis penelitian kualitatif dan implementasi kebijakan program penanggulangan HIV/AIDS. Hasil penelitian bahwa Implementasi Program Penanggulangan HIV/AIDS di Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Tanjungpinang sudah berjalan baik. Hal ini dapat dilihat dari dimensi Komunikasi dapat diketahui bahwa Sosialisasi sudah pernah dilakukan di Kota Tanjungpinang. Hanya saja bentuknya secara tidak langsung dan jarang melakukan kegiatan langsung hanya lewat poster maupun baliho di tempat keramaian. Dari dimensi Sumber daya dapat diketahui bahwa Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Tanjungpinang masih kekurangan pegawai dalam menjalankan program ini (6).

Penelitian Rismah tentang Peran Dinas Kesehatan dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Penajam Paser Utara. Persamaan penelitian adalah jenis penelitian kualitatif dan implementasi program penanggulangan HIV/AIDS. Hasil penelitian bahwa peran Dinas Kesehatan dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Penajam Paser Utara belum dapat dilaksanakan secara maksimal baik itu dalam hal pencegahan maupun pengobatan/rehabilitasi. Hal ini dapat dilihat dari kurangnya sosialisasi dan survei langsung ke masyarakat yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan, kemudian belum adanya Klinik VCT sehingga upaya pencegahan secara dini dan pendistribusian obat belum mampu dilaksanakan

secara maksimal (17).

Penelitian Juhairiyah tentang Kajian Pelaksanaan Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Tanah Bumbu Kalimantan Selatan. Persamaan penelitian adalah jenis penelitian kualitatif dan implementasi kebijakan program penanggulangan HIV/AIDS. Hasil penelitian yaitu dokumen kebijakan tentang pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS serta data kasus HIV/AIDS dari KPA Kabupaten Tanah Bumbu. Analisis kebijakan dengan analisis kesenjangan antara kebijakan dan dengan pelaksanaan pencegahan HIV/AIDS di Kabupaten Tanah Bumbu. Kasus HIV/AIDS tertinggi di Kabupaten Tanah Bumbu pada Wanita Penjaja Seks Langsung. Pelaksanaan kebijakan masih belum optimal, diantaranya upaya promotif dan preventif yang masih belum maksimal seperti kurangnya koordinasi dan fasilitas. Rumah sakit pemerintah Kabupaten Tanah Bumbu sebagai rumah sakit rujukan ODHA, belum berjalan maksimal untuk menyediakan layanan konsultasi dan tes sukarela, perawatan, pengobatan dan dukungan bagi ODHA. Perlu koordinasi rencana terhadap program penanggulangan dari instansi terkait serta LSM agar tidak berjalan masing-masing (1).

Penelitian Siti tentang Implementasi Kebijakan Pencegahan dan Penanggulangan *Human Immunodeficiency/Aquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) di Kota Surakarta. Persamaan penelitian adalah jenis penelitian kualitatif dan implementasi kebijakan program penanggulangan HIV/AIDS. Hasil penelitian adalah faktor-faktor yang menjadi penyebab belum maksimalnya penanggulangan HIV/AIDS antara lain disebabkan masalah

HIV/AIDS belum dianggap masalah prioritas baik oleh sektor kesehatan maupun sektor pembangunan yang terkait. Dukungan politik yang belum memadai terhadap program. Belum terkordinasinya Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dan SKPD Kota Surakarta baik berupa arahan pengembangan, perencanaan dan pelaksanaan kebijakan dan program meskipun berbagai Surat Keputusan mengenai upaya penanggulangan bahkan pembiayaan telah dikeluarkan. Masih belum maksimalnya penyebaran dan akses informasi layanan kesehatan dan ketersediaan adanya layanan VCT, ARV bagi penderita dan orang beresiko tinggi terinfeksi HIV/AIDS (16).

Penelitian Winda tentang Analisis Pelaksanaan Kebijakan Program Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Bitung. Persamaan penelitian adalah jenis penelitian kualitatif dan implementasi program penanggulangan HIV/AIDS. Hasil penelitian bahwa informasi yang lebih mendalam mengenai pelaksanaan kebijakan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Bitung. Peningkatan koordinasi antara para pemangku kepentingan dan mobilisasi penggunaan sumber dana di semua tingkat, pengembangan intervensi struktural, dan penerapan perencanaan, prioritas dan implementasi program berbasis data sudah berjalan dengan cukup baik (8).

## **2.2. Telaah Penelitian**

### **2.2.1. HIV/AIDS**

*Human Immunodeficiency Virus* atau sering dikenal dengan HIV adalah virus yang menyerang sel darah putih di dalam tubuh (limfosit) yang mengakibatkan turunnya kekebalan tubuh manusia (19).

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah sejenis virus yang menyerang /menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome* adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan oleh infeksi HIV. Akibat menurunnya kekebalan tubuh maka orang tersebut sangat mudah terkena berbagai penyakit infeksi (*oportunistik*) yang sering berakibat fatal. Pengidap HIV memerlukan pengobatan dengan *Antiretroviral* (ARV) untuk menurunkan jumlah virus HIV didalam tubuh agar tidak masuk kedalam stadium AIDS, sedangkan pengidap AIDS memerlukan pengobatan ARV untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasinya.

HIV adalah virus yang menyerang sel CD4 dan menjadikannya tempat berkembang biak, kemudian merusaknya sehingga tidak dapat digunakan lagi. Sebagaimana kita ketahui bahwa sel darah putih sangat diperlukan untuk system kekebalan tubuh. Tanpa kekebalan tubuh maka ketika tubuh kita diserang penyakit, tubuh kita lemah dan tidak berupaya melawan jangkitan penyakit dan akibatnya kita dapat meninggal dunia meski terkena influenza atau pilek biasa. Manusia terkena virus HIV, tidak langsung menderita penyakit AIDS, melainkan

diperlukan waktu yang cukup lama bahkan bertahun-tahun bagi virus HIV untuk berubah menjadi AIDS yang mematikan (20).

AIDS adalah singkatan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* yang berarti sindroma (kumpulan gejala) akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang didapat (bukan penyakit keturunan). AIDS adalah kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). HIV cenderung menyerang jenis sel tertentu, terutama sekali sel darah putih *limfosit* T4 yang memegang peranan penting dalam mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh. Selain limfosit T4, HIV dapat juga menginfeksi sel Langerhans pada kulit, menginfeksi kelenjar *limfe*, *alveoli* paru, retina, serviks uteri dan otak. Virus yang masuk *Limfosit* T4 kemudian mengadakan replikasi sehingga banyak dan akhirnya menghancurkan sel limfosit itu sendiri.

HIV juga memiliki *tat*, yaitu salah satu dari sejumlah gen yang dapat mengatur replikasi maupun pertumbuhan sel yang baru. *Tat* dapat mempercepat replikasi virus sedemikian hebatnya sehingga terjadi penghancuran limfosit T4 secara besar-besaran yang pada akhirnya menyebabkan sistem kekebalan tubuh menjadi turun atau lemah. Penurunan sistem kekebalan tubuh ini menyebabkan timbulnya berbagai infeksi dan keganasan. Kondisi ini disebut AIDS (21).

### **2.2.2. Etiologi dan Perjalanan Infeksi HIV/AIDS**

Penyebab HIV adalah sejenis virus yang tergolong retrovirus yang disebut CITOPATIK *virus*. Virus ini pertama kali diisolasi oleh montaigner dkk di perancis pada tahun 1983 dengan nama *lymphadenopathy Assosiated Virus*

sedangkan Gallo di Amerika Serikat pada tahun 1984 mengisolasi HIV III. Kemudian atas kesepakatan Internasional pada tahun 1986 nama ini di rubah menjadi HIV.

*Human Immunodeficiency Virus* adalah sejenis retrovirus. Dalam bentuk asli merupakan partikel yang *inert*, tidak dapat berkembang atau melukai sampai ia masuk ke sel target. Sel target ini terutama sel *lymfosit* T. Sel *lymfosit* berada pada leukosit yang non granuler, yaitu *lymfosit* T dan B serta monosit. Karena dia mempunyai reseptor untuk virus HIV yang disebut CD4+. Didalam sel *lymfosit* T, virus dapat berkembang. Dapat tetap hidup lama luar sel dengan keadaan inaktif. Walaupun demikian virus dalam tubuh pengidap HIV selalu di anggap *infectious* yang setiap saat dapat aktif dan dapat di tularkan selama hidup penderita tersebut.

Secara morfologis HIV terdiri dari 2 bagian yang besar yaitu inti (*core*) dan bagian selubung (*envelope*). Bagian ini berbentuk silindris tersusun atas dua untaian RNA (*Ribonucleic Acid*). Enzim *reverse transcriptase* dan beberapa jenis protein. Bagian selubung terdiri dari matrix yang berisi lipid dan glikoprotein (gp 41 dan gp120). Gp 120 berhubungan langsung dengan reseptor langsung *lymfosit* (T4) yang rendah. Dan bagian luar virus berupa lapisan lemak yang terdiri dari *lipid bilayer*. Bagian ini tidak tahan oleh panas, bahan kimia hingga HIV disebut sebagai virus sensitif terhadap lingkungan seperti air mendidih, sinar matahari dan mudah dimatikan menggunakan desinfektan seperti asetol, alkohol eter, tetapi virus HIV relatif resisten terhadap radiasi dan sinar ultraviolet (22).

Menurut Pinem, Perjalanan infeksi HIV dibagi dalam dua fase yaitu :

### **1. Fase tanpa gejala**

Seseorang yang terinfeksi HIV biasanya tidak menunjukkan gejala selama beberapa tahun. Mereka merasa sehat-sehat saja tetapi mereka akan menjadi pembawa dan penular HIV bagi orang lain melalui tindakan dan perilaku berisiko terhadap penularan AIDS. Kelompok yang sudah terinfeksi HIV tanpa gejala ini dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok yang tanpa gejala dan tes darahnya negatif karena anti-bodi terhadap HIV belum terbentuk. Waktu antara masuknya kuman HIV ke dalam peredaran darah dan terbentuknya antibodi terhadap HIV disebut *window period* (periode jendela) yang memerlukan waktu 15 hari sampai 3 bulan. Pada umumnya tes HIV baru positif setelah 3 bulan sejak terinfeksi. Pada masa ini virus berkembang secara aktif dengan menurunnya *limfosit* T4. Kelompok yang sudah terinfeksi HIV, tanpa gejala, tetapi tes darah positif. Keadaan tanpa gejala ini dapat berjalan sampai 5 tahun atau lebih, namun dapat berkisar 2-10 tahun sesudah terinfeksi bahkan dapat lebih lama. Sekitar 89% penderita HIV akan berkembang menjadi AIDS. Faktor-faktor yang memengaruhi berkembangnya infeksi HIV menjadi AIDS belum diketahui dengan jelas, tetapi diperkirakan akibat infeksi HIV secara berulang dan pemaparan terhadap infeksi-infeksi lain memengaruhi perkembangan ke arah AIDS. Tes HIV umumnya baru positif setelah 3 bulan sejak terinfeksi, namun penderita telah dapat menularkan penyakit melalui tindakan dan perilaku berisiko terhadap penularan AIDS.



## 2. Fase dengan gejala

Pada fase ini gejala penyakit mulai timbul dengan jelas. Gejala yang sering timbul antara lain :

- a. Rasa lelah berkepanjangan .
- b. Demam lebih dari 38 derajat *Celcius*.
- c. Sesak nafas dan batuk berkepanjangan.
- d. Diare lebih dari satu bulan tanpa sebab yang jelas.
- e. Keringat malam tanpa sebab yang jelas.
- f. Berat badan menurun secara drastis.
- g. Kandidiasis pada mulut.
- h. Pembesaran kelenjar di leher, ketiak, lipatan paha tanpa sebab yang jelas

Dengan berlalunya waktu, gejala penyakit menjadi semakin berat. Keadaan penyakit tergantung pada kuman yang menyerang tubuh. Penyakit yang sering ditemukan adalah :

- a. Radang paru (*Pneumonia*) yang disebabkan oleh *Pneumocystis Carini* *Pneumonia* (PCP)
- b. Tuberculosis (TBC)
- c. Infeksi saluran pencernaan oleh berbagai jenis kuman yang menyebabkan infeksi sehingga berat badan menurun.
- d. Kanker kulit (*sarkoma* kaposi); kandidiasis pada mulut, paru dan tenggorokan karena infeksi jamur dan infeksi *Cyto Megalo Virus* (CMV), Herpes dan Toksoplasma.

- e. Gangguan susunan saraf yang mengakibatkan gangguan mental dan koordinasi gerakan, serta kerusakan jaringan otak. Bila sudah masuk ke dalam fase ini biasanya pasien tidak dapat bertahan lagi dan meninggal karena berbagai jenis infeksi. Tetapi bila pasien mendapat pengobatan untuk memperlambat berkembangnya HIV, pasien biasanya dapat bertahan selama 2-4 tahun (21).

### **2.2.3. Masa Inkubasi**

Masa Inkubasi bervariasi, walaupun waktu dari penularan hingga berkembang atau terdeteksinya antibodi, biasanya 1-3 bulan, namun waktu dari tertular HIV hingga terdiagnosa sebagai AIDS sekitar < 1 tahun hingga 15 tahun atau lebih. Tanpa pengobatan anti-HIV yang efektif, sekitar 50% dari orang dewasa yang terinfeksi akan terkena AIDS dalam 10 tahun sesudah terinfeksi. Median masa inkubasi pada anak-anak yang terinfeksi lebih pendek dari orang dewasa. Bertambahnya ketersediaan terapi anti-HIV sejak pertengahan tahun 90-an mengurangi perkembangan AIDS di AS dan di banyak negara berkembang secara bermakna. Window Period selama 6-8 minggu, adalah waktu saat tubuh sudah terinfeksi HIV tetapi belum terdeteksi oleh pemeriksaan laboratorium. Seseorang dengan HIV dapat bertahan sampai dengan 5 tahun. Jika tidak diobati, maka penyakit ini akan bermanifestasi sebagai AIDS diobati. Maka penyakit ini akan bermanifestasi sebagai AIDS (23).

#### 2.2.4. Klasifikasi HIV/AIDS

##### 1. Kategori Klinis A

Mencakup satu atau lebih keadaan ini pada dewasa/ remaja dengan infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang sudah dipastikan tanpa keadaan dalam kategori klinis B dan C.

- a. Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang simptomatik.
- b. Limfanodenopati generalisata yang persisten PGI (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*)
- c. Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) primer akut dengan sakit yang menyertai atau riwayat infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang akut.

##### 2. Kategori Klinis B

Contoh-contoh keadaan dalam kategori klinis B mencakup :

- a. Angiomatosis Baktilaris
- b. Kandidiasis *Orofaring/Vulvavaginal* (persisten, frekuensi/responnya jelek terhadap terapi)
- c. Displasia Serviks (sedang/berat karsinoma *serviks in situ*)
- d. Gejala konstitusional seperti panas ( $38,5^{\circ}\text{C}$ ) atau diare lebih dari 1 bulan
- e. Leukoplakial yang berambut
- f. Herpes *Zoster* yang meliputi 2 kejadian yang berbeda/ terjadi pada lebih dari satu dermaton saraf
- g. Idiopatik *Trombositopenik Purpura*
- h. Penyakit *Inflamasi pelvis*, khusus dengan abses Tubo Varii

### 3. Kategori Klinis C

Contoh keadaan dalam kategori pada dewasa dan remaja mencakup :

- a. Kandidiasis *bronkus, trakea/paru-paru, esophagus*
- b. Kanker serviks *inpasif*
- c. Koksidiomikosis *ekstra-pulmoner/diseminata*
- d. Kriptokokosis *ekstra-pulmoner*
- e. Kriptosporidosis internal kronis
- f. *Cytomegalovirus* (bukan hati, *lien*, atau kelenjar *limfe*)
- g. Refinitis *Cytomegalovirus* (gangguan penglihatan)
- h. *Enselopathy* berhubungan dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)
- i. Herpes simpleks (ulkus kronis, *bronchitis, pneumonitis/esofagitis*)
- j. *Histoplamosis diseminata/ekstrapulmoner*
- k. *Isoproasis intestinal* yang kronis
- l. *Sarkoma Kaposi*
- m. *Limpoma Burkit, Immunoblastik*, dan *limfoma primer otak*
- n. Kompleks *mycobacterium avium*
- o. M.Tuberkulosis pada tiap lokasi (*pulmoner/ekstra-pulmoner*)
- p. *Mycobacterium*, spesies lain, *diseminata/ekstra-pulmoner*
- q. *Pneumonia Pneumocystic Cranii*
- r. *Pneumonia Rekuren*
- s. *Leukoenselophaty multifokal progresiva*
- t. *Septikemia salmonella* yang *rekuren*
- u. Toksoplasmosis otak
- v. Sindrom *pelisutan* akibat *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (21).

### 2.2.5. Penularan HIV/AIDS

Menurut Pinem, saroha. Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi, Virus HIV hanya dapat ditemukan dalam :

1. Cairan tubuh yaitu dalam darah termasuk darah haid dan darah plasenta pada wanita
2. Air mani/cairan lain yang keluar dari alat kelamin laki-laki, kecuali air seni
3. Cairan vagina dan cairan serviks uteri.

HIV dapat ditularkan melalui :

1. Hubungan seksual (homoseksual, biseksual dan heteroseksual). Diperkirakan sekitar 95% penularan terjadi melalui hubungan seksual, baik melalui vagina, dubur maupun mulut. Pada saat hubungan seks, mungkin terjadi mikrolesi akibat gesekan dan melalui lesi tadi virus yang terdapat dalam cairan tubuh pasangan seks yang mengidap HIV dengan mudah akan ditularkan kepada pasangannya.

2. Parentral

Penularan secara parentral terjadi melalui penggunaan jarum suntik, transfusi darah dan alat-alat tusuk lain seperti alat tindik, pisau cukur, alat tato dan alat khitan yang terinfeksi HIV.

- a. Transfusi darah yang tercemar HIV. Risiko tertular HIV melalui darah lebih dari 90%, artinya hampir dapat dipastikan bahwa orang yang mendapat darah yang terkontaminasi HIV akan terinfeksi HIV. Diperkirakan penularan cara ini sekitar 1-2%. Hal ini dapat terjadi bila

pengambilan donor darah dilakukan tanpa melalui skrining terhadap HIV/AIDS.

- b. Penularan melalui jarum suntik atau alat kedokteran yang tidak steril. HIV/AIDS dapat ditularkan melalui jarum suntik bekas pengidap HIV, melalui alat pemeriksaan kandungan seperti spekulum dan lainnya, alat pemeriksaan gigi, pisau bedah, alat khitan dan alat lain yang terkontaminasi darah, air mani/cairan vagina pengidap HIV. Sekitar 1% pengidap HIV tertular melalui cara ini.
- c. Penularan melalui alat-alat tusuk lainnya. Pengidap HIV dapat tertular melalui alat tindik/tato, dan pisau cukur yang terkontaminasi HIV/AIDS.
- d. Transplantasi organ tubuh

### 3. Penularan Perinatal

Penularan perinatal adalah penularan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada bayi yang dilahirkannya yang dapat terjadi selama kehamilan berkisar sekitar 5-10%, pada saat persalinan sekitar 10-20% dan pada masa nifas (saat menyusui) sekitar 10-20%. Bila ibunya pengidap HIV, dan ibu telah menunjukkan gejala AIDS, kemungkinan bayi yang dilahirkannya tertular HIV menjadi 50%. Pada proses persalinan, penularan HIV dari ibu ke bayi terjadi karena kontak antara darah ibu maupun lendir ibu yang mengandung virus masuk ke dalam darah bayi. Makin lama proses persalinan berlangsung, makin lama kontak antara bayi dengan cairan tubuh ibu, maka semakin tinggi risiko bayi untuk tertular HIV.

Penularan HIV melalui ASI kemungkinannya relatif kecil. ASI dari ibu yang terinfeksi HIV terbukti mengandung HIV dalam konsentrasi yang lebih rendah dari yang ditemukan dalam darah. Sekitar 10-20% bayi akan terinfeksi HIV bila disusui sampai 18 bulan atau lebih.

Faktor-faktor yang memengaruhi penularan HIV dari ibu ke janin dapat berasal dari faktor ibu maupun janin.

1. Faktor ibu :

- a. Ibu yang baru terinfeksi HIV mudah menularkan kepada bayinya karena jumlah virus dalam tubuh ibu sangat tinggi dibandingkan jumlah virus pada ibu yang terinfeksi HIV sebelum atau selama kehamilan
- b. Ibu dengan penyakit terkait HIV seperti batuk, diare terus menerus, kehilangan berat badan, disebabkan karena jumlah virus dalam tubuh ibu tinggi
- c. Infeksi pada kehamilan, terutama infeksi menular seksual atau infeksi plasenta
- d. Kurang gizi pada saat hamil, terutama kekurangan mikronutrisi (vitamin dan mineral)
- e. Mastitis, infeksi pada puting susu, atau puting susu retak
- f. Ketuban pecah dini, partus lama dan intervensi saat persalinan seperti memecahkan ketuban dan episiotomi

2. Faktor bayi :

- a. Bayi lahir prematur
- b. Menyusui pada ibu dengan HIV

- c. Terdapat lesi pada mulut bayi akan meningkatkan risiko tertular HIV, terutama pada bayi yang berumur di bawah 6 bulan.

Pada umumnya virus HIV tidak ditularkan melalui kulit, kecuali bila terdapat luka atau lecet pada kulit tersebut. Sedangkan selaput lendir seperti yang terdapat pada vagina, penis, dubur dan mulut mudah dimasuki virus tersebut terutama bila lecet akibat gesekan, maka virus akan masuk ke dalam mukosa yang tipis dan selanjutnya disebarkan ke seluruh tubuh melalui aliran darah (19).

#### **2.2.6. Strategi Penanggulangan AIDS**

Menurut Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Nasional Strategi Penanggulangan AIDS periode tahun 2015-2019 yaitu :

1. Menetapkan Prioritas Target Geografis

Sejak pelaksanaan SRAN periode 2010-2014, pemilihan kabupaten/ kota prioritas telah menjadi salah satu keputusan strategis. Kriteria pemilihan ini didasarkan pada tingkat risiko penularan HIV dan beban penyakit HIV/AIDS tertinggi, serta kesiapan infrastruktur dan komitmen pemerintah kabupaten/kota.

2. Memanfaatkan Pencegahan Kombinasi sebagai Strategi Daya Ungkit

Pencegahan kombinasi adalah pendekatan yang mengkombinasikan pencegahan penularan baru dan program pengobatan sebagai pencegahan, dalam rangka mendukung penyediaan layanan yang komprehensif. Mengkombinasi berbagai bentuk pencegahan yang terbukti efektif dan dapat diterima oleh komunitas dan masyarakat sekitarnya adalah satu langkah yang harus semakin diperkuat di masa yang akan datang. Pencegahan kombinasi tidak hanya berfokus pada pencegahan melalui intervensi perubahan perilaku, namun juga dengan



intervensi biomedis melalui pengobatan, pencegahan positif, pengobatan sebagai pencegahan, profilaksis pra dan paska pajanan, pengurangan dampak buruk NAPZA, PMTS, sirkumsisi, konseling, kesetaraan jender, kebijakan yang mendukung, penguatan lingkungan yang kondusif, serta mobilisasi sosial komunitas dan masyarakat

### 3. Memperkuat Layanan Komprehensif Berkesinambungan

Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) bertujuan untuk memperkuat sistem layanan kesehatan yang terintegrasi dengan pencegahan berbasis komunitas seperti PMTS melalui kerjasama erat antara pemerintah kabupaten/ kota, pengelola layanan kesehatan, masyarakat sipil, serta komunitas, populasi kunci dan ODHA

### 4. Desentralisasi dan Integrasi Layanan HIV

Terbukti bahwa pengobatan lebih dini dan kepatuhan minum ARV merupakan salah satu metode yang efektif dalam upaya pencegahan HIV. Upaya pemberian ARV secara dini dan perluasan pengobatan telah dimulai melalui inisiatif penggunaan ARV secara strategis (SUFA). Walaupun demikian, saat ini, kepatuhan minum obat masih menjadi tantangan yang perlu untuk terus diperhatikan. Integrasi layanan HIV dan TB juga perlu mendapatkan perhatian khusus, baik di tingkat rumah sakit maupun pada tingkat layanan primer. Masih banyak tantangan dihadapi dalam rangka mengkombinasikan kedua layanan ini, tidak hanya pedoman dan tatalaksana kolaborasi TB-HIV yang perlu diperbarui, tetapi juga upaya peningkatan kapasitas dan penyiapan infrastrukturnya, baik dalam hal manajemen maupun sumber daya manusianya

#### 5. Mengembangkan dan Memperluas Mitigasi Dampak

Fokus pengembangan dan perluasan mitigasi dampak ke depan adalah agar anak yang terinfeksi dan terdampak HIV/AIDS dapat mengakses layanan yang memberikan perlindungan sosial, pendidikan dan kesehatan. Dalam rangka tersedianya layanan yang memadai, tidak hanya langkah-langkah advokasi yang perlu dilakukan untuk memperkuat lembaga yang mampu memberikan dukungan, tetapi juga memperhatikan peningkatan kapasitas dan keahlian mitra terkait dalam bidang pengasuhan anak, perawatan, dan pemberdayaan ekonomi, serta perlindungan hukum bagi ODHA.

#### 6. Mewujudkan Lingkungan yang Mendukung bagi Populasi Kunci dan ODHA

Stigma, diskriminasi dan pelanggaran Hak Asasi Manusia (HAM) diakui secara luas menjadi penghalang bagi respon nasional yang efektif terhadap HIV. ODHA masih kerap ditolak dan diusir dari keluarga dan komunitas. Hak atas pendidikan dan hak atas pekerjaan ODHA masih sering disangkal. Maraknya pelanggaran HAM menyebabkan pencegahan dan pelayanan kesehatan HIV menjadi kurang efektif. Ketika ODHA dan populasi kunci takut akan diskriminasi, mereka akan enggan melakukan tes HIV, termasuk mengakses layanan kesehatan HIV. Ketidaksetaraan gender dan kekerasan berbasis gender, perempuan cenderung sulit menghindari relasi yang penuh paksaan dan kekerasan, semua ini membuat mereka rentan terhadap HIV.

7. Evaluasi Proses dan Standar Mutu untuk Memperkuat Intervensi yang berkualitas

Untuk mencapai dampak yang besar dari upaya penanggulangan, dibutuhkan intervensi yang berkualitas yang diukur dengan evaluasi proses dengan target standar mutu intervensi.

8. Mendukung Penguatan Sistem Komunitas

Keterlibatan masyarakat dan pemberdayaan merupakan salah satu prinsip penanggulangan HIV/AIDS. Penguatan sistem komunitas CSS (*Community System Strengthening*) dalam penanggulangan AIDS bertujuan untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih baik dengan partisipasi aktif populasi terdampak serta organisasi berbasis komunitas dalam melakukan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi layanan dan kegiatan yang berkaitan dengan pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan bagi ODHA

9. Mengelola Pengetahuan dan Keterampilan antar Kabupaten/ Kota

Peningkatan manajemen pengetahuan adalah salah satu prioritas SRAN 2015-2019, khususnya manajemen pengetahuan upaya penanggulangan AIDS di tingkat kabupaten/kota untuk memfasilitasi pembelajaran secara horizontal antar kabupaten/kota di Indonesia

10. Mendorong Alokasi Dana Penanggulangan AIDS di tingkat Kabupaten/Kota

Keberlanjutan penanggulangan HIV/AIDS tergantung pada tingkat pendanaan yang memadai. Dengan menurunnya dukungan dana luar negeri bagi upaya penanggulangan AIDS di Indonesia, perlu didorong adanya alokasi dana yang memadai tidak hanya di tingkat nasional namun juga di tingkat provinsi dan

kabupaten/ kota

11. Memperkuat Penelitian, Kualitas Data serta Akselerasi Penggunaan Inovasi dan Teknologi Baru

Inovasi dan teknologi baru dapat meningkatkan efektivitas serta efisiensi intervensi untuk menanggulangi HIV, selama periode SRAN 2015-2019. Perlu ada mekanisme untuk melakukan eksplorasi inovasi dan teknologi baru yang dapat diuji serta diimplementasikan di Indonesia; memperoleh perijinan sesuai hukum yang berlaku; dan mengembangkan rencana aksi untuk pelaksanaannya

12. Memperkuat Kemitraan Internasional: Bilateral dan Multilateral

Dengan semakin menguatnya posisi Indonesia dalam kemitraan internasional, maka potensi kolaborasi serta perluasan jejaring kerja pun meningkat pesat. Indonesia menduduki beberapa posisi strategis di tingkat regional dan global dalam program penanggulangan HIV/AIDS, antara lain adalah sebagai berikut :

Global: Indonesia diundang secara khusus oleh PCB UNAIDS (*Programme Coordinating Board*) untuk menyampaikan perkembangan penanggulangan AIDS di Indonesia. Board atau dewan ini beranggotakan 22 negara anggota PBB, dengan perwakilan dari pemerintah dan masyarakat sipil. Pada tahun 2014, dewan tersebut diketuai oleh Australia memutuskan untuk kemudian melakukan kunjungan kerja ke Indonesia, dimana peserta datang dari Afrika (Zimbabwe), Amerika Latin (Brasil) serta beberapa negara Eropa.

Regional: Indonesia sebagai anggota ASEAN menjadi *Lead Country* untuk inisiatif ASEAN *Cities Getting to Zero*. Inisiatif ini merupakan operasionalisasi

langsung dari *ASEAN Declaration of Commitment: Getting to Zero New HIV Infections, Zero Related Deaths, Zero Discrimination*, yang diadopsi para pimpinan negara anggota ASEAN. Inisiatif ini menjadi contoh di seluruh dunia untuk program regional dengan pendekatan lokal (tingkat kabupaten/ kota).

Nasional: Indonesia mengelola dana kemitraan untuk HIV (*Indonesia Partnership Fund*), dimana donor utama pada saat ini berasal dari USAID (Amerika Serikat) dan DFAT (Australia). Arah kebijakan Indonesia dalam menguatkan kemitraan internasional ini adalah dengan mempertahankan peran yang telah disandang hingga saat ini dan terus berpartisipasi aktif dalam upaya penanggulangan AIDS (22).

#### **2.2.7. Penguatan Sistem Kesehatan Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS**

##### **1. Memperkuat Layanan HIV melalui LKB**

Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) bertujuan untuk menguatkan sistem layanan kesehatan primer (Puskesmas) yang terintegrasi dengan pencegahan berbasis komunitas seperti PMTS dan Pengurangan Dampak Buruk NAPZA melalui kerjasama antara pemerintah kabupaten/kota, pengelola layanan kesehatan, masyarakat sipil, komunitas serta populasi kunci dan ODHA. Ini semua agar dapat meningkatkan cakupan pencegahan dan pengobatan IMS dan HIV, memperluas layanan HIV bagi populasi kunci pada fasilitas layanan kesehatan primer dan komunitas, serta memperluas pengobatan ARV melalui layanan yang terdesentralisasi.

Implementasi kebijakan untuk memperluas tes HIV dan inisiasi dini ARV kepada populasi kunci (SUFA) diperluas dari 13 kabupaten/ kota menjadi 75

kabupaten/ kota pada tahun 2015. Untuk melakukan antisipasi peningkatan tes HIV dan inisiasi dini ART di tingkat kabupaten/kota, Puskesmas perlu ditingkatkan kapasitasnya untuk dapat memulai pengobatan ARV dengan mentoring klinis dari Rumah Sakit setempat. Dalam kerangka tersebut, jaringan layanan LKB perlu diperkuat dan diperluas untuk mencakup lebih dari 5 Puskesmas di tingkat kabupaten/kota khususnya di kabupaten/kota dengan kinerja tinggi. Kelompok kerja LKB perlu dikuatkan di tingkat kabupaten/kota dengan koordinasi yang erat antara layanan dan pencegahan berbasis komunitas seperti PMTS dan Pengurangan Dampak Buruk NAPZA

## 2. Meningkatkan Kapasitas SDM Kesehatan

Upaya ini khususnya untuk meningkatkan pengetahuan teknis, memberikan layanan berkualitas dan mendorong terciptanya layanan ramah komunitas investasi perlu dialokasikan untuk mendorong terciptanya layanan berkualitas dan ramah komunitas. Pelatihan dan dukungan di tingkat layanan hingga di tingkat layanan primer perlu diberikan untuk meningkatkan kemampuan teknis dalam memberikan layanan terkait HIV dengan mentoring klinis secara terstruktur. Pelatihan dan dukungan perlu diberikan dengan fokus untuk menurunkan stigma dan diskriminasi terhadap perempuan, ODHA, populasi kunci. Secara khusus perlu pula diberikan dukungan untuk peningkatan kapasitas terkait Hak Asasi Manusia dan Jender.

## 3. Meningkatkan Kualitas Informasi Kesehatan dan Program HIV

Kapasitas Pengelolaan dan Analisis Data Khususnya di Provinsi dan Kabupaten/ Kota Penguatan diperluas bagi pengumpulan data rutin seperti Sistem

Informasi HIV/AIDS (SIHA) maupun sistem surveilans penyakit, untuk memenuhi kebutuhan data yang berkualitas di tingkat provinsi dan kabupaten/kota khususnya di 75 kabupaten/kota dengan kinerja tinggi, dan meningkatkan kapasitas daerah untuk melakukan integrasi, interpretasi, dan menggunakan data secara efektif untuk perencanaan maupun pemantauan

4. Menguatkan Manajemen Rantai Pasokan (SCM) bagi Pencegahan dan Pengobatan HIV

Dukungan juga perlu diberikan untuk eksplorasi dan ekspansi penggunaan ICT dalam melakukan intervensi berbasis komunitas. Alat monitoring pasokan berbasis komunitas seperti *iMonitor+* perlu digunakan untuk mendapatkan umpan balik terhadap perbaikan manajemen mata rantai pasokan (SCM) khususnya kondom, pelicin, alat suntik steril, dan ARV serta obat-obatan terkait HIV.

5. Menguatkan Kapasitas Perencanaan dan Pembiayaan Sektor Kesehatan untuk AIDS di tingkat Provinsi, Kabupaten/ Kota

Keberlanjutan upaya penanggulangan HIV/AIDS tergantung pada tingkat pendanaan yang memadai untuk mendukung dan memperkuat upaya penanggulangan. Dengan menurunnya dukungan dana luar negeri bagi upaya penanggulangan AIDS di Indonesia, perlu didorong adanya alokasi dana yang memadai tidak hanya di tingkat nasional namun juga di tingkat provinsi, kabupaten/kota bagi upaya penanggulangan AIDS nasional

Sektor kesehatan perlu memperkuat kapasitas perencanaan dan pembiayaan untuk penanggulangan AIDS tidak hanya di tingkat nasional namun juga di tingkat provinsi, kabupaten/kota. Dengan implementasi Jaminan

Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS, transisi pembiayaan pencegahan dan pengobatan HIV oleh JKN dalam sistem BPJS perlu direncanakan dengan seksama sebagai upaya keberlanjutan program. Rencana transisi yang serupa juga perlu direncanakan di tingkat provinsi atau kabupaten/kota mengikuti kebijakan jaminan sosial yang berlaku di daerah setempat (24).

#### **2.2.8. Jenis-Jenis Layanan dalam Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB)**

##### **1. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) bagi Masyarakat**

Dalam mencegah dan mengendalikan HIV & IMS, KIE melekat pada setiap layanan yang ada. Tujuannya adalah meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan masyarakat pada umumnya dan populasi kunci pada khususnya tentang risiko penularan HIV, pencegahan, pengobatan dan akses layanan (25).

##### **2. Konseling dan Tes HIV (KT HIV)**

Layanan KT HIV dapat berupa Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS) atau Konseling dan Tes HIV atas Inisiasi Petugas kesehatan (KTIP). Pengalaman yang baik dari pasien pada layanan tersebut akan memengaruhi kesinambungan dalam memanfaatkan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB). Pemberian konseling pra-tes dan pasca-tes merupakan kesempatan baik klien untuk mendapatkan pengetahuan tentang layanan yang tersedia dalam Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB) dan siap untuk memanfaatkannya. Layanan KT HIV dapat diintegrasikan ke dalam layanan perawatan, pengobatan dan pencegahan yang ada atau dapat diselenggarakan secara mandiri di tempat lain.



### 3. Pencegahan Infeksi HIV

Pencegahan Infeksi HIV terdiri dari :

#### a. Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS)

Program pencegahan berbasis kabupaten/kota ditujukan untuk mengendalikan penularan HIV melalui transmisi seksual, yang terdiri dari 4 komponen, yaitu :

- 1) Peningkatan peran positif pemangku kepentingan lokal untuk lingkungan yang kondusif
- 2) Komunikasi perubahan perilaku yang berazaskan pemberdayaan
- 3) Jaminan ketersediaan dan akses kondom dan pelican
- 4) Manajemen IMS yang komprehensif (26).

#### b. Layanan Pencegahan Infeksi HIV dan Kesehatan Reproduksi bagi Pasangan Diskordan

Kerangka kerja Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB) mampu mendorong pencegahan infeksi HIV diantara ODHA dengan pasangan diskordannya melalui konseling. Pasangan diskordan adalah pasangan yang salah satunya positif HIV, sementara yang satunya lagi negatif HIV. Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB) juga menawarkan informasi tentang cara meminimalkan risiko transmisi kepada pasangan dan bayi. Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB) menjamin adanya layanan tersebut dan melaksanakan rujukan efektif antara layanan PDP dengan KB dan kesehatan reproduksi (25).

c. Pengurangan Dampak Buruk bagi Populasi Kunci

Fokus Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB) di fasilitas pelayanan kesehatan pada perawatan, dukungan dan pengobatan HIV, oleh karena itu sangat dibutuhkan untuk terhubung dengan layanan pencegahan bagi populasi kunci yang meliputi Pengguna Napza Suntik, Penjaja Seks Komersial (PSK), Lelaki Suka Lelaki (LSL), pengungsi, remaja. Beberapa layanan dapat diberikan melalui lokasi layanan komprehensif berkesinambungan (LKB), sedang sebagian lainnya diakses melalui jalur rujukan. Perangkat utama dalam layanan pencegahan untuk kelompok tersebut meliputi :

- 1) Distribusi kondom dan pelicinnya serta konseling untuk mengurangi pasangan seksual
- 2) Konseling pengurangan dampak buruk, penggantian atau distribusi alat suntik sterill (LASS)
- 3) Terhubung dengan berbagai layanan terapi dan rehabilitasi yang meliputi detoksifikasi, rawat jalan, rawat inap jangka pendek, rawat inap jangka panjang, dan rumatan (seperti Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) yang merupakan salah satu pintu dalam mengakses terapi rehabilitasi, Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM), terapi rumatan buprenorfin).
- 4) Penjangkauan sebaya dan komunikasi perubahan perilaku (26).

4. Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anaknya (PPIA)

Layanan PPIA diselenggarakan di layanan KIA dan ditawarkan kepada semua ibu hamil, tanpa memandang faktor risiko yang disandangnya, dan masuk dalam mata rantai Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB).

Di dalam Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB) harus dipastikan bahwa layanan PPIA terintegrasi pada layanan rutin KIA terutama pemeriksaan ibu hamil untuk memaksimalkan cakupan. Jejaring layanan KT HIV dengan klinik rawat jalan penting untuk dibangun. Perlu juga jejaring rujukan bagi ibu HIV (+) dan anak yang dilahirkannya ke layanan di komunitas untuk dukungan dalam hal pemberian makanan bayi dengan benar, terapi profilaksis kotrimoksazol bagi bayi, kepatuhan minum obat ARV baik bagi ibu maupun bayinya sebagai pengobatan atau profilaksis, dan dukungan lanjutan bagi ibu HIV (+) dan juga dalam mengakses diagnosis HIV dini bagi bayinya (26).

#### 5. Perawatan dan Pengobatan HIV

##### a. Pencegahan, Pengobatan dan Tatalaksana Infeksi Oportunistik (IO)

Pencegahan, diagnosis dini dan pengobatan IO merupakan layanan esensial dalam perawatan HIV yang optimal. Maka di dalam kerangka kerja LKB, unit rawat jalan memberikan layanan pencegahan, pengobatan dan tatalaksana IO. Dalam hal ini unit rawat jalan merupakan mata rantai LKB atau sebagai titik penghubung utama ke layanan-layanan yang meliputi: KT HIV, PPIA, Terapi ARV, diagnosis dan pengobatan TB, terapi substitusi *opioid*, imunisasi hepatitis-B, keluarga berencana, layanan IMS, layanan rawat inap, layanan dukungan psikososial Perawatan Berbasis Masyarakat (PBM) dan Perawatan Berbasis Rumah (PBR). Peran ODHA sebagai konselor atau manajer kasus menjadi sangat penting untuk kesuksesan mata rantai Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan LKB (25).

b. Terapi Antiretroviral (ARV)

Ketersediaan obat ARV dan konseling kepatuhan merupakan masalah esensial dalam Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB). Bagi ODHA, terapi ARV bukan hanya merupakan komponen utama dalam layanan medis, namun merupakan harapan untuk tetap hidup secara normal. Terapi ARV membantu untuk memulihkan imunitas sehingga kuat untuk mengurangi kemungkinan IO, meningkatkan kualitas hidup, serta mengurangi kesakitan dan kematian terkait HIV. Terapi ARV tidak hanya terdiri atas pemberian obat ARV saja, namun termasuk dukungan medis dan sosial untuk membantu klien mengatasi efek samping obat dan menjaga kepatuhan klien pada terapi. Kepatuhan akan terjaga bila semua pemberi layanan selalu mengulangi dan menyampaikan pesan yang konsisten tentang kepatuhan minum obat tersebut. Kelompok pendukung sebaya berperan kuat dalam memberikan konseling kepatuhan tersebut (25).

c. Pencegahan, Pengobatan dan Tatalaksana TB-HIV

Diagnosis dan pengobatan dini TB pada ODHA akan memulihkan fungsi imunnya dan menyembuhkan penyakit TB, yang merupakan pembunuh nomor satu ODHA. Oleh karena itu layanan pengobatan TB harus juga terhubung dan menjadi bagian dari layanan KT HIV. Tatalaksana klinis TB-HIV akan lebih efektif bila diberikan oleh suatu tim yang terkoordinasi. Dalam keadaan tertentu diperlukan rujukan ke layanan yang lebih spesialisistik seperti ke rumah sakit rujukan yang lebih tinggi di provinsi. Hal penting lain yang perlu mendapat

perhatian adalah mencegah ODHA agar tidak tertular TB di fasilitas pelayanan kesehatan ketika mereka menjalani perawatan (25).

d. Dukungan Gizi

Dukungan gizi pada kehidupan sehari-hari ODHA merupakan strategi penting untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA. Dalam Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB), petugas kesehatan dapat memberikan konseling gizi dalam pertemuan kelompok atau dukungan melalui pendidikan, suplemen makanan dan pemantauan gizi. ODHA dan keluarganya mungkin juga perlu dukungan peningkatan pendapatan untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka seperti perumahan, makanan, transportasi (25).

e. Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif dapat mengurangi penderitaan ODHA dan keluarganya dengan memeriksa dan mengobati nyeri ketika memberikan dukungan psikososial atau spiritual untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA. Perawatan paliatif sebagai pendukung pengobatan IO dan terapi ARV diberikan sejak terdiagnosis HIV hingga kematian dan selama menjelang kematian. Perawatan paliatif diberikan baik di rumah atau di rumah sakit (25).

6. Dukungan ODHA dan Keluarganya

a. Kelompok Pendukung ODHA

Kelompok pendukung ODHA merupakan kelompok yang berasal dari masyarakat sebagai relawan atau kelompok sebaya yang berhimpun secara mandiri dan mengadakan pertemuan secara berkala untuk saling memberikan dukungan kepada anggotanya. Sebagai penggerak adalah ODHA yang sudah

berpengalaman menjalani pengobatan dan terlatih. Mereka dapat berpartisipasi dalam kegiatan layanan baik klinik maupun sosial yaitu berpartisipasi dalam LKB. Kelompok pendukung ODHA tersebut memegang peranan penting melalui kegiatan seperti menentukan kesiapan ODHA untuk menerima terapi ARV, atau memberi motivasi pada klien yang menolak terapi yang sebenarnya mereka butuhkan (25).

b. Dukungan Psikososial

Dukungan psikososial bertujuan untuk membantu ODHA dan keluarganya atau mitra untuk mengatasi tantangan psikologis dan sosial dan mempertahankan harapan mereka untuk hidup secara produktif, sebagai anggota masyarakat yang terhormat. Para pendukung Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB) perlu mengadvokasi pengembangan layanan dukungan psikososial dan memastikan bahwa mereka terhubung dalam mata rantai jejaring Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB). Dukungan psikososial dapat berupa penyediaan konseling individu, keluarga dan kelompok, layanan kesehatan mental dan dukungan sebaya (25).

c. Perawatan dan Dukungan bagi Anak Yatim/Piatu dan Anak Rentan (*Orphans and Vulnerable Children/OVC*)

Anak-anak akan menyandang masalah ganda ketika orang tuanya HIV (+). Mereka dapat juga terkena penyakit dan kemungkinan kehilangan orang tua; penolakan dari masyarakat dan teman sebaya; tidak mendapat perawatan kesehatan, pendidikan dan makanan, dan kerentanan terhadap kekerasan dan pelecehan meningkat. Untuk memenuhi kebutuhan anak yatim/piatu dan anak

rentan tersebut perlu dukungan dan perhatian pemerintah, khususnya sektor kesehatan, sektor sosial, urusan perempuan, dan pendidikan dan dukungan tambahan dari LSM beserta organisasi lain yang bekerja di sektor sosial. Pelaksana Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan (LKB) mendorong dukungan dari organisasi organisasi tersebut dengan mengundang mereka untuk berpartisipasi dalam Forum Koordinasi LKB (FK-LKB). FK-LKB juga dapat mendukung anak-anak ini dengan menyediakan arena keluarga yaitu, layanan untuk orang dewasa dan anak dengan HIV dan layanan dukungan untuk anggota keluarga (25).

#### **2.2.9. Unsur Utama Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan**

1. Pilar 1 : Koodinasi dan Kemitraan dengan Semua Pemangku Kepentingan di Setiap Lini

Dalam pengembangan layanan komprehensif HIV yang berkesinambungan perlu suatu mekanisme koordinasi dan kemitraan dengan semua kepentingan, termasuk ODHA, sektor swasta dan masyarakat, di semua lini (tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota). Mekanisme tersebut terutama sangat diperlukan dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengelolaan layanan komprehensif tersebut. Untuk itu diperlukan suatu forum koordinasi yang efektif baik di tingkat nasional maupun di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Forum koordinasi tersebut akan memfasilitasi terjalinnya jejaring kerja sama antar layanan baik secara horizontal maupun vertikal atas dasar saling menghormati, menghargai dan membutuhkan.

## 2. Pilar 2 : Peran aktif komunitas termasuk ODHA

Peningkatan peran serta ODHA dan kelompok dukungan sebaya secara efektif dalam berbagai aspek termasuk layanan kesehatan berbasis masyarakat/komunitas maupun fasilitas pelayanan kesehatan telah terbukti efektif dan dapat memperbaiki kualitas layanan bagi ODHA secara umum. Sistem kemitraan juga harus terus didorong, misalnya kemitraan dalam perencanaan, penyelenggaraan layanan dan evaluasi. Kemitraan ini penting dalam memperbaiki rujukan, dukungan kepatuhan, serta mengurangi stigma dan diskriminasi di antara pemangku kepentingan.

## 3. Pilar 3 : Layanan Terintegrasi dan Terdesentralisasi Sesuai Kondisi Wilayah Setempat

Integrasi layanan dan desentralisasi pengelolaan sumber daya diadaptasi sesuai situasi epidemi HIV dan kondisi di kabupaten/kota (yaitu epidemi terkonsentrasi atau meluas, kapasitas sistem layanan kesehatan, LSM pemberi layanan, termasuk layanan bagi kelompok populasi kunci, dsb.). Banyak layanan PDP yang menuju layanan “satu atap dan satu hari” yang sebaiknya terus diupayakan secara bertahap, dengan prioritas integrasi layanan HIV di layanan lainnya seperti di layanan TB, layanan IMS, Kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana, Program Terapi Rumatan (PTRM), Layanan Alat Suntik Steril (LASS) dan kesehatan reproduksi remaja.

Sebagai contoh dari integrasi layanan adalah: skrining TB di layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP) HIV atau Konseling Test, manajemen TB dan terapi ARV pada kunjungan yang sama oleh petugas yang



sama, konseling dan tes HIV atas inisiasi petugas kesehatan (KTIP) di layanan ibu hamil, TB, PTRM, atau LASS. Sedang tingkat desentralisasi layanan pengobatan ARV, apakah di tingkat puskesmas atau di tingkat komunitas, sangat tergantung dari tingkat epidemi HIV setempat, cakupan layanan dan kapasitas petugas layanan yang ada di layanan tingkat bawah.

#### 4. Pilar 4 :Paket Layanan HIV Komprehensif yang Berkesinambungan

Paket LKB ini diterapkan sesuai strata dari layanan dengan peran dan tanggung jawab yang jelas. Isi paket dapat diadaptasi sesuai keadaan, sumber daya, dan situasi epidemi HIV, dan juga dapat berkembang sesuai kebutuhan. Implementasi keseluruhan paket di fasyankes sekunder dan tersier (rumah sakit kabupaten dan RS provinsi ataupun RS sekelas lainnya), fasyankes primer (puskesmas, klinik dll) dan layanan komunitas dapat dikembangkan bertahap sesuai kondisi sumber daya (keuangan, tenaga), kapasitas dan prioritas kebutuhan.

#### 5. Pilar 5 : Sistem Rujukan dan Jejaring Kerja

Kunci keberhasilan dari LKB adalah sistem rujukan dan jejaring kerja yang akan menghasilkan perbaikan akses dan retensi dalam pengobatan. Jejaring kerja yang mampu menjamin kesinambungan layanan meliputi sistem rujukan pasien dan keluarganya dari satu layanan ke layanan lainnya secara timbal balik, baik di dalam maupun di luar sistem layanan, di dalam satu tingkat layanan atau antar tingkat layanan (layanan yang berbeda strata), secara horisontal maupun vertikal. Perlu dibentuk jejaring kerjasama atas dasar saling menghormati dan menghargai. Contoh kesinambungan internal antar unit layanan di dalam fasyankes yang sama antara lain adalah rujukan antar layanan Perawatan,

Dukungan dan Pengobatan (PDP) di rawat jalan, layanan laboratorium, farmasi, TB, IMS, KIA, KB dan kesehatan reproduksi remaja.

Sistem rujukan dalam LKB mengikuti sistem rujukan yang ada, yaitu meliputi rujukan pasien, dan rujukan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium. Dalam melaksanakan rujukan, perlu dipertimbangkan segi jarak, waktu, biaya, dan efisiensi. Contohnya, jika rujukan dari rumah sakit Tangerang lebih cepat ke Jakarta daripada ke Serang maka rujukan ke Jakarta dapat dilaksanakan untuk kepentingan pasien. Rujukan juga dapat terjadi antara fasyankes pemerintah dan fasyankes swasta, laboratorium pemerintah dan swasta. Dengan demikian, diharapkan jaringan kerja sama yang terjalin dapat memberikan layanan yang lebih baik kepada klien.

#### 6. Pilar 6 : Menjamin Akses Layanan Termasuk Kebutuhan Populasi Kunci

Untuk menjamin bahwa layanan dapat diakses oleh masyarakat dan kelompok populasi kunci serta sesuai dengan kebutuhannya maka diperlukan suatu lingkungan yang mendukung baik yang berupa kebijakan maupun peraturan perundangan. Model layanan komprehensif berkesinambungan harus meliputi intervensi terarah, guna memenuhi kebutuhan spesifik dari kelompok populasi kunci dan kelompok rentan lainnya. LKB menawarkan kesempatan luas untuk mengurangi stigma dan diskriminasi serta meningkatkan akses pada layanan, khususnya bagi kelompok kunci. Dalam mengakses layanan HIV & IMS yang dibutuhkan, kelompok populasi kunci (seperti Pekerja Seks, Penasun, Lelaki Suka Lelaki, WBP, dan sebagainya) dan kelompok rentan lainnya (anak-anak, remaja dan masyarakat miskin) biasanya mendapat hambatan. Setiap kabupaten/kota

harus membuat strategi yang memudahkan kelompok populasi kunci dan kelompok rentan lainnya dalam mengakses layanan yang mereka butuhkan (25).

### 2.2.10. Monitoring dan Evaluasi Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS

Monitoring dan evaluasi dijalankan mengikuti suatu kerangka kerja sistem yang dapat menilai setiap tahap pelaksanaan program, mulai dari tahap input, proses kegiatan, output, hasil sampai dengan dampak program, sebagaimana tabel

2.1. berikut :

**Tabel 2.1.** Kerangka Kerja Monitoring dan Evaluasi

<b>Asesmen &amp; Perencanaan</b>	<b>Input (Sumber daya)</b>	<b>Kegiatan (Pelayanan)</b>	<b>Output (Hasil Langsung)</b>	<b>Hasil (Hasil antara)</b>	<b>Dampak (Hasil jangka panjang)</b>
1. Estimasi 2. Pemetaan 3. Analisis epidemic 4. Analisis respon	1. Dana 2. Kebijakan 3. Sistem Komunitas 4. Kelembagaan 5. Fasilitas	Program: 1. PMTS 2. HR dan PBAM 3. LKB 4. SUFA 5. PMTCT 6. TB/HI 7. Pengetahuan remaja 8. Mitigas dampak	1. Tenaga terlatih 2. Populasi terjangkau 3. Kondom terdistribusi 4. Tes terlaksana 5. Klien terlayani 6. Alat suntik steril terdistribusi	1. Pengetahuan remaja 2. Pengetahuan populasi kunci 3. Pemakaian kondom 4. Pemakaian alat suntik 5. Prevalensi IMS	1. Prevalensi HIV 2. Kematian AIDS 3. Stigma & diskriminasi 4. Kualitas hidup ODHA
Data pengembangan program		Data program			Data biologis, perilaku dan sosial berbasis populasi

Sumber : Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Nasional (2015) (24).

## 1. Indikator Input

Indikator input meliputi pengeluaran dana baik oleh mitra pengembangan nasional maupun internasional, pengembangan kebijakan HIV/AIDS serta status implementasi kebijakan tersebut, dan penguatan kelembagaan yang mencakup kelembagaan KPA (berikut seluruh sektor yang menjadi anggota) baik di tingkat nasional maupun daerah. Indikator ini penting untuk menilai perkembangan keberlanjutan program (24).

## 2. Indikator Kegiatan

### a. PMTS (Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual)

PMS/STD merupakan satu kelompok penyakit yang penularannya terutama melalui hubungan seksual baik secara genito-genital, oro-genital dan ano-genital. Secara garis besar PMS dapat digolongkan menjadi kelompok yaitu;

- 1) PMS dengan gejala klinis berupa keluarnya cairan tubuh (sekret) dari alat kelamin yaitu penyakit gonorea dan uretritis non spesifik
- 2) PMS dengan gejala klinis berupa luka di alat kelamin misalnya penyakit sifilis, ulkus mole (chancroid) dan herpes genitalis.
- 3) PMS dengan gejala klinis berupa benjolan/tumor, misalnya pada penyakit limfogranuloma venereum dan kondiloma akuminata.
- 4) PMS yang tidak memberi gejala pada tahap permulaan misalnya pada penyakit hepatitis B dan infeksi HMAIDS (27).

### b. HR dan PBAM

Program *Harm Reduction* berlangsung sepanjang 2006-2010 sebab penularan utama HIV/AIDS di masa tersebut didominasi penggunaan jarum

suntik sebagai cara memakai zat psikotropika oleh para pecandu narkoba. Pemerintah lalu memberikan alat suntik steril dan pemberian layanan Methadone untuk membebaskan pengguna narkoba dari kecanduannya sekaligus mengantisipasi penggunaan jarum suntik dengan menyediakan alat yang lebih aman. Gerakan ini terbukti cukup efektif mengubah cara pandang pengguna narkoba untuk lebih waspada akan penularan virus HIV/AIDS (28).

c. LKB (Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan)

Layanan komprehensif adalah upaya yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang mencakup semua bentuk layanan HIV dan IMS, seperti kegiatan KIE pengetahuan komprehensif, promosi penggunaan kondom, pengendalian faktor risiko, layanan Konseling dan Tes HIV, Perawatan Dukungan dan Pengobatan (PDP), Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA), Pengurangan Dampak Buruk Narkoba, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA), layanan IMS, Pencegahan penularan melalui darah donor dan produk darah lainnya, serta kegiatan monitoring dan evaluasi serta surveilan epidemiologi di Puskesmas Rujukan dan Non-Rujukan termasuk fasilitas kesehatan lainnya dan Rumah Sakit Rujukan Kabupaten/Kota.

Layanan berkesinambungan adalah pemberian layanan HIV & IMS secara paripurna, yaitu sejak dari rumah atau komunitas, ke fasilitas layanan kesehatan seperti puskesmas, klinik dan rumah sakit dan kembali ke rumah atau komunitas; juga selama perjalanan infeksi HIV semenjak pihak terkait, baik pemerintah, swasta, maupun masyarakat (kader, LSM, kelompok dampingan sebaya, ODHA, keluarga, Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK), tokoh adat, tokoh agama

dan tokoh masyarakat serta organisasi/kelompok yang ada di masyarakat. Layanan komprehensif dan berkesinambungan juga memberikan dukungan baik aspek manajerial, medis, psikologis maupun sosial ODHA selama perawatan dan pengobatan untuk mengurangi atau menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya (25).

d. SUFA

Program SUFA (*Strategic Use of ARV*) merupakan bagian dari pelaksanaan layanan komprehensif berkesinambungan (LKB) yang bertujuan untuk meningkatkan cakupan tes HIV, meningkatkan cakupan ART serta meningkatkan retensi terhadap ART serta memberikan pelayanan yang lebih baik terkait akses terhadap terapi ARV karena semua pasien HIV yang datang untuk mengakses layanan kesehatan, terlepas berapapun tingkat CD4 nya dan dengan tingkat kesiapan seperti apapun, pada dasarnya berhak untuk mengikuti terapi ARV (2).

e. PMTCT

Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) atau *Prevention of Mother to Child Transmission* (PMTCT) merupakan bagian dari upaya pengendalian HIV-AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) di Indonesia serta Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Layanan PPIA diintegrasikan dengan paket layanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, dan kesehatan remaja di setiap jenjang pelayanan kesehatan dalam strategi Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) HIV-AIDS dan IMS (25).

f. TB/HI

Pandemi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) menimbulkan tantangan besar pada penanggulangan tuberkulosis (TB) pada semua tingkat. Tuberkulosis juga merupakan salah satu penyebab morbiditas paling sering dan salah satu penyebab kematian utama pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Kebijakan ini dimaksud untuk menanggapi permintaan negara-negara akan pedoman tentang pelaksanaan kegiatan kerja sama TB/HIV. Kebijakan ini merupakan pelengkap dan selaras dengan kegiatan inti dari program pencegahan dan pengendalian TB dan HIV/AIDS yang sudah ada. Pelaksanaan strategi DOTS merupakan kegiatan inti penanggulangan TB. Demikian pula dengan kegiatan pencegahan infeksi dan penyakit dan promosi kesehatan serta ketentuan perawatan dan pengobatan yang membentuk dasar dari pengendalian HIV/AIDS. Kebijakan ini tidak bermaksud untuk membentuk institusi atau program baru maupun yang berdiri sendiri. Yang dimaksudkan disini hanya mempromosikan peningkatan kerjasama antara program TB dan HIV/AIDS dalam ketentuan memberikan perawatan berkualitas yang berkesinambungan pada tingkat layanan orang dengan, atau berisiko TB dan orang dengan HIV/AIDS.

g. Pengetahuan remaja

Pemerintah telah membuat komitmen serius untuk meningkatkan surveilans seperti meningkatkan rawatan, dukungan dan pengobatan dengan upaya pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan HIV/AIDS dilakukan oleh pemerintah melalui konseling dan pendidikan kesehatan. Tingkat pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS dan cara penularannya menjadi salah satu faktor

pendukung sikap remaja terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Sebagai langkah awal untuk memperbaiki stigmatisasi dan diskriminasi terhadap ODHA dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS, perlu diketahui sejauh mana pengetahuan masyarakat mengenai HIV/AIDS dan bagaimana sikap masyarakat terhadap ODHA. Pengetahuan (*knowledge*) didefinisikan sebagai segala sesuatu yang diketahui atau kepandaian. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (29).

#### h. Mitigas dampak

Mitigasi dampak adalah upaya pengurangan dampak HIV/AIDS terutama pada kehidupan sosial dan ekonomi orang-orang yang terinfeksi dan terdampak HIV. Mitigasi dimaksudkan untuk mengurangi dampak HIV/AIDS terutama bidang ekonomi dan sosial. Mitigasi sebagaimana dimaksud dapat dilaksanakan secara persuasif, motivatif, dan koersif, baik dalam keluarga, masyarakat maupun panti social (24).

### 3. Indikator Output

Indikator output adalah cakupan program khususnya terhadap populasi kunci. Cakupan program nasional diukur terhadap seluruh populasi kunci yang dijangkau oleh program pencegahan, program perawatan, dukungan dan pengobatan serta pengurangan infeksi HIV vertikal. Indikator ini penting untuk menilai secara berkala perkembangan program di lapangan.

- a. Persentase populasi kunci yang terjangkau program pencegahan. Metode pengumpulan data: berasal dari data laporan rutin dan estimasi (Kemkes).



Frekuensi pengukuran: setiap tahun. Penanggung jawab: OMS dan sekretariat KPAN.

- b. Persentase ODHA yg mengetahui status HIV. Metode pengumpulan data: berasal dari data laporan rutin dan estimasi. Frekuensi pengukuran: bulanan. Penanggung jawab: Kemenkes.
- c. Persentase ODHA Dewasa (>14 tahun) yang memenuhi syarat ART mendapatkan ART. Metode pengumpulan data: berasal dari data laporan dan estimasi. Frekuensi pengukuran: triwulanan. Penanggung jawab: Kemenkes.
- d. Persentase ODHA Anak ( $\leq 14$  tahun) yang memenuhi syarat ART mendapatkan ART. Metode pengumpulan data: berasal dari data laporan rutin dan estimasi. Frekuensi pengukuran: triwulanan. Penanggung jawab: Kemenkes.
- e. Proporsi ODHA yang tetap mengkonsumsi ARV dalam 12 bulan. Metode pengumpulan data: berasal dari data laporan kohort rutin. Frekuensi pengukuran: setiap tahun. Penanggung jawab: Kemenkes.
- f. Persentase pasien koinfeksi TB-HIV yang mendapat pengobatan ARV. Metode pengumpulan data: berasal dari data laporan rutin. Frekuensi pengukuran: triwulanan. Penanggung jawab: Kemenkes.
- g. Persentase ibu hamil di tes HIV. Metode pengumpulan data berasal dari data laporan rutin. Frekuensi pengukuran: setiap bulan. Penanggung jawab: Kemenkes.

- h. Persentase Ibu Hamil HIV mendapat ARV. Metode pengumpulan data: berasal dari data laporan rutin. Frekuensi pengukuran: setiap bulan. Penanggung jawab: Kemenkes.
- i. Persentase bayi lahir hidup dari Ibu HIV mendapat ARV profilaksis. Metode pengumpulan data: berasal dari data laporan rutin. Frekuensi pengukuran: setiap bulan. Penanggung jawab: Kemenkes
- j. Proporsi rumah tangga miskin yang menerima dukungan ekonomi selama 3 bulan. Metode pengumpulan data: berasal dari data survei. Frekuensi pengukuran: setiap tahun dan 5 tahun sekali. Penanggung jawab: Kemensos, dan TNP2K
- k. Proporsi ODHA yang mengikuti program JKN. Metode pengumpulan data: berasal dari data survey khusus. Penanggung jawab: Sekretariat KPAN.
- l. Jumlah kasus kekerasan berbasis gender. Frekuensi pengukuran: setiap tahun. Metode pengumpulan data: laporan rutin. Penanggung jawab: Kemeneg PP, Komnas Perempuan, dan IPPI (24).

#### **2.2.11. Strategi Pemerintah Terkait dengan Program Pengendalian HIV-AIDS dan IMS**

- 1. Meningkatkan penemuan kasus HIV secara dini
  - a. Daerah dengan epidemi meluas seperti Papua dan Papua Barat, penawaran tes HIV perlu dilakukan kepada semua pasien yang datang ke layanan kesehatan baik rawat jalan atau rawat inap serta semua populasi kunci setiap 6 bulan sekali.

- b. Daerah dengan epidemi terkonsentrasi maka penawaran tes HIV rutin dilakukan pada ibu hamil, pasien TB, pasien hepatitis, Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP), pasien IMS, pasangan tetap ataupun tidak tetap ODHA dan populasi kunci seperti Wanita Pekerja Seks (WPS), waria, Lelaki Suka Lelaki (LSL) dan penasun.
  - c. Kabupaten/kota dapat menetapkan situasi epidemi di daerahnya dan melakukan intervensi sesuai penetapan tersebut, melakukan monitoring & evaluasi serta surveilans berkala.
  - d. Memperluas akses layanan KTHIV dengan cara menjadikan tes HIV sebagai standar pelayanan di seluruh Fasilitas Kesehatan (FASKES) pemerintah sesuai status epidemi dari tiap kabupaten/kota
  - e. Dalam hal tidak ada tenaga medis dan/atau teknisi laboratorium yang terlatih, maka bidan atau perawat terlatih dapat melakukan tes HIV.
  - f. Memperluas dan melakukan layanan KTHIV sampai ke tingkat puskesmas
  - g. Bekerja sama dengan populasi kunci, komunitas dan masyarakat umum untuk meningkatkan kegiatan penjangkauan dan memberikan edukasi tentang manfaat tes HIV dan terapi ARV.
  - h. Bekerja sama dengan komunitas untuk meningkatkan upaya pencegahan melalui layanan IMS dan PTRM
2. Meningkatkan cakupan pemberian dan retensi terapi ARV, serta perawatan kronis
    - a. Menggunakan rejimen pengobatan ARV kombinasi dosis tetap (KDT-*Fixed Dose Combination*-FDC), di dalam satu tablet mengandung tiga

obat. Satu tablet setiap hari pada jam yang sama, hal ini mempermudah pasien supaya patuh dan tidak lupa menelan obat.

- b. Inisiasi ARV pada fasyankes seperti puskesmas
  - c. Memulai pengobatan ARV sesegera mungkin berapapun jumlah CD4 dan apapun stadium klinisnya pada:
    - 1) Kelompok populasi kunci, yaitu: pekerja seks, lelaki seks lelaki, pengguna napza suntik, dan waria, dengan atau tanpa IMS lain
    - 2) Populasi khusus, seperti: wanita hamil dengan HIV, pasien ko-infeksi TB-HIV, pasien ko-infeksi Hepatitis-HIV (Hepatitis B dan C), ODHA yang pasangannya HIV negatif (pasangan sero-diskordan), bayi/anak dengan HIV (usia <5 tahun).
    - 3) Semua orang yang terinfeksi HIV di daerah dengan epidemi meluas
  - d. Mempertahankan kepatuhan pengobatan ARV dan pemakaian kondom konsisten melalui kondom sebagai bagian dari paket pengobatan.
  - e. Memberikan konseling kepatuhan minum obat ARV
3. Memperluas akses pemeriksaan CD4 dan viral load (VL) termasuk *early infant diagnosis* (EID), hingga ke layanan sekunder terdekat untuk meningkatkan jumlah ODHA yang masuk dan tetap dalam perawatan dan pengobatan ARV sesegera mungkin, melalui sistem rujukan pasien ataupun rujukan spesimen pemeriksaan.
  4. Peningkatan kualitas layanan fasyankes dengan melakukan mentoring klinis yang dilakukan oleh rumah sakit atau FKTP.

5. Mengadvokasi pemerintah lokal untuk mengurangi beban biaya terkait layanan tes dan pengobatan HIV-AIDS. (28)

#### **2.2.12. Peran dan Tanggung Jawab Pemerintah dan Masyarakat**

Efektivitas upaya nasional untuk menanggulangi ancaman HIV/AIDS di Indonesia tergantung pada kerjasama semua pihak. Rencana yang rinci dan tanggung jawab operasional akan dikembangkan untuk masing-masing kegiatan namun secara garis besar pembagian tugas dan tanggung jawab adalah sebagai berikut :

1. Pemerintah

- a. Tingkat Pusat

Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat sebagai Ketua Komisi dibantu oleh beberapa Menteri sebagai Wakil Ketua dan Anggota, mengkoordinasikan penyusunan rencana kebijakan nasional tentang pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dengan titik berat pada ketahanan keluarga. Tugas dan tanggung jawab Komisi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS secara rinci adalah :

- 1) Membina dan menyediakan layanan teknis dan layanan sosial yang dibutuhkan program penanggulangan HIV/AIDS berada di luar jangkauan/kemampuan masyarakat;
- 2) Bekerjasama dengan para mitra dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS, dengan mengembangkan petunjuk-petunjuk yang tepat untuk menjamin pengelolaan kasus dan pelayanan langsung yang merata dan berkualitas, sesuai kebutuhan;

- 3) Mengembangkan dan memelihara lingkungan dan tata cara kerja yang mendorong, memudahkan dan mendukung kegiatan penanggulangan HIV/AIDS yang kreatif dan bertanggung jawab dilakukan oleh berbagai kelompok masyarakat dan lembaga non pemerintah.

b. Tingkat Propinsi dan Kabupaten/Kotamadya

Upaya penanggulangan HIV/AIDS di daerah dipimpin oleh Gubernur Kepala Daerah Tingkat I, Bupati/Walikota KDH TK II, dengan peran aktif para pejabat Pemerintah dari sektor terkait, wakil-wakil dari lembaga dan Organisasi Non Pemerintah serta universitas/lembaga pendidikan tinggi di daerah. Tugas dan tanggung jawab Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Daerah adalah :

- 1) Memimpin, mengelola dan mengkoordinasikan kegiatan penanggulangan HIV/AIDS di daerah;
- 2) Mengidentifikasi lokasi/wilayah yang potensial untuk penyebaran HIV/AIDS yang lebih cepat;
- 3) Menghimpun, menggerakkan dan memanfaatkan sumber-sumber daya secara efektif;
- 4) Menjamin alokasi anggaran/dana untuk penanggulangan HIV/AIDS dari sumber-sumber lokal;
- 5) Secara efektif dan efisien memanfaatkan sumber daya dan dana baik yang berasal dari tingkat pusat, daerah, masyarakat maupun luar negeri;

- 6) Membantu dan memudahkan upaya masyarakat, lembaga dan Organisasi Non Pemerintah dalam memobilisasi sumber daya dan dana untuk kegiatan penanggulangan HIV/AIDS.

c. Tingkat Kecamatan

Upaya pananggulangan HIV/AIDS di Tingkat Kecamatan dipimpin oleh Camat, dengan kerjasama para pelaksana sektor terkait, wakil-wakil dari masyarakat lembaga dan Organisasi Non Pemerintah setempat. Tugas dan tanggung jawab Camat dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS di Kecamatan adalah :

- 1) Memimpin, mengelola dan mengkoordinasikan kegiatan penanggulangan HIV/AIDS di kecamatannya:
- 2) Mengidentifikasi lokasi/wilayah yang potensial untuk penyebaran HIV/AIDS yang lebih cepat:
- 3) Menghimpun menggerakkan dan memanfaatkan sumber daya dan dana setempat secara efektif dan membantu kelancaran upaya masyarakat dan lembaga/Organisasi Non Pemerintah dalam kegiatan penanggulangan HIV/ AIDS.

d. Tingkat Kelurahan dan desa.

Lurah/Kepala Desa memegang peran kunci dalam memimpin pelaksanaan pencegahan/penanggulangan HIV/AIDS dalam wilayahnya masing-masing. Tugas dan fungsinya adalah :

- 1) Mendorong upaya masyarakat dan memberikan kemudahan untuk kegiatan kelompok-kelompok masyarakat sesuai jiwa dan semangat Strategi Nasional;
- 2) Bekerjasama dengan perangkat pemerintah untuk menjamin pelaksanaan kegiatan yang efektif dan efisien program penanggulangan HIV/AIDS ditingkat Kelurahan dan Desa.

## 2. Masyarakat

### a. Rumah tangga dan keluarga

Keluarga merupakan unit sosial yang sangat penting untuk mengembangkan pola perilaku yang sehat dan bertanggung jawab dan yang memberikan pelayanan dan dukungan pertama dan utama bagi mereka yang hidup dengan HIV/AIDS. Keluarga sebagai unit terkecil masyarakat perlu ditingkatkan ketahanannya dengan meningkatkan dan memantapkan peran serta fungsi-fungsi keluarga agar ikut bertanggung jawab membina anggotanya untuk mencegah penularan HIV/AIDS serta tidak bersikap diskriminatif terhadap pengidap HIV/serta penderita AIDS.

### b. Lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan Organisasi/Lembaga Non Pemerintah.

LSM dan Organisasi/lembaga Non Pemerintah memainkan peranan yang penting dan diakui sebagai mitra setara dalam usaha nasional untuk penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Untuk menjangkau orang-orang dan kelompoknya, dengan kebutuhan khusus antara lain kelompok remaja, agama, wanita, profesi yang biasanya tidak atau sulit-terjangkau o



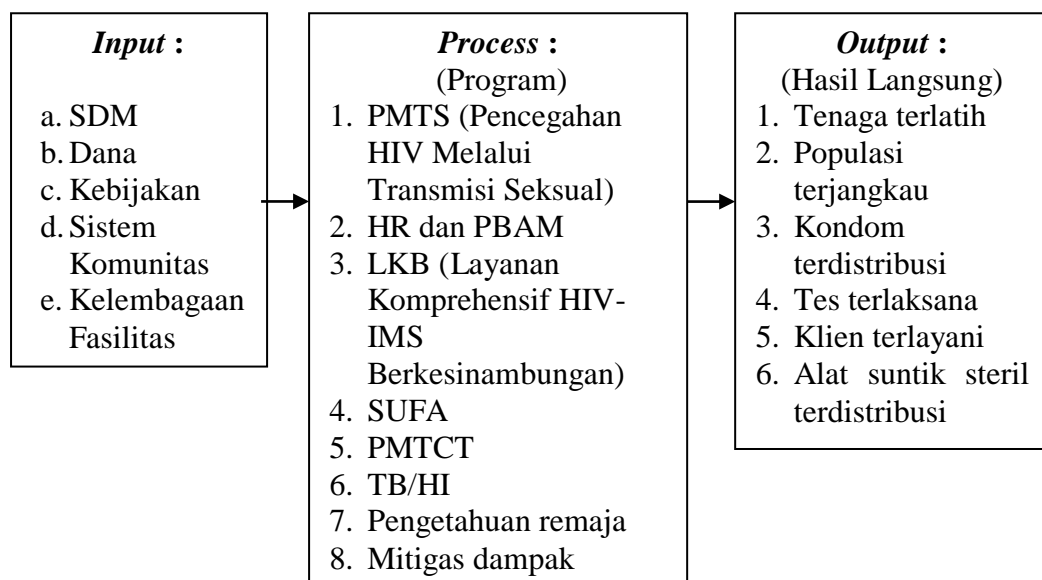
oleh petugas pemerintah. Untuk mendukung kegiatan LSM, Organisasi/Lembaga Non Pemerintah secara optimal dapat dikembangkan pusat data dan informasi serta jaringan kerjasama yang efektif.

### 3. Dunia usaha/swasta

Peranan dunia usaha/swasta sebagai mitra setara dalam usaha Nasional Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia sangat penting untuk mempercepat dan memperluas jangkauan upaya penanggulangan HIV/AIDS dalam lingkungan sendiri serta menunjang dana, sarana, tenaga ahli dan lain-lain upaya penanggulangan HIV/AIDS Nasional (31).

### 2.3. Kerangka Teori

Adapun kerangka teori penelitian dapat digambarkan sebagai berikut:

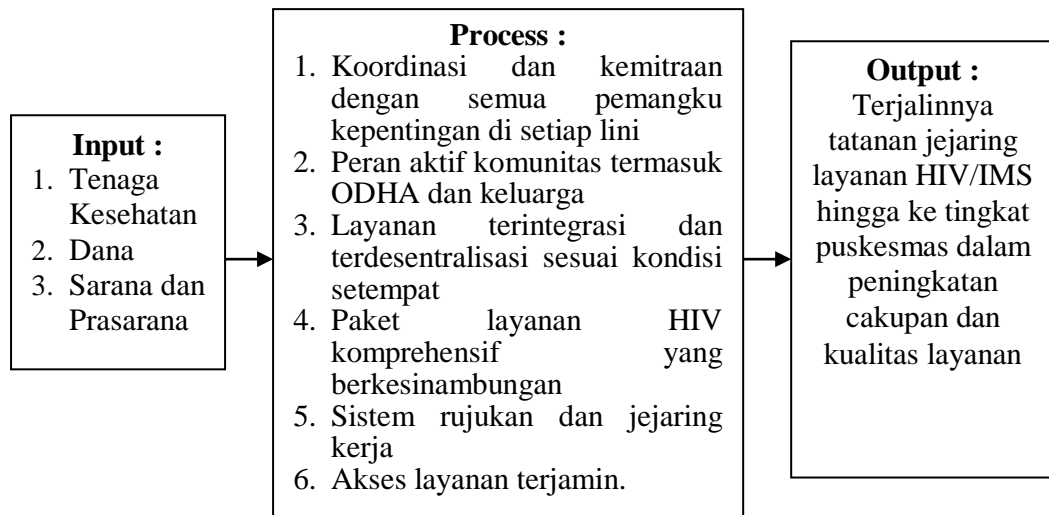


Sumber : Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Nasional (2015)

**Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian**

## 2.4. Kerangka Pikir

Adapun kerangka pikir penelitian dapat digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 2.2. Kerangka Pikir**

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan wawancara mendalam terhadap informan agar diketahui secara jelas dan lebih mendalam tentang analisis faktor yang memengaruhi kurang efektifnya implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019. Pendekatan kualitatif digunakan untuk mendapatkan data yang mendalam, data tersebut merupakan data pasti yang merupakan nilai dibalik data yang tampak (12). Penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi karena mengungkapkan pengalaman tenaga kesehatan dalam melaksanakan program menanggulangi penyakit HIV/ADIS di Kabupaten Simeulue.

#### **3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### **3.2.1. Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian akan dilaksanakan di Puskesmas Simeulue Timur Kabupaten Simeulue. Alasan pengambilan lokasi ini adalah puskesmas yang memiliki kasus tertinggi HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue sampai bulan Juni 2018 mencapai 11 kasus.

##### **3.2.2. Waktu Penelitian**

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Juni 2018 sampai dengan Juli 2019, dimulai dari survei penelitian, pembimbingan, pengumpulan data sampai seminar.

### 3.3. Informan Penelitian

Penelitian kualitatif tidak dimaksudkan untuk membuat generalisasi dari penelitiannya. Oleh karena itu pada penelitian kualitatif tidak mengenal adanya populasi dan sampel. Subjek penelitian menjadi informan yang akan memberikan berbagai informasi yang diperlukan selama proses penelitian (32).

Informan adalah orang yang diharapkan dapat memberikan informasi tentang situasi dan kondisi mengenai fokus penelitian. Informan penelitian terbagi atas :

1. Informan kunci yaitu mereka yang mengetahui dan memiliki informasi pokok yang diperlukan. Adapun informan kunci pada penelitian ini adalah 1 orang Kepala Puskesmas Simeulue Timur, 1 orang dokter di Puskesmas Simeulue Timur, 1 orang penanggung jawab program HIV/AIDS dari Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue dan 1 orang penanggung jawab program HIV/AIDS dari Puskesmas Simeulue Timur.
2. Informan utama yaitu mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial. Adapun informan utama dalam penelitian ini adalah 3 informan pasien HIV/AIDS.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik *purposive sampling* untuk menentukan sumber data. *purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel menurut kehendak peneliti dengan cara menetapkan ciri-ciri khusus yang sesuai dengan tujuan penelitian sehingga diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian (12).

Kriteria Inklusi :

- a. Pasien menderita HIV/AIDS.
- b. Pasien tidak sedang menderita gejala penyakit parah.
- c. Dapat membaca dan menulis.
- d. Bersedia menjadi responden.

### 3.4. Defenisi Operasional

1. Masukan (*input*) adalah segala sesuatu yang dibutuhkan dalam implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS agar dapat berjalan dengan baik, meliputi : dana, kebijakan, sistem komunitas dan kelembagaan fasilitas.
  - a. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan, memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang memerlukan kewenangan dalam menjalankan pelayanan kesehatan dalam hal ini berkaitan dengan program penanggulangan penyakit HIV/AIDS. Adapun poin yang dinilai adalah tentang kuantitas, meliputi jumlah dari tenaga kesehatan, kompetensi dari tenaga kesehatan di Puskesmas meliputi keterampilan dan tanggung jawab yang dimiliki sebagai syarat untuk dianggap mampu melaksanakan program penanggulangan penyakit HIV/AIDS, serta pengorganisasian tenaga kesehatan meliputi struktur organisasi dan pembagian tugas.
  - b. Sarana dan prasarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud atau tujuan. Prasarana yaitu segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu

proses. Termasuk didalamnya yaitu : Area untuk pasien rawat jalan, tempat khusus untuk konseling, ketersediaan obat dan ruang pertemuan/ ruang kerja tim penanggulangan penyakit HIV/AIDS, dan lain-lain.

2. Proses adalah serangkaian kegiatan yang dirancang dalam usaha meningkatkan kompetensi input dan menghasilkan output yang bermutu, berdasarkan atas 6 pilar.
  - a. Pilar 1 : Koordinasi dan kemitraan dengan semua pemangku kepentingan. Yang menjadi fokus adalah pelaksanaan forum koordinasi penanggulangan penyakit HIV/AIDS secara berkala serta kendala dalam mewujudkan koordinasi dan kemitraan dengan semua pemangku kepentingan.
  - b. Pilar 2 : Peran aktif komunitas termasuk ODHA. Yang menjadi fokus adalah keterlibatan ODHA dalam mendukung program LKB dan kemitraan ODHA dalam perencanaan, penyelenggaraan layanan dan evaluasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS
  - c. Pilar 3 : Layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat. Yang menjadi fokus adalah pelaksanaan layanan dan cakupan pelayanan skrining TB-HIV, terapi ARV, konseling dan tes HIV di Puskesmas Kabupaten Simeulue.
  - d. Pilar 4 : Paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan, yang mencakup isi paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan di Puskesmas Kabupaten Simeulue.
  - e. Pilar 5 : Sistem rujukan dan jejaring kerja, yang mencakup mekanisme sistem rujukan.

- f. Pilar 6 : Akses layanan terjamin, yang mencakup sosialisasi pada tokoh/ pemimpin setempat terkait bahaya pelecehan, pengucilan, dan diskriminasi populasi kunci (Pengguna narkoba suntik, Lelaki Suka Lelaki, Pekerja Seks, dan sebagainya)
3. *Output* adalah sesuatu yang terjadi akibat proses tertentu dengan menggunakan masukan/input yang telah ditetapkan yaitu terjalannya tatanan jejaring layanan HIV/IMS hingga ke tingkat puskesmas dalam peningkatan cakupan dan kualitas layanan.

### **3.5. Metode Pengumpulan Data**

#### **3.5.1. Jenis Data**

Data yang akan dikumpulkan dalam penelitian ini terdiri dari 3 (tiga) jenis yaitu data primer, data sekunder, dan data tertier.

##### 1) Data Primer

Data primer merupakan data yang dikumpulkan sendiri oleh perorangan/ suatu organisasi secara langsung dari obyek yang diteliti dan untuk kepentingan studi ini diperoleh melalui *interview* (wawancara).

##### 2) Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh atau dikumpulkan berupa data dokumentasi dan arsip-arsip resmi yang mendukung data primer serta peraturan pemerintah yang berkaitan dengan penelitian ini.

### 3) Data Tertier

Data tertier merupakan data yang diperoleh dari berbagai referensi yang sangat valid seperti jurnal, *text book*, hasil penelitian yang sudah dipublikasikan.

#### **3.5.2. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling utama dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. menurut Sugiyono, bila dilihat dari segi cara atau teknik pengumpulan data, maka teknik pengumpulan data dapat dilakukan dengan observasi dan wawancara, angket dan dokumentasi (12). Namun dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah dengan melalui tiga metode, yaitu:

##### 1. Observasi

Observasi bertujuan untuk mengamati subjek dan objek penelitian, sehingga peneliti dapat memahami kondisi yang sebenarnya. Pengamatan yang dilakukan dalam penelitian adalah kegiatan penderita HIV/AIDS mendapatkan pelayanan kesehatan, kegiatan VCT Puskesmas Simelue Timur, dan peran penderita HIV/AIDS serta tatanan jejaring layanan HIV/IMS.

##### 2. Wawancara

Wawancara merupakan pertemuan dua orang atau lebih untuk bertukar informasi (interkasi) dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tersebut. Dengan wawancara, maka peneliti akan mengetahui hal-hal yang lebih mendalam tentang informan dalam menginterpretasikan situasi dan fenomena yang terjadi, dimana hal ini tidak bisa



ditemukan melalui observasi (12). Dalam penelitian ini peneliti terlebih dahulu menyusun pedoman wawancara atau wawancara terstruktur untuk mempermudah dalam menggali informasi yang informan. Instrumen wawancara terdiri dari koordinasi dan kemitraan, peran aktif ODHA, layanan terintegrasi dan terdesentralisasi, paker layanan HIV komprehensif, sistem rujukan dan akses layanan terjamin,

### 3. Dokumentasi

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental seseorang. Hasil penelitian dari observasi atau wawancara akan lebih kredibel kalau didukung oleh dokumen-dokumen yang bersangkutan. Dokungan yang dibutuhkan dalam penelitian antara lain tata kerja penanggulangan HIV/AIDS, dokumen dan laporan HIV/AIDS.

### 3.6. Teknik Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan konsep penting yang diperbaharui dari konsep kesahihan (validitas) atas kehandalan (reabilitas). Derajat kepercayaan atau kebenaran suatu penilaian akan ditentukan oleh standar apa yang digunakan. Kriteria yang digunakan untuk memeriksa keabsahan data, antara lain derajat Kepercayaan (*Credibility*) dengan beberapa teknik pemeriksaan seperti triangulasi dan kecukupan referensial, Keteralihan (*Transferability*) sebagai persoalan empiris bergantung pada pengamatan antara konteks pengirim dan penerima, Kebergantungan (*Dependability*) dilakukan dengan melakukan pemeriksaan terhadap keseluruhan proses penelitian, Kepastian (*Confirmability*) merupakan

pengujian hasil penelitian, dikaitkan dengan proses yang dilakukan dalam penelitian, jangan sampai proses tidak ada tetapi hasilnya ada (32).

Dalam pengujian keabsahan data penelitian, metode yang digunakan peneliti yaitu pengujian *credibility*. Kredibilitas data atau ketepatan dan keakuratan suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari penelitian yang dilakukan. Suatu hasil penelitian dapat dikatakan memiliki kredibilitas tinggi atau baik ketika hasil-hasil temuan penelitian tersebut dapat dikenali dengan baik oleh para partisipasinya dalam konteks sosial mereka. Pada penelitian ini pengujian kredibilitas antara lain perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dan triangulasi.

### **3.7. Teknik Analisa Data**

Pengolahan dan analisis data menggunakan analisis deskriptif yang dilakukan untuk menganalisis program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang didasarkan data deskriptif dari status, keadaan, sikap, hubungan atau sistem pemikiran suatu masalah yang menjadi objek penelitian. Setelah mendapatkan data-data yang diperoleh dalam penelitian ini, maka langkah selanjutnya adalah mengolah data yang terkumpul dengan menganalisis data, mendeskripsikan data, serta mengambil kesimpulan. Untuk menganalisis data ini menggunakan teknik analisis data kualitatif, karena data-data yang diperoleh merupakan kumpulan keterangan-keterangan. Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang

tersedia dari berbagai sumber, yaitu melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi.

Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung, setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Pada saat wawancara, peneliti sudah melakukan analisis terhadap jawaban dari informan. Apabila jawaban yang diwawancarai setelah dianalisis terasa belum memuaskan, peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi, sampai tahap tertentu sehingga datanya sudah tidak jenuh.

Aktivitas dalam menganalisis data kualitatif yaitu antara lain:

1. Reduksi Data (*Reduction Data*)

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemisahan, perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Laporan atau data yang diperoleh di lapangan akan dituangkan dalam bentuk uraian yang lengkap dan terperinci. Data yang diperoleh dari lapangan jumlahnya akan cukup banyak, sehingga perlu dicatat secara teliti dan rinci. Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, serta dicari tema dan polanya.

Dengan demikian, data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya. Data yang diperoleh dari lokasi penelitian dituangkan dalam uraian laporan lengkap dan terperinci. Laporan lapangan direduksi, dirangkum, dipilih hal-hal pokok, difokuskan pada hal-hal penting kemudian dicari tema atau polanya.

## 2. Penyajian Data (*Data Display*)

Penyajian data dilakukan dengan tujuan untuk mempermudah peneliti dalam melihat gambaran secara keseluruhan atau bagian tertentu dari penelitian. Penyajian data dilakukan dengan cara mendeskripsikan hasil wawancara yang dituangkan dalam bentuk uraian dengan teks naratif, dan didukung oleh dokumen-dokumen, serta foto-foto maupun gambar sejenisnya untuk diadakanya suatu kesimpulan.

## 3. Penarikan Kesimpulan (*Concluting Drawing*)

Penarikan Kesimpulan yaitu melakukan verifikasi secara terus menerus sepanjang proses penelitian berlangsung, yaitu selama proses pengumpulan data. Peneliti berusaha untuk menganalisis dan mencari pola, tema, hubungan persamaan, hal-hal yang sering timbul, hipotesis dan sebagainya yang dituangkan dalam kesimpulan yang tentatif. Dalam penelitian ini, penarikan kesimpulan dilakukan dengan pengambilan intisari dari rangkaian kategori hasil penelitian berdasarkan observasi dan wawancara.

Dalam penelitian ini, peneliti merangkum hasil wawancara dalam bentuk matriks, dimana pengembangan matriks akan membantu untuk menemukan hubungan antara kategori. Kemungkinan hubungan yang terjadi dari dimensi ruang, objek, tindakan, kegiatan, acara, waktu, aktor, tujuan dan perasaan informan sehingga diperoleh gambaran yang komprehensif dari semua hubungan (33).

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

##### **4.1.1. Geografis**

###### **1. Letak Geografis**

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Simeulue Timur Kecamatan Simeulue. Puskesmas Simeulue Timur merupakan salah satu Puskesmas yang ada di Kabupaten Simeulue dengan status Puskesmas Non Rawatan. Puskesmas Simeulue Timur berada di Kabupaten Simeulue terdiri dari 10 Desa. Dimana jarak  $\pm 15$  Km dianggap sebagai desa jauh, sedangkan desa yang memiliki jarak tempuh  $\pm 1$  Km atau 5 menit sampai dengan 15 menit ke Puskesmas di anggap desa dekat.

Puskesmas Simeulue Timur Dengan luas wilayah 17.595,25 Km<sup>2</sup> terdiri dari daerah pegunungan dengan laut Hindia dengan Iklim yaitu musim hujan dan musim kemarau dimana musim hujan berlangsung selama 9 bulan sedangkan musim kering berlangsung selama 3 bulan. Sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Teupah Tengah, sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Teluk Dalam dan sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Teupah Selatan.

##### **4.1.2. Sosial Budaya**

Masyarakat Simeulue merupakan masyarakat yang heterogen dengan banyak suku dari berbagai daerah. ada suku melayu, suku aceh, suku batak, dan suku padang, sebagian besar menggantungkan hidup dan ekonominya dari hasil laut (ikan, udang, kepiting, lobster dan lain-lain) Pulau ini memiliki tiga bahasa

yaitu bahasa Devayan (Simolol), bahasa Leukon dan bahasa Sigulai yang digunakan sebagian besar masyarakat. Untuk daerah sekitar kota Sinabang menggunakan bahasa masyarakat pesisir Sumatera (bahasa Aneuk Jamee).

Masyarakat Simeulue dengan mayoritas penduduk beragama islam, mempunyai adat dan budaya tersendiri berbeda dengan saudara-saudaranya di daratan Aceh. Pulau Simeulue pada dasarnya masih sangat jauh dari hiruk pikuk suasana seperti perkotaan yang memiliki aktifitas 24 jam. Umumnya masyarakat hidup dengan suasana pedesaan tidak mengenal kehidupan malam seperti di daerah-daerah aceh lainnya, mengingat pulau simeulue berada jauh dari daratan Aceh, kehidupan di simeulue masih kental dengan suasana kekeluargaan antar masyarakatnya, aktifitas anak-anak kecil maupun dewasa pada siang dan malam hari di penuh dengan kegiatan keagamaan.

Dengan kondisi pulau Simeulue yang masih jauh dari perkotaan banyak anak-anak simeulue yang memilih keluar dari Simeulue untuk mencari pekerjaan lain di luar Simeulue dan hampir 100 % anak Simeulue juga setelah menyelesaikan tingkat pendidikan SMA melanjutkan pendidikan diluar Pulau seperti kota Banda Aceh, Medan Jakarta dan daerah Jawa. Di perkotaan mereka menemukan hal-hal baru yang tidak mereka temui di pulau Simeulue, banyak anak-anak Simeulue yang tidak dapat mengontrol perilaku selama merantau baik yang mencari pekerjaan maupun yang melanjutkan pendidikan sehingga mereka terjerumus pada hal-hal negative seperti menggunakan narkoba, beraktifitas sex yang berisiko sehingga menjadikan mereka berisiko tertular berbagai penyakit menular seperti penyakit HIV/AIDS, TB, Sifilis, dan penyakit Infeksi Menular Seksual lainnya.

#### **4.1.3. Kependudukan**

Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Simeulue Timur sebanyak 27.081 jiwa dimana penduduk laki – laki berjumlah 13.847 jiwa dan penduduk perempuan 13. 234 jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk rata – rata tahun 2016 dan 2018 adalah 1.5 % pertahun dengan kepadatan penduduk rata – rata 4,11 % jiwa/Km<sup>2</sup>.

#### **4.1.4. Kesehatan**

Puskesmas Simeulue Timur terletak di Jl. Letkol Ali Hasan Desa Suka Karya Kecamatan Simelue Timur Kota Sinabang. Fasilitas Puskesmas Simeulue Timur terdiri dari 15 (lima belas) Polik Klinik umum, Poli Klinik Anak, Ruang Rekam Medik, Poli Gigi, Ruang Laboratorium, Ruang Apotik, Ruang KIA/Gizi, Ruang KB, Poli Keswa, Ruang P2M/Kesling/Promkes, Ruang Acupresure, Ruang Imunisasi, Ruang TU, Ruang Kepala Puskesmas dan Aula. Dengan jumlah sumber daya kesehatan terdiri dari 1 orang Kepala Puskesmas, 1 orang KTU, 3 orang dokter Umum, 1 Orang dokter Gigi, 5 orang MKM, 5 orang SKM, 10 orang Perawat, 11 orang Bidan, 1 orang analis kesehatan, 1 orang petugas gizi, 1 orang Apoteker, 2 orang asisten Apoteker, 2 orang perawat Gigi, 3 orang SMA dan 1 orang SMP.

#### **4.1.5. Sarana Pendidikan**

Sarana Pendidikan yang ada di wilayah Kecamatan Simeulue Timur terdiri sarana pendidikan berjumlah 17 unit TK/PAUD, 12 unit SD Sederajat, 5 unit SMP Sederajat dan 6 unit SMA Sederajat.

#### **4.2. Gambaran Faktor Yang Memengaruhi Kurang Efektifnya Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue**

Program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue dipengaruhi oleh beberapa faktor yang tergabung dalam beberapa tahapan. Tahap pertama (Input) yaitu SDM, Dana, Sarana Prasarana, ketiga faktor tersebut memengaruhi kurang efektifnya Implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS, karena ditinjau dari aspek sumber daya manusia masih kurang tenaga kesehatan yang mendapatkan pelatihan khusus dalam penanggulangan HIV/AIDS, dari aspek pendanaan terhadap penanggulangan HIV/AIDS tersedia setiap tahun namun tidak cukup untuk memenuhi pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS. Selanjutnya dari aspek sarana prasarana masih sangat minim dalam hal penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue.

Faktor yang memengaruhi implementasi penanggulangan HIV/AIDS Kabupaten Simeulue meliputi tahapan (Proses) yaitu : belum terjalannya koordinasi dan kemitraan antar pihak-pihak yang terlibat dalam penanggulangan HIV/AIDS. Peran aktif komunitas termasuk ODHA dan keluarga selama ini belum pernah karena masih tingginya diskriminasi terhadap ODHA dan keluarga sehingga mereka menutup diri dalam bersosialisasi dengan lingkungan. Untuk layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat saat ini di Kabupaten Simeulue sudah mulai terlaksana seperti layanan TB-HIV HIV-IMS dan test HIV. Paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan belum terlaksana secara maksimal saat ini hanya ada satu program HIV/AIDS yaitu



Screening terhadap ibu hamil yang dilaksanakan secara konperhensif dan berkesinambungan.

Sistem rujukan dan jejaring kerja dalam penanggulangan HIV/AIDS sudah terjalin terutama dalam penemuan kasus baru HIV/AIDS dari tingkat pelayanan kesehatan dasar ke tingkat pelayanan lanjutan (RSUD Simeulue) dan sebaliknya dari RSUD ke Puskesmas tetapi rujukan RSUD Simeulue ke RSU Zainal Abidin Banda Aceh tidak mendapat *feedback*, hal ini disebabkan sitem rujuk balik sudah menggunakan aplikasi SIHA (sistem informasi HIV dan AIDS) dan RSUD Simeulue belum aktif dalam mengakses aplikasi tersebut. Untuk akses layanan terjamin dalam penanggulangan HIV/AIDS ODHA belum mendapatkan jaminan pelayanan yang sesuai dengan standar.

Faktor yang memengaruhi implementasi penanggulangan HIV/AIDS Kabupaten Simeulue meliputi tahapan (Output) yaitu : Belum terjalannya tatanan jejaring program HIV/AIDS baik dari pemerintah daerah, komisi penanggulangan AIDS, lintas sektor, lintas program, LSM, toko masyarakat dan ODHA sehingga cakupan dan kualitas layanan penanggulangan HIV/AIDS belum tercapai secara maksimal di Kabupaten Simeulue.

#### **4.2.1. Gambaran Umum Proses Penelitian**

Pengumpulan data dari informan menggunakan metode *indepth interview* (wawancara mendalam). Pemilihan subjek penelitian dilakukan dengan menemui informan terlebih dahulu berdasarkan data atau laporan dari penanggung jawab HIV/AIDS Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue, untuk menjelaskan maksud dan tujuan peneliti serta membuat jadwal untuk melakukan wawancara.

Sebelum melakukan wawancara mendalam dengan informan, peneliti berkunjung ketempat informan untuk melakukan observasi terhadap informan serta lingkungan tempat tinggalnya. Hal tersebut dilakukan untuk membangun kepercayaan agar informan dapat memberikan informasi secara terbuka dengan peneliti.

Letak tempat tinggal 3 orang informan kunci (ODHA) terletak di desa yang berbeda yang satu sama lain saling berjauhan dan mereka tidak saling mengenal satu sama lainnya.

Kegiatan wawancara mendalam dilakukan di tempat tinggal informan sesuai dengan keinginan informan. Waktu wawancara disesuaikan dengan waktu luang yang diberikan oleh informan. Waktu yang ditetapkan oleh informan 1 adalah sekitar pukul 11.00 WIB. Informan 2 menetapkan waktu wawancara dengan peneliti pukul 10.00 WIB tetapi pada saat peneliti datang ke rumah informan, informan tidak berada di rumah dan peneliti menanyakan ke tetangga informan keberadaan informan, peneliti mendapat informasi informan sedang bekerja menjadi buru cuci.

Peneliti selanjutnya pulang dan kembali berkunjung ke rumah informan pada pukul 12.00 WIB pada hari yang sama dan informan sudah berada di rumahnya. Informan 3 dapat diwawancarai sekitar pukul 20.00 WIB.

#### **4.2.2. Karakteristik Informan Kunci**

Informan dalam penelitian ini berjumlah 7 orang yaitu 4 orang tenaga Kesehatan yang bekerja di Dinas Kesehatan dan Puskesmas Simeulue Timur dan 3 orang ODHA. Informan utama dalam penelitian ini adalah pertama bernama

Fitra Angelin, SST., M.K.M. Saat ini berusia 32, alamat Desa Sinabang yang bertugas sebagai Kepala Puskesmas Simeulue Timur sejak tahun 2018 sampai dengan saat ini. Pendidikan terakhir S2 M.K.M Institut Kesehatan Helvetia Medan tahun 2015. Informan kedua bernama dr. Yuri Ona Lestari, salah satu dokter umum yang bertugas sebagai penanggung jawab medis Puskesmas Simeulue Timur, usia saat ini 36 tahun. Pendidikan terakhir SI Kedokteran Universitas Syiah Kuala Banda Aceh, informan bertugas di Puskesmas Simeulue Timur sejak Tahun 2014 sampai dengan saat ini.

Informan ketiga bernama Hasniar Eli, SST saat ini usia 40 tahun alamat Desa Lugu, pendidikan terakhir D-4 kebidanan Poltekes Kemenkes Aceh 2013. Informan tiga bertugas sebagai penanggung jawab program HIV/AIDS di Puskesmas Simeulue Timur dari tahun 2017 sampai saat ini.

Informan ke empat bernama Putri Raisah, SKM, saat ini berusia 31 tahun alamat Desa Suka Jaya dan bertugas sebagai penanggung jawab program HIV/AIDS Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue dari tahun 2014 sampai saat ini. Pendidikan terakhir SI SKM di Universitas Muhammadiyah Aceh.

#### **4.2.3. Karakteristik Informan Utama**

Informan utama dalam penelitian ini adalah tiga orang yang menjadi pasien rawat jalan di Puskesmas Simeulue Timur berumur antara 32 sampai dengan 40 tahun dan berstatus telah menikah. Jenis kelamin satu orang laki-laki dan dua orang perempuan. Jenis pekerjaan pada umumnya sebagai Ibu Rumah Tangga dan wiraswasta. Informan memiliki latar belakang pendidikan Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Sekolah Menengah Atas (SMA) berdomisili di

desa yang berbeda yaitu Desa Suka jaya, Desa Lugu dan Kompleks Ameria Bahagia.

Informan utama yang pertama, Ny. Sg pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga, suami bekerja sebagai wiraswasta dan sudah meninggal dunia , alamat Desa Air Dingin, umur 35 tahun dan diagnosa reaktif HIV/AIDS. Informan utama yang pertama hidup sebagai *single parent* dengan menghidupi 2 orang anak satu orang putri berusia 9 tahun dan satu orang putra berusia 2.5 tahun, suami informan telah meninggal dunia pada tanggal 08 Januari 2019 dengan kondisi terlahir sebagai ODHA. Informan pertama terinfeksi HIV dari suaminya yang positif HIV. Informan utama yang kedua, Ny. Yld pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga, suami bekerja sebagai nelayan dan telah meninggal Dunia pada tahun 2017 dengan status reaktif HIV/AIDS. Alamat desa Lugu umur 37 tahun. Informan utama yang kedua juga hidup sebagai *single parent* dengan satu orang Putra umur 12 tahun. Informan terinfeksi HIV dari suaminya yang reaktif HIV.

Informan utama yang ketiga bernama bpk. Brl pekerjaan wiraswasta. Informan terinfeksi HIV sewaktu merantau ke Batam dari tahun 2000 dan kemudian kembali ke Kabupaten Simelue pada tahun 2017 dalam kondisi AIDS.

Untuk menjaga kenyamanan dan kerahasiaan serta menghindari timbulnya tindakan diskriminasi terhadap ODHA, maka informan kunci yaitu ODHA meminta untuk dapat merahasiakan identitas mereka. Berikut uraian identitas pada tabel berikut ini:

**Tabel 4.1. Karakteristik Informan**

No	Karakteristik Informan	Keterangan	Jumlah
1	Pendidikan	SMP	1
		SMA	1
		DIII	1
		S1	3
		S2	1
2	Status Perkawinan	Kawin	5
		Janda	2
3	Pekerjaan	PNS	4
		Wiraswasta	1
		Ibu Rumah Tangga	2
4	Tempat Tinggal	Air Dingin	1
		Lugu	2
		Suka Jaya	1
		Sinabang	1
		Suka Karya	2

Secara detail karakteristik informan diuraikan di bawah ini

Nama Informan – 1	: Ny. SG (35 tahun ODHA)
Nama Suami	: Bpk Isr ( almarhum)
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Air Dingin
Nama Informan – 2	: Ny. Yld (37 tahun ODHA)
Nama Suami	: Bpk Drs ( almarhum)
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Desa Lugu
Nama Informan- 3	: Bpk. Brl (40 tahun ODHA)
Pekerjaan	: Wiraswasta
Nama Informan - 4	: Fitra Angelin ( 32 tahun)
Pekerjaan	: PNS ( Kepala Puskesmas)
Alamat	: Desa Sinabang
Nama Informan – 5	: dr. Yuri Ona Sofya (36 tahun)
Pekerjaan	: PNS ( dokter puskesmas)
Alamat	: Desa Suka Karya
Nama Informan – 6	: Putri Raisah, SKM ( 32 tahun)
Pekerjaan	: PNS- Penanggung Jawab HIV/AIDS Dinkes
Alamat	: Desa Suka Jaya
Nama Informan – 7	: Hasniar Eli, SST (40 tahun)
Pekerjaan	: PNS- Penanggung Jawab HIV/AIDS Puskesmas
Alamat	: Desa Lugu

### 4.3. Hasil Wawancara Informan Kunci

Hasil wawancara tentang faktor yang memengaruhi kurang efektifnya implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue 2019 yang diselenggarakan Puskesmas Simeulue Timur oleh kepala puskesmas, dokter puskesmas, pengelola/penanggungjawab program HIV/AIDS dari Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue dan pengelola/penanggungjawab program HIV/AIDS dari Puskesmas Simeulue Timur.

#### 1. Input

Hasil wawancara dengan informan tentang input atau masukan untuk mendukung program penanggulangan HIV/AIDS mencakup sumber daya manusia (SDM), dana dan sarana dan prasarana diperoleh informasi sebagai berikut.

#### a. Tenaga Kesehatan

**Tabel 4.2      Kebutuhan SDM dalam Mendukung Program Penanggulangan HIV/AIDS**

<b>Informan</b>	<b>Bagaimana kebutuhan tenaga kesehatan dalam program penanggulangan?</b>
01	Untuk kebutuhan tenaga sendiri atau SDM di bagian penanggulangan HIV-AIDS mungkin belum ada penambahan khusus karena menyangkut program tidak terlalu banyak. Jadi dengan tenaga yang ada sudah mencukupi.
02	Untuk tenaga hanya 1 orang penjab program HIV-AIDS, namun dokternya sendiri kurang terpapar dengan program jadi dokter perlu diikuti pelatihan mengenai program yang sedang berjalan dan yang selama ini berjalan. Untuk ke depannya koordinasi antar tenaga kesehatan lebih kompak lagi dan kita tahu apa yang harus dilakukan selanjutnya.
03	Kalau untuk kebutuhan tenaga kesehatan dalam pelayanan HIV-AIDS di dinas kesehatan belum memadai karena tenaga kesehatan yang terlatih hanya 1 tim di RS Simeulue sedang untuk penjab hanya 1 orang saya sendiri. Seharusnya di masing-masing puskesmas harus ada tim yang terlatih untuk melayani pasien HIV-AIDS.

---

04	Kalau untuk kebutuhan tenaga kesehatan hingga saat ini hanya saya sendiri selaku penjab, di sini belum ada VCT, kegiatan belum banyak hanya skrining ibu hamil saja ... ke depannya memang dibutuhkan penambahan jika kegiatannya ditambah atau ada VCT sehingga ada konselor dan sebagainya
----	--

---

Berdasarkan jawaban informan tentang pertanyaan mengenai kebutuhan tenaga kesehatan dalam program penanggulangan HIV/AIDS mengatakan bahwa kebutuhan SDM sementara ini sudah sesuai kebutuhan karena kegiatan dalam program penanggulangan HIV/AIDS yang dijalankan juga masih sedikit. Ke depannya jika ada penambahan kegiatan dalam program penanggulangan HIV/AIDS maka butuh penambahan SDM juga.

#### **b. Dana**

**Tabel 4.3 Kecukupan Dana dalam Mendukung Program Penanggulangan HIV/AIDS**

---

<b>Informan</b>	<b>- Bagaimana kecukupan dana dalam mendukung program penanggulangan HIV/AIDS?</b>
01	Kalau kita bahas pendanaan, sumber dananya dari dana BOK tetapi dana ini tidak khusus untuk penanggulangan HIV-AIDS saja karena kegiatannya belum terlalu banyak jadi tidak membutuhkan dana terlalu banyak.
02	Kalau saya sebagai dokter justru tidak pernah terpapar mengenai bagaimana pendanaan untuk program itu..
03	kalau untuk dana setiap tahun ada, namun tidak semua program ini terkaver dengan dana yang ada dalam sosialisasi dan penanggulangan HIV-AIDS sehingga ada beberapa yang kita alihkan ke tahun berikutnya.... kita laksanakan sesuai pagu yang diberikan oleh Bappeda atau pemerintah daerah
04	Selama ini pendanaan untuk penanggulangan HIV-AIDS baru tahun ini dianggarkan, dananya untuk turun ke lapangan untuk skrining dalam setahun 3 x ke 10 desa. Dananya yang diacc untuk 3 x kegiatan saja. Untuk sosialisasi dan program HIV lainnya dananya belum ada, jadi dana masih kurang

---

Berdasarkan jawaban informan tentang pertanyaan mengenai kecukupan data dalam mendukung program penanggulangan HIV/AIDS mengatakan bahwa dana dalam mendukung implementasi program penanggulangan HIV/AIDS bersumber dari dana BOK. Dengan kata lain masih terbatas untuk beberapa kegiatan saja dan belum ada dianggarkan secara khusus. Hal ini memberi akibat pada tidak semuanya kegiatan dalam program penanggulangan HIV/AIDS terlaksana. Sehingga kegiatan yang tidak terlaksana tahun ini akan dilaksanakan tahun berikutnya.

### c. Sarana dan Prasarana

**Tabel 4.4 Ketersediaan Sarana dan Prasarana dalam Penanggulangan Program Penanggulangan HIV/AIDS**

<b>Informan</b>	Bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana dalam pelaksanaan program penanggulangan penyakit HIV/AIDS dan darimana sumbernya?
01	Kalau masalah sarana prasarana untuk penanggulangan lebih ke program karena di dalam gedung sifatnya hanya skrining dan rujukan. Kalau sumber dananya kalau berhubungan dengan program biasanya dari BOK... ada juga dari dinkes bersumber dari APBK
02	Kalau sarana prasarana kita masih didukung dari dinkes provinsi dan kemenkes sedang dari kabupaten masih sedikit untuk sarana prasaran... alat2 skrining misalnya masih dikirim dari kemenkes kerjasama dengan dinkes provinsi
03	Ruang khusus untuk skrining dan konseling belum ada, jadi selama ini puskesmas melakukan pemeriksaan skrining untuk ibu hamil dilaksanakan di laboratorium puskesmas dan di ruang KIA.
04	Kalau masalah sarana prasarana di puskesmas ini belum ada ruang khusus... kalau ada pasien atau ibu hamil yang mau tes HIV, kami gunakan ruang KIA dan ruang laboratorium puskesmas.



Berdasarkan jawaban informan tentang pertanyaan mengenai ketersediaan sarana dan prasarana dalam pelaksanaan program penanggulangan penyakit HIV/AIDS dan darimana sumbernya mengatakan bahwa untuk pengadaan sarana dan prasarana dalam mendukung implementasi program penanggulangan HIV/AIDS bersumber dari dana BOK. Sarana dan prasarana seperti alat skrining didukung dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan. Sedangkan sarana dan prasarana dari Dinas Kesehatan Kabupaten masih sedikit. Ruang untuk melakukan skrining dan ruang konseling masih belum ada. Sampai saat ini ruang untuk melakukan skrining dan konseling masih meminjam ruangan laboratorium dan ruang KIA di Puskesmas Simeulue.

## **2. Process**

Hasil wawancara dengan informan tentang proses atau pelaksanaan kegiatan sebagai wujud kegiatan program penanggulangan HIV/AIDS mencakup koordinasi dan kemitraan dengan semua pemangku kepentingan di setiap lini, peran aktif komunitas termasuk ODHA dan keluarga, layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat, paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan dan sistem rujukan dan jejaring kerja diperoleh informasi sebagai berikut.

## 1. Koordinasi dan kemitraan pemangku kepentingan di setiap lini

**Tabel 4.5 Koordinasi dan Kemitraan Pemangku Kepentingan di Setiap Lini**

<b>Informan</b>	Bagaimana kegiatan forum koordinasi dan kemitraan yang bekerjasama dengan puskesmas saat ini dan apa kendala di lapangan?
01	Sampai saat ini belum ada atau belum dibentuk kegiatan forum koordinasi dan kemitraan yang bekerjasama dengan puskesmas karena bisa jadi karena anggaran, dan masih ada beberapa program yang jauh lebih prioritas
02	Kalau melibatkan dokter sampai saat ini belum ada koordinasi yang bekerjasama dengan lintas sektor
03	Kalau forum yang bekerjasama dengan kita belum maksimal atau belum ada yang rutin dan intens dalam melakukan penanggulangan HIV-AIDS ini, dan tidak ada 1 forum yang fokus pada penanggulangan HIV-AIDS ini... jadi masih terpaku pada peran dinas kesehatan dan puskesmas
04	Sampai saat ini belum ada, tapi kita usahakan kerjasama dengan lintas sektoral seperti dengan camat dalam penanggulangan HIV-AIDS

Berdasarkan jawaban informan tentang pertanyaan mengenai kegiatan forum koordinasi dan kemitraan yang bekerjasama dengan puskesmas saat ini dan apa kendala di lapangan mengatakan bahwa pada umumnya mengatakan bahwa belum ada forum koordinasi dan kemitraan khusus antara puskesmas dengan lintas sektoral seperti dengan pemerintahan kecamatan dan pemerintahan desa dan organisasi masyarakat dalam melakukan penanggulangan HIV-AIDS ini. Wujud koordinasi yang ada hanya terpaku pada kerjasama dengan dinas kesehatan saja.

## 2. Peran aktif komunitas termasuk ODHA dan keluarga

**Tabel 4.6 Peran Aktif Komunitas Termasuk ODHA dan Keluarga**

<b>Informan</b>	- Bagaimana bentuk peran aktif ODHA dan apa bentuk keterlibatan dalam program penanggulangan penyakit HIV/AIDS serta apa hambatannya? - Kalau pun ada hambatan, bagaimana upaya dalam mengatasinya?
01	Kayaknya selama ini belum pernah ada keterlibatan ODHA, jangankan untuk terlibat aktif untuk sekedar datang mengambil rujukan aja mereka enggan. Bisa jadi ini karena adanya stigma masyarakat terlebih ini daerah pulau tempatnya kecil berita mudah menyebar jadi ODHA merasa didiskriminasi. Jadi ODHA sering mewakili ke orang lain mengambil obat konon konsultasi pasti lebih susah lagi. Jadi memang belum ada
02	Keterlibatan ODHA belum ada dan saat ini belum ada kita kegiatan2 untuk merangkul ODHA, belum ada yang terlibat langsung apalagi diskriminasi terhadap ODHA masih tinggi sehingga keberadaan mereka dirahasiakan.
03	Kalau keterlibatan ODHA untuk saat ini belum ada dan kita juga belum ada kegiatan2 untuk merangkul ODHA, keterbatasan dana juga menjadi salah satu alasannya...
04	Selama ini belum pernah ada keterlibatan ODHA, mereka menutup diri karena tingginya stigma di masyarakat Simeulue.... Ambil rujukanpun mereka sering meminta tolong pada keluarganya... mungkin mereka malu kali ya.... atau merasa minder dengan penyakitnya...

Berdasarkan jawaban informan tentang pertanyaan mengenai bentuk peran aktif ODHA dan apa bentuk keterlibatan dalam program penanggulangan penyakit HIV/AIDS serta apa hambatannya mengatakan bahwa pada umumnya mengatakan belum pernah ada keterlibatan ODHA, jangankan untuk terlibat aktif untuk sekedar datang mengambil rujukan aja mereka enggan. Bahkan sampai saat ini belum ada upaya atau kegiatan untuk merangkul ODHA. Alasan belum adanya upaya melibatkan ODHA dalam program penanggulangan HIV-AIDS karena ODHA masih menutup diri dan tidak mau bersosialisasi dengan masyarakat.

### 3. Layanan Terintegrasi dan Terdesentralisasi Sesuai Kondisi Setempat

**Tabel 4.7 Layanan Terintegrasi dan Terdesentralisasi sesuai Kondisi Setempat**

<b>Informan</b>	- Bagaimana pelaksanaan layanan dan cakupan pelayanan seperti skrining TB-HIV, terapi ARV, konseling dan tes HIV di puskesmas? - Kalau pun ada kendala, bagaimana upaya dalam mengatasinya?
01	Belum ada, VCT belum ada bahkan kita belum pernah membicarakan dengan sesama tim
02	Selama ini skrining yang pasti dilakukan adalah untuk ibu hamil, untuk TB dan HIV-AIDS belum berjalan mungkin perlu koordinasi dengan penjab program tadi. Kalau semua penderita TB harus diskriming HIV-AIDS mungkin bisa lebih mudah diketahui penyakitnya. Kalau pemberian ARV hanya pemberian rujukan dari sini dan nanti selanjutnya mengambil obat di provinsi karena obat tidak ada di puskesmas ini.
03	Kalau untuk skrining memang setiap pasien yang terdeteksi HIV-AIDS dan suspec TB diskriming tapi sesuai dengan diagnosa dia atau keluhan saat dia datang ke pelayanan misalnya kalau dia ada batuk atau ada tanda-tanda TB baru diskriming TB... untuk pemberian ARV kita secara langsung dari RS Simeuleu atau puskesmas belum ada... obatnya masih di RS Zainal Abidin
04	Kalau untuk skrining memang sudah dibentuk untuk ibu hamil dan calon pengantin.... kemudian turun ke desa-desa... jadi skrining sajalah yang dilakukan... dan konseling ada namun ruang khususnyayang belum ada

Berdasarkan jawaban informan tentang pertanyaan mengenai pelaksanaan layanan dan cakupan pelayanan seperti skrining TB-HIV, terapi ARV, konseling dan tes HIV mengatakan bahwa cakupan pelayanan berupa skrining terbatas pada ibu hamil dan calon pengantin. Skrining dilakukan sesuai dengan diagnosa dokter dan keluhan saat pasien berkunjung. Cakupan pelayanan obat masih belum tersedia di Puskesmas Simeulue Timur dan Rumah Sakit Simeulue. Obat hanya bisa didapatkan ODHA dari Rumah Sakit Zainal Abidin di Banda Aceh.

#### 4. Paket Layanan HIV Komprehensif yang Berkesinambungan

**Tabel 4.8** Paket Layanan HIV Komprehensif yang Berkesinambungan

<b>Informan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bagaimana pelaksanaan layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan yang ada di Kabupaten Simeulue maupun di puskesmas dan apakah ada hambantannya?</li> <li>- Kalau pun ada hambatan, bagaimana upaya dalam mengatasinya?</li> </ul>
01	Hambatan tidak ada, hanya kegiatan program ini yang belum banyak, belum banyak perkembangan dari petugas, belum ada layanan komprehensif
02	Kalau masalah layanan komprehensif dan berkesinambungan mungkin lebih tepat kita tanyakan ke penjab program karena masalah keterlibatan yang kurang dalam program ini
03	Belum berjalan maksimal, karena KPAnyanya untuk di Kab. Simeulue sudah pernah dibentuk tetapi tidak berjalan dan tidak aktif berperan atau vakum..
04	Pelaksanaan pelayanan penanggulangan HIV-AIDS jika ada yang terdeteksi kita rujuk ke RS, kalau penanganan khusus di sini belum ada dan penanganan ke masyarakat juga belum ada.

Berdasarkan jawaban informan tentang pertanyaan mengenai pelaksanaan layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan yang ada di Kabupaten Simeulue dan apakah ada hambantannya mengatakan bahwa layanan komprehensif dan berkesinambungan belum terlaksana maksimal. Wujud pelayanan hanya berupa skrining ibu hamil saja pemberian rujukan ke rumah sakit untuk penanganan khusus. Untuk Kabupaten Simeulue sudah terbentuk KPA tetapi tidak berjalan, tidak berperan aktif hingga saat ini.

## 5. Sistem Rujukan dan Jejaring Kerja

**Tabel 4.9** Sistem Rujukan dan Jejaring Kerja

<b>Informan</b>	Bagaimana mekanisme sistem rujukan dan jejaring kerja dalam program penanggulangan penyakit HIV/AIDS pada setiap puskesmas dan apa hambatannya?
01	Hambatan dalam melakukan rujukan pasien di puskesmas ini tidak ada, karena ketika ada pemeriksaan langsung ditangani dokter dan dirujuk ke RSUD Simeulue
02	Hambatan dalam sistem rujukan tidak ada, namun karena sekarang kahan sistem online, pasien kadang tidak datang padahal kita perlu mengukur tinggi badan, berat badan, dll jadi terkendala kalau pasien tidak datang, namun pasien ODHA bisa kita kecualikan
03	Untuk mekanisme sistem rujukan dan jejaring dalam penanggulangan HIV-AIDS kalau untuk petugas atau penjab di masing2 puskesmas sudah ada dan sudah dilatih tapi untuk pengambilan rujukan karena belum ada ruang VCT maka pasien harus ambil rujukan dari poli umum.... karena tingginya diskriminasi terhadap ODHA maka surat rujukan sering diwakilkan misalnya keluarga. Alur rujukan pasien ODHA ini biasanya kalau dia di temukan di RSUD simelue maka dia akan di rujuk langsung ke RSUZA Banda Aceh... tetapi jika dia terdeteksi di Puskesmas maka Puskesmas yang akan merujuk ke RSUD Simelue dan selanjutnya RSUD Simeulue melanjutkan rujukan ke RSUZA Banda Aceh.
04	Mekanisme sistem rujukan dan jejaringnya kalau ada yang terdeteksi kita bawa ke dokter puskesmas dan selanjutnya dokter merujuk ke RSUD Simeulue

Berdasarkan jawaban informan tentang pertanyaan mengenai mekanisme sistem rujukan dan jejaring kerja dalam program penanggulangan penyakit HIV/AIDS pada setiap puskesmas dan apa hambatannya mengatakan bahwa mekanisme sistem rujukan jika pasien terdeteksi di Puskesmas makan setelah melakukan konseling dan test pasien akan di rujuk ke RSUD Simeulue untuk mendapatkan pelayanan selanjutnya, dan RSUD Simelue kemudian akan merujuk

pasien ke RSUZA Banda Aceh untuk mendapatkan obat ARV. Hambatan dalam sistem rujukan ini ODHA tidak datang sendiri untuk mengambil rujukan sehingga dokter puskesmas tidak bisa melakukan pemeriksaan lebih lanjut.

### 3. Ouput

Hasil wawancara dengan informan tentang output atau hasil kegiatan program penanggulangan HIV/AIDS yang terwujud dalam berbagai harapan yang diinginkan guna terjalinnya tatanan jejaring layanan HIV/IMS hingga ke tingkat puskesmas dalam peningkatan cakupan dan kualitas layanan diperoleh informasi sebagai berikut.

#### a. Harapan

**Tabel 4.10 Dalam Pelaksanaan Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS**

Informan	Apa yang diharapkan dalam pelaksanaan program penanggulangan penyakit HIV/AIDS ?
01	puskesmas ini kan milik masyarakat, jadi segala sesuatu penyelesaian program ini jika tidak ada peran lintas sektor program tidak akan tercapai. Maka kita masih butuh banyak seperti mitra/rekan kerja seperti lintas sektor dan LSM yang ada di Simeulue ini ikut berperan dalam program HIV ini.
02	yang diharapkan untuk puskesmas agar tenaga dokter dapat pelatihan khusus sehingga sistem dapat selaras, kiranya ada dibentuk VCT, skrining hendaknya lebih maksimal jangan pada ibu hamil saja... pasien walau sudah ditangani di RS kita perlu tahu agar lebih mudah jika pasien berkunjung ke puskesmas. SDMnya betul-betul dilatih tentang program ini.
03	sebagai penjab saya ingin ada klinik VCT dan KPA berjalan secara maksimal sehingga bisa membantu dalam pelayanan atau penanggulangan HIV-AIDS ini... harapan saya juga agar pemerintah daerah dapat mensupport dana untuk pelatihan tim VCT di puskesmas terutama Puskesmas Simeulue Timur karena masyarakat paling banyak dan kasus HIV-AIDS tinggi ada 11 kasus... sehingga perlu pelayanan tim VCT yang sudah terlatih
04	saya berharap ada VCT, sehingga ada petugas skriningnya, konselor dan juga dukungan dana juga masih sangat dibutuhkan

Berdasarkan jawaban informan tentang harapan dalam program penanggulangan HIV/AIDS adalah adanya peran lintas sektor dan mitra/rekan kerja lainnya seperti LSM ikut berperan dalam penanggulangan penyakit HIV/AIDS ini. Tenaga medis seperti dokter dan penanggung jawab program HIV juga diharapkan mendapat pelatihan khusus dalam penanggulangan HIV/AIDS serta pembentukan klinik VCT Puskesmas Simeulue Timur juga segerah di bentuk mengingat jumlah kasus terbanyak berada di wilayah kerja Puskesmas Simeulue Timur.

**b. Saran**

**Tabel 4.11 Saran Perbaikan Pelaksanaan Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS**

<b>Informan</b>	Apa saja saran diajukan untuk perbaikan pelaksanaan program penanggulangan penyakit HIV/AIDS ke depannya?
01	Kalau untuk saran agar adanya pemberian informasi atau pengetahuan baik formal maupun informal untuk petugas misalnya melalui pelatihan... dengan demikian petugas memiliki semangat untuk mengajak dan menyadarkan masyarakat tentang pentingnya penanggulangan HIV-AIDS... selanjutnya kiranya ada klinik VCT dan programnya lebih banyak.
02	Saran kalau untuk advokasi sudah ya... hanya kalau ada advokasi ke kepala desa tentu itu dari dinas, hendaknya ada kegiatan khusus lagi misalnya kepala puskesmas berkoordinasi dengan kepala desa dan kepala desa perlu tahu tentang masyarakatnya
03	Untuk pelayanan VCT untuk ODHA disediakan tempat khusus dan agar tidak ada diskriminasi terhadap ODHA agar mereka tidak malu datang ke pelayanan kesehatan, memperbanyak sosialisasi kepada masyarakat tentang HIV dan tentang penerimaan pada keberadaan ODHA... agar ODHA tidak malu untuk berobat diharapkan dukungan penuh dari pemda untuk penanggulangan HIV-AIDS dan peran KPA diperbesar sehingga bisa berjalan sebaik mungkin sesuai harapan sehingga antara RS, KPA dan pemda dapat bersama-sama mensukseskan



- 
- 04 program penanggulangan HIV-AIDS ini... dan agar obat tersedia di RS Simeulue atau puskesmas sehingga tidak perlu jauh-jauh mengambil obat untuk pasien ODHA
- Mengadakan sosialisasi kepada masyarakat tentang penanggulangan HIV-AIDS dan pemberian pemahaman tentang ODHA karena selama ini ODHA cenderung diintimidasi bahkan pernah diusir dari wilayah ini... untuk itu perlu penambahan dana agar kegiatan ke lapangan ke tengah-tengah masyarakat dapat terlaksana... dan utamanya dibentuk klinik VCT di puskesmas
- 

Berdasarkan jawaban informan tentang pertanyaan mengenai saran untuk perbaikan pelaksanaan program penanggulangan penyakit HIV/AIDS ke depannya mengatakan bahwa informan memberikan saran antara lain adanya pemberian informasi atau pengetahuan baik formal maupun informal untuk petugas misalnya melalui pelatihan. Terbentuknya klinik VCT dan program penanggulangannya lebih banyak. Terlaksananya sosialisasi kepada masyarakat tentang penanggulangan HIV-AIDS. Agar ada dukungan penuh dari pemerintah daerah untuk penanggulangan HIV-AIDS dan peran KPA diperbesar sehingga bisa berjalan sebaik mungkin sesuai harapan. Agar obat tersedia di RS Simeulue atau puskesmas sehingga ODHA tidak perlu jauh-jauh mengambil obat.

#### **4.4. Gambaran Hasil Wawancara Informan Utama**

Implementasi program penyakit menular yang diselenggarakan Puskesmas Simeulue Timur melalui upaya promotif dan preventif. Upaya promotif adalah dilakukan melalui sosialisasi, penyuluhan, komunikasi, diseminasi-informasi dan edukasi dengan menggunakan media promosi. Kegiatan yang diselenggarakan yaitu pemberian sosialisasi/penyuluhan kepada masyarakat, pemberian Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) untuk meningkatkan pemahaman informan

tentang penyakit menular dan pemberdayaan masyarakat atau tokoh masyarakat dalam kegiatan promosi kesehatan untuk penanggulangan penyakit HIV/AIDS. Adapun hasil wawancara diuraikan sebagai berikut.

Hasil wawancara dengan informan utama tentang implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2018 diperoleh informasi sebagaimana pada matriks berikut ini.

### 1. Riwayat Penularan Penyakit HIV/AIDS

**Tabel 4.12** Awal Mula Menderita HIV/AIDS

<b>Informan</b>	Coba saudara, ceritakan kapan anda positif menderita penyakit HIV/AIDS?
01	Pertama, gejalanya saya mencret dan bolak balik masuk di RS Simeulue, setelah beberapa lama saya dirujuk ke RS di Banda Aceh di sanalah saya diketahui saya tertular HIV dari alm. Suami
02	Saat Bapak dirawat di RS, saya ikut diperiksa, di situlah ketahuan sebelum tidak pernah tahu, saya tertular dari suami
03	Saya merantu ke Kota dan bergaul bebas akhirnya saya sakit... Saat pulang pertama kali saya berobat ke puskesmas, saya hanya diberi obat sakit dan anti alergi... karena masih terasa sakit saya kembali ke puskesmas dan diperiksa lalu saya dirujuk ke RS, dan di RS lah saya diberitahu menderita HIV

Berdasarkan jawaban informan utama yang pertama tentang awal terdeteksi penyakit HIV saat berobat ke Rumah Sakit Simeulue dengan keluhan mencret dan dirujuk ke Rumah Sakit Zainal Abidin di Banda Aceh dan diperiksa ternyata positif HIV yang tertular dari almarhum suaminya. Informan utama yang kedua mengatakan saat merawat suami di Rumah Sakit Simeulue ikut diperiksa dan ternyata positif HIV yang juga tertular dari suami. Informan utama yang ketiga mengatakan tertular HIV saat bekerja di Kota dan saat pulang ke Simeulue

periksa ke puskesmas berulang kali dan akhirnya dirujuk ke Rumah Sakit dan ternyata setelah diperiksa positif HIV. Dapat disimpulkan bahwa awal terdeteksi penyakit HIV saat berobat ke rumah sakit karena ada keluhan sakit dan karena suami memang sudah menderita HIV.

## 2. Pelayanan Kesehatan Setelah Menderita HIV/AIDS

**Tabel 4.13** Pelayanan Kesehatan Setelah Menderita HIV/AIDS

<b>Informan</b>	Setelah anda positif menderita HIV/AIDS, bagaimana pelayanan kesehatan yang saudara alami?
01	Saya rutin berobat ke puskesmas atau ke Rumah Sakit Simeulue, saya dilayani dengan baik dan langsung dapat ARV dari tahun 2015 hingga sekarang.. obatnya saya dikasih waktu di RS Banda Aceh
02	Saya jarang berobat bila ada keluhan saya berobat ke lanan, di RS dulu saya hanya periksa darah dan disuruh ambil obat ke RS Banda Aceh
03	Karena jenis penyakit saya ini masih langka, sepertinya petugas kesehatan agak sedikit berbeda pelayanannya kepada saya dibanding dengan pasien lain. Ruangan saja saya tersendiri dilayani di ruang inap kebetulan cuma saya sendiri

Berdasarkan jawaban informan tentang pertanyaan mengenai pelayanan kesehatan yang saudara alami mengatakan hanya 1 informan yang mengatakan dilayani dengan baik sedangkan informan utama yang ketiga mendapat perlakuan kurang menyenangkan dengan diasingkan ruang rawatnya dari pasien umum lainnya. Sedangkan informan utama yang kedua jarang berobat jika ada keluhan informan berobat kelanal yang berdekatan dengan rumah informan. Di lanal mereka tidak mengetahui informan mengidap penyakit HIV RS. Informan utama yang kedua saat di periksa di rumah sakit umum daerah simeulue tidak diberikan

konseling dan obat-obatan di anjurkan untuk tes ulang di rumah sakit Zainal Abidin Banda Aceh.

### 3. Pelaksanaan Skrining TB-HIV, Terapi ARV, Konseling dan Tes HIV

**Tabel 4.14 Pelaksanaan Skrining TB-HIV, Terapi ARV, Konseling dan Tes HIV**

<b>Informan</b>	Sejak anda penderita HIV/AIDS, bagaimana pelaksanaan skrining TB-HIV, terapi ARV, konseling dan tes HIV yang pernah jalani?
01	Ada saya periksa di Banda Aceh dan saya tidak terkena TB. Saya dapat ARV dari tahun 2015 hingga sekarang namun mengambilnya ke RS Zainal Abidin
02	Saya tidak ada dites TB, sampai sekarang tidak, saya hanya periksa darah dan disuruh ambil obat ke RS Banda Aceh
03	Setelah positif HIV, saya belum pernah dicek TB. Saya mendapat ARV dari RS Zainal Abidin, dikasih untuk sebulan saja, untuk obat selanjutnya saya jeput ke sana.  Tentang konseling, ada petugas wawancara dengan saya di RS, mereka katakan belum ada layanan khusus di RS tersebut dan saya dianjurkan ke RS Zainal Abidin dan diberi surat rujukan. Di RS Zainal Abidin ada komunitas HIV dan merekalah yang membantu saya.

Berdasarkan jawaban informan tentang pertanyaan mengenai pelaksanaan skrining TB-HIV, terapi ARV, konseling dan tes HIV mengatakan hanya 1 informan yang dites TB, namun hasilnya negatif dan 2 informan tidak dites TB. Tentang terapi ARV seluruh informan bisa mendapatkan obat ARV namun harus diambil langsung ke RS Zainal Abidin karena tidak ada tersedia di Puskesmas Simeulue Timur atau di RS Simeulue. Hanya 1 informan yang menyatakan ada mendapat konseling saat berkunjung ke rumah sakit. Dapat disimpulkan bahwa

pemeriksaan TB dan konseling tidak dilakukan pada semua pasien HIV tetapi terapi ARV diberikan kepada semua pasien HIV hanya pengambilannya obat tersebut di RSZA Banda Aceh.

#### 4. Pemahaman tentang Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS

**Tabel 4.15 Pengetahuan tentang Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS**

<b>Informan</b>	Apakah anda tahu tentang program penanggulangan penyakit HIV/AIDS ?
01	Pernah saya dengar program penanggulangan HIV-AIDS, tapi yang di Banda Aceh sewaktu saya berobat ke VCT Banda Aceh Di simeulue saya kurang tau...
02	Saya tidak pernah dengar ada program penanggulangan HIV-AIDS di Simeulue ini
03	Tidak pernah tahu program penanggulangan HIV-AIDS di Simeulue, apa maksudnya itu.... aktivitas kami hanya ke puskesmas, dan ambil obat ke Banda Aceh. Harapan kami bisa ada obat di sini di RS atau Puskesmas Simeulue.

Berdasarkan jawaban informan utama 1 tentang pertanyaan mengenai program penanggulangan penyakit HIV/AIDS mengatakan bahwa pernah mendengar program penanggulangan HIV-AIDS saat berobat ke Rumah Sakit di Banda Aceh saat berkunjung ke klinik VCT. Informan 2 dan 3 sama sekali belum tahu dan paham apa itu program penanggulangan HIV-AIDS. Dapat disimpulkan bahwa pada umumnya pasien HIV belum tahu dan paham keberadaan program penanggulangan HIV-AIDS di Kabupaten Simeulue.

## 5. Keterlibatan dalam Penanggulangan HIV/AIDS

**Tabel 4.16 Keterlibatan dalam Penanggulangan HIV/AIDS**

<b>Informan</b>	Bagaimana keterlibatan saudara dalam penanggulangan HIV/AIDS?
01	Pernah saya dengar program penanggulangan di Banda Aceh, bergabung dengan komunitas penyakit seperti saya juga...yang di Simeuleu tidak pernah dan tidak pernah dilibatkan
02	Saya tidak pernah dengar ada program penanggulangan HIV-AIDS di Simeuleu dan tidak ada dilibatkan
03	Tidak pernah dengan apalagi dilibatkan, aktivitas kami hanya ke puskesmas, dan ambil obat ke Banda Aceh

Berdasarkan jawaban semua informan tentang pertanyaan mengenai keterlibatan saudara dalam penanggulangan HIV/AIDS mengatakan bahwa ada mendengar adanya program penanggulangan HIV-AIDS namun di Banda Aceh. Informan lainnya mengatakan belum pernah mendengar apalagi dilibatkan. Dapat disimpulkan bahwa program penanggulangan HIV-AIDS di Simeuleu belum benar-benar diketahui keberadaannya bahkan oleh pasien HIV itu sendiri.

## 6. Pemahaman tentang Paket Layanan HIV Komprehensif Puskesmas

**Tabel 4.17 Pemahaman tentang Paket Layanan HIV Komprehensif Puskesmas**

<b>Informan</b>	Apakah anda mengetahui tentang paket layanan HIV komprehensif yang di puskesmas?
01	Saya tidak tahu paket layanan komprehensif di puskesmas, saya banyak konsultasi dengan RS di Banda Aceh
02	Saya tidak pernah tahu paket layanan komprehensif tentang HIV-AIDS, kami berobat ke Lanal
03	Saya belum pernah tahu paket layanan komprehensif tentang HIV-AIDS di puskesmas kalau ke puskesmas saya paling berobat biasa

Berdasarkan jawaban informan tentang pertanyaan mengenai pemahaman tentang paket layanan HIV komprehensif di puskesmas mengatakan bahwa pada umumnya informan mengatakan tidak tahu tentang paket layanan komprehensif tentang HIV-AIDS di puskesmas. Informan 1 mengatakan banyak konsultasi ke rumah sakit di Banda Aceh. Informan 2 mengatakan tidak pernah dengar layanan komprehensif tentang HIV-AIDS di puskesmas karena berobat ke Lanal. Informan 3 mengatakan belum pernah dengar layanan komprehensif tentang HIV-AIDS di puskesmas karena jarang datang ke puskesmas.

#### **4.5.Implikasi Penelitian**

Implikasi dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Implikasi terhadap Dinas Kesehatan

Hasil penelitian ini berimplikasi untuk memberi informasi tentang faktor yang memengaruhi kurang efektifnya implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019 untuk membuat kebijakan khusus sehingga tercipta layanan terintegrasi dan terdesentralisasi.

2. Implikasi terhadap RSUD Simeulue

Hasil penelitian ini berimplikasi untuk lebih meningkatkan pelayanan di RSUD Simeulue, khususnya meningkatkan kelengkapan alat-alat dan dan ruang khusus untuk penanggulangan HIV/AIDS.

3. Implikasi bagi masyarakat

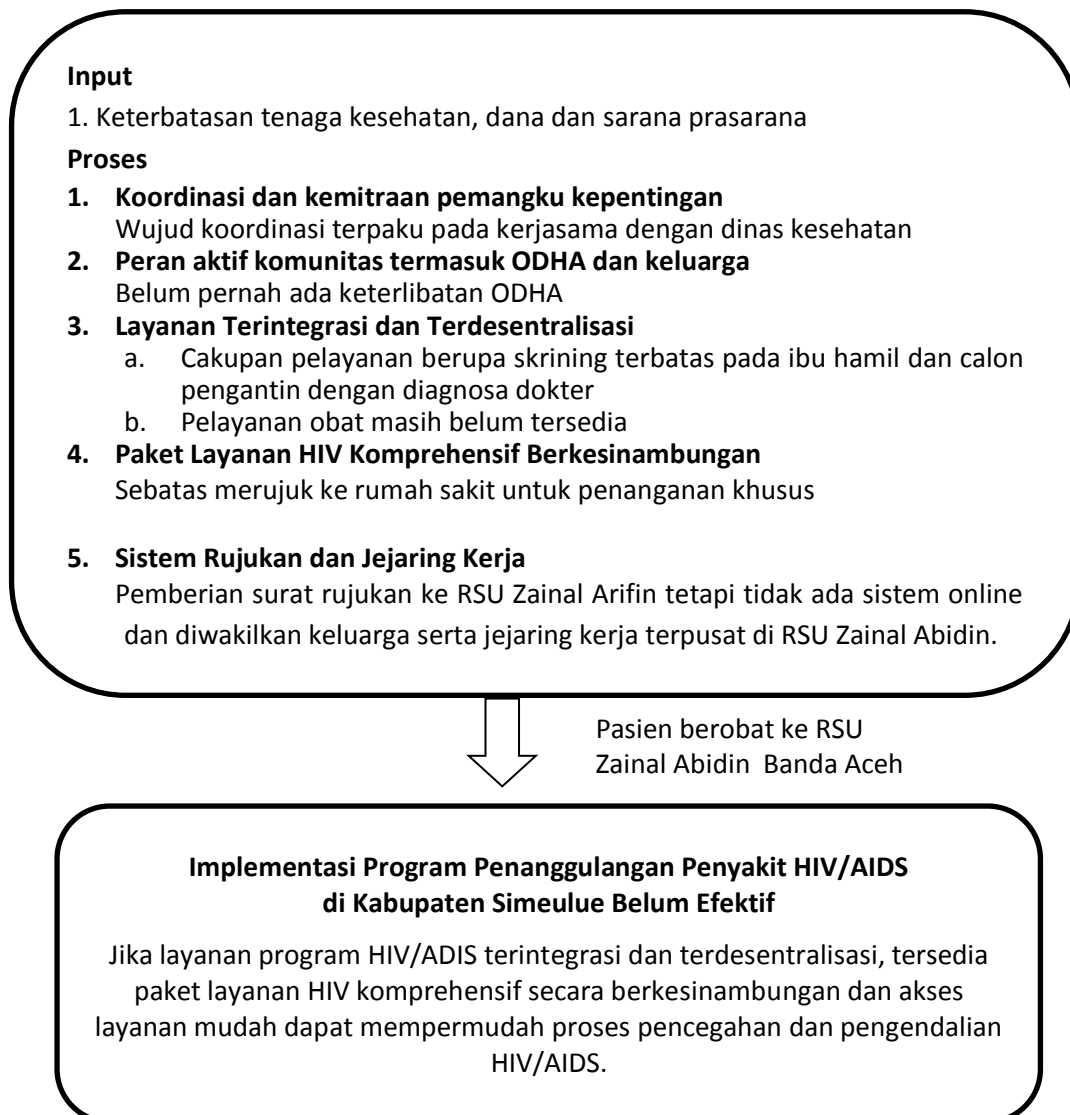
Hasil penelitian ini berimplikasi pada masyarakat agar dapat dijadikan informasi dalam meningkatkan pemahaman tentang program penanggulangan penyakit HIV/AIDS.

#### **4.6. Keterbatasan Penelitian**

- 1) Sulitnya menggali informasi karena kinerja Dinas Kesehatan Simeulue berdasarkan peraturan pusat yang begitu luas dan belum diterbitkan peraturan daerah.
- 2) Sulitnya peneliti menggali informasi kepada informan karena ada rasa takut dan malu apabila informan sampai diketahui oleh orang lain tentang penyakit.
- 3) Kurangnya keterbukaan dari jawaban yang diberikan informan, sehingga peneliti harus lebih melakukan pendekatan untuk dapat menggali jawaban yang diharapkan.
- 4) Lokasi rumah informan dengan peneliti berjauhan sehingga peneliti sedikit susah untuk berkunjung ke rumah informan.



## Peta Konsep Hasil Penelitian



Implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue belum efektif dipengaruhi faktor Penderita HIV/AIDS belum dapat memanfaatkan tatanan jejaring layanan HIV/IMS di Kabupaten Simeulue. Artinya informan sebagai penderita HIV/AIDS merasa belum dapat memanfaatkan jejaring layanan HIV/IMS berdampak terhadap keterbatasan akses pelayanan sehingga semua informan melakukan perawatan dan pemeriksaan penyakit serta mengambil obat ke Rumah Sakit Zainal Abidin Banda Aceh.

## BAB V

### PEMBAHASAN

#### **5.1. Input dalam Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019**

Input atau masukan untuk mendukung program penanggulangan HIV/AIDS mencakup sumber daya manusia (SDM), dana dan sarana dan prasarana belum memadai.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa input atau masukan untuk mendukung program penanggulangan HIV/AIDS dari aspek SDM Kabupaten Simeulue belum sesuai kebutuhan walaupun hanya 1 orang yaitu selaku penanggungjawab program. Ketersediaan SDM untuk mendukung kegiatan dalam program penanggulangan HIV/AIDS belum sesuai dengan kegiatan program yang masih sedikit. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara informan

Untuk tenaga hanya 1 orang penjab program HIV-AIDS, namun dokternya sendiri kurang terpapar dengan program jadi dokter perlu diikutkan pelatihan mengenai program yang sedang berjalan dan yang selama ini berjalan. Untuk ke depannya koordinasi antar tenaga kesehatan lebih kompak lagi dan kita tahu apa yang harus dilakukan selanjutnya (Informan 02)

Kalau untuk kebutuhan tenaga kesehatan dalam pelayanan HIV-AIDS di dinas kesehatan belum memadai karena tenaga kesehatan yang terlatih hanya 1 tim di RS Simeulue sedang untuk penjab hanya 1 orang saya sendiri. Seharusnya di masing-masing puskesmas harus ada tim yang terlatih untuk melayani pasien HIV-AIDS (Informan 04)

Hasil penelitian ini sesuai dengan dengan hasil penelitian Galelius tahun 2015 tentang Analisis Implementasi Program Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus* dan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* di Komisi

Penanggulangan AIDS Kabupaten Sintang. Penelitian Galelius ini menyatakan bahwa implementasi HIV/AIDS di Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Sintang belum mencapai hasil yang maksimal dalam pelaksanaannya di lapangan, hal ini dikarenakan salah satunya ketersediaan sumber daya termasuk sumber daya manusia.

Namun sebagian informai mengatakan kebutuhan tenaga kesehatan sudah cukup karena tenaga kesehatan belum diperlukan karena program belum berjalan dan kegiatan masih sedikit. Sesuai dengan ungkapan informan.

Untuk kebutuhan tenaga sendiri atau SDM di bagian penanggulangan HIV-AIDS mungkin belum ada penambahan khusus karena menyangkut program tidak terlalu banyak. Jadi dengan tenaga yang ada sudah mencukupi (Informan 03).

Kalau untuk kebutuhan tenaga kesehatan hingga saat ini hanya saya sendiri selaku penjab, di sini belum ada VCT, kegiatan belum banyak hanya skrining ibu hamil saja ... ke depannya memang dibutuhkan penambahan jika kegiatannya ditambah atau ada VCT sehingga ada konselor dan sebagainya (Informan 04)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Feranika tahun 2015 tentang implementasi program penanggulangan HIV/AIDS di Komisi Penanggulangan Aids (KPA) Kota Tanjungpinang. Dari dimensi Sumber daya dapat diketahui bahwa Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Tanjungpinang masih kekurangan pegawai dalam menjalankan program ini (6).

Menurut peneliti bahwa ke kebutuhan SMD belum efektif dalam melaksanakan program penanggulangan HIV/AIDS, di mana kedepannya perlu penambahan SDM yang disesuaikan dengan banyaknya program penanggulangan HIV/AIDS terutama dalam meningkatkan peran aktif komunitas termasuk ODHA

dengan menyelenggarakan penyuluhan sehingga informan mampu mengelola penyakitnya secara mandiri dengan bekerjasama dengan tenaga kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa input atau masukan untuk mendukung program penanggulangan HIV/AIDS dari aspek pendanaan bahwa dana bersumber dari dana BOK sehingga belum efektif karena pendanaan khusus belum ada. Dana yang terbatas dari BOK ini digunakan semaksimalnya untuk kegiatan yang dapat terlaksana saja seperti promosi kesehatan. Hal ini memberi akibat pada tidak semuanya kegiatan dalam program penanggulangan HIV/AIDS terlaksana. Sehingga kegiatan yang tidak terlaksana tahun ini akan dilaksanakan tahun berikutnya. Sesuai dengan ungkapan informan mengatakan:

kalau untuk dana setiap tahun ada, namun tidak semua program ini terkaper dengan dengan dana yang ada dalam sosialisasi dan penanggulangan HIV-AIDS sehingga ada beberapa yang kita alihkan ke tahun berikutnya.... kita laksanakan sesuai pagu yang diberikan oleh Bappeda atau pemma (Informan 04)

Selama ini pendanaan untuk penanggulangan HIV-AIDS baru tahun ini dianggarkan, dananya untuk turun ke lapangan untuk skrining dalam setahun 3 x ke 10 desa. Dananya yang diacc untuk 3 x kegiatan saja. Untuk sosialisasi dananya belum ada, jadi dana masih kurang (Informan 03).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Deasy tahun 2014 tentang analisis implementasi kebijakan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di komisi penanggulangan AIDS Provinsi Sulawesi Utara, yaitu bahwa penelitian Deasy mengadvokasi pemerintah untuk memberikan pembiayaan lokal dan mencari lembaga donor untuk menunjang implementasi kebijakan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di KPA Provinsi Sulut (13).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Rizki tahun 2014 tentang

evaluasi program pemerintah tentang HIV/AIDS di Kota Pekanbaru. Hasil penelitian Rizki menyatakan bahwa tidak terlaksananya program dalam pengentasan HIV/AIDS disebabkan terbatasnya jumlah dana anggaran yang disediakan untuk KPA sehingga tidak mencukupi untuk melaksanakan program kerja terutama program kerja dalam penanggulangan AIDS di Kota Pekanbaru.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa input atau masukan untuk mendukung program penanggulangan HIV/AIDS dari aspek pengadaan sarana dan prasarana dalam mendukung implementasi program penanggulangan HIV/AIDS bersumber dari dana BOK. Sarana dan prasarana seperti alat skrining didukung dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan sedangkan sarana dan prasarana dari Dinas Kesehatan Kabupaten masih sedikit. Ruang untuk melakukan skrining dan ruang konseling masih belum ada. Sampai saat ini ruang untuk melakukan skrining dan konseling masih meminjam ruangan lab dan ruang KIA di Puskesmas Simeulue. Sesuai dengan ungkapan Informan:

Kalau masalah sarana prasarana untuk penanggulangan lebih ke program karena di dalam gedung sifatnya hanya skrining dan rujukan. Kalau sumber dananya kalau berhubungan dengan program biasanya dari BOK... ada juga dari Dinas Kesehatan bersumber dari APBK (Informan 01).

Ruang khusus untuk skrining dan konseling belum ada, jadi selama ini dilaksanakan di lab dan di ruang KIA (Informan 03)

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Rizki tahun 2014 tentang evaluasi program pemerintah tentang HIV/AIDS di Kota Pekanbaru. Hasil penelitian Rizki menyatakan bahwa tidak terlaksananya program dalam pengentasan HIV/AIDS disebabkan sarana dan prasarana yang kurang dalam

pelaksanaan program kerja yang disebabkan KPA merupakan lembaga independen yang bukan merupakan lembaga milik pemerintah. (13)

Sebagian informan yang lainnya mengatakan bahwa gejala kanker payudara hanya ada rasa sakit saja pada payudara hal ini dinyatakan oleh salah satu informan berikut.

Kalau sarana prasarana kita masih didukung dari dinkes provinsi dan kemenkes sedang dari kab masih sedikit untuk sarana prasarana ... alat2 skrining misalnya masih dikirim dari kemenkes kerjasama dengan dinkes provinsi (Informan 04)

Menurut peneliti bahwa faktor ketersediaan fasilitas belum efektif dalam penanggulangan HIV/AIDS karena belum ada. Fasilitas masih bekerjasama dengan Dinas Provinsi Aceh sehingga program-program tertentu yang bersifat promotif lebih diutamakan.

## **5.2. Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019**

Proses implementasi program penanggulangan HIV/AIDS mencakup koordinasi dan kemitraan dengan semua pemangku kepentingan di setiap lini, peran aktif komunitas ODHA, layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat, paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan, sistem rujukan dan jejaring kerja dan akses layanan terjamin.

### **1. Koordinasi dan kemitraan pemangku kepentingan di setiap lini**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses dari aspek koordinasi dan kemitraan khusus antara puskesmas dengan lintas sektoral yaitu pemerintahan kecamatan dan pemerintahan desa dan organisasi masyarakat dalam melakukan penanggulangan HIV-AIDS ini belum terwujud. Wujud koordinasi yang ada

hanya terpaku pada kerjasama dengan dinas kesehatan saja. Sesuai dengan ungkapan informan mengatakan bahwa;

Sampai saat ini belum ada atau belum dibentuk kegiatan forum koordinasi dan kemitraan yang bekerjasama dengan puskesmas karena bisa jadi karena anggaran, dan masih ada beberapa program yang jauh lebih prioritas (Informan 01).

Sampai saat ini belum ada, tapi kita usahakan kerjasama dengan lintas sektoral seperti dengan camat dalam penanggulangan HIV-AIDS (informan 03).

Kalau forum yang bekerjasama dengan kita belum maksimal atau belum ada yang rutin dan intens dalam melakukan penanggulangan HIV-AIDS ini, dan tidak ada 1 forum yang fokus pada penanggulangan HIV-AIDS ini... jadi masih terpaku pada peran dinkes dan puskesmas (Informan 04).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Diyan tahun 2014 tentang analisis kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Malang (Studi Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 14 Tahun 2008 Kabupaten Malang). Penelitian Diyan menyatakan bahwa keterlibatan stakeholder dalam setiap proses kebijakan menunjukkan hubungan kerjasama yang baik antara pemerintah dengan LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), dan masyarakat dalam penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Malang (14).

Menurut peneliti koordinasi dan kemitraan pemangku kepentingan di setiap lini belum terbentuk disebabkan belum adanya peraturan daerah yang mengatur tentang kebijakan tersebut. Selanjutnya tim untuk mengelola koordinasi tidak ada karena jumlah petugas di dinas kesehatan sangat minum.

## **2. Peran aktif komunitas termasuk ODHA dan keluarga**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses dari aspek peran aktif komunitas ODHA bahwa informan pada umumnya mengatakan belum pernah ada keterlibatan ODHA, jangankan untuk terlibat aktif untuk sekedar datang mengambil rujukan aja mereka enggan. Bahkan sampai saat ini belum ada upaya atau kegiatan untuk merangkul ODHA. Alasan belum adanya upaya melibatkan ODHA dalam program penanggulangan HIV-AIDS antara lain adalah kurangnya dana. Sesuai dengan ungkapan informan mengatakan bahwa:

Kayaknya selama ini belum pernah ada keterlibatan ODHA, jangankan untuk terlibat aktif untuk sekedar datang mengambil rujukan aja mereka enggan. Bisa jadi ini karena adanya stigma masyarakat terlebih ini daerah pulau tempatnya kecil berita mudah menyebar jadi ODHA merasa didiskriminasi. Jadi ODHA sering mewakili ke orang lain mengambil obat konon konsultasi pasti lebih susah lagi. Jadi memang belum ada (Informan 02).

Keterlibatan ODHA belum ada dan saat ini belum ada kita kegiatan<sup>2</sup> untuk merangkul ODHA, belum ada yang terlibat langsung apalagi diskriminasi terhadap ODHA masih tinggi sehingga keberadana mereka dirahasiakan (Informan 03).

Kalau keterlibatan ODHA untuk saat ini belum ada dan kita juga belum ada kegiatan<sup>2</sup> untuk merangkul ODHA, dananya juga belum ada (Informan 04).

Hasil penelitian ini didukung oleh pernyataan Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Nasional Strategi Penanggulangan AIDS periode tahun 2015-2019 yaitu bahwa ODHA masih kerap ditolak dan diusir dari keluarga dan komunitas. Hak atas pendidikan dan hak atas pekerjaan ODHA masih sering disangkal. Maraknya pelanggaran HAM menyebabkan pencegahan dan pelayanan kesehatan HIV menjadi kurang efektif. Ketika ODHA dan populasi kunci takut akan



diskriminasi, mereka akan enggan melakukan tes HIV, termasuk mengakses layanan kesehatan HIV.

Menurut peneliti bahwa peran aktif ODHA tidak ada sehingga menghambat program penanggulangan HIV/AIDS. Hal ini disebabkan timbulnya diskriminasi dari petugas sehingga informan kurang berminat mengikuti aktivitas di luar rumah. Selain itu, informan juga merasa enggan melakukan pemeriksaan kesehatan lainnya karena jarak tempuh ke rumah sakit cukup jauh, sedangkan pelayanan khusus di puskesmas dan dinas tidak ada.

### **3. Layanan Terintegrasi dan Terdesentralisasi Sesuai Kondisi Setempat**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses dari aspek layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat informan mengatakan cakupan pelayanan berupa skrining terbatas pada ibu hamil dan calon pengantin. Skrining dilakukan sesuai dengan diagnosa dokter dan keluhan saat pasien berkunjung. Cakupan pelayanan obat masih belum tersedia di Puskesmas Simeulue dan Rumah Sakit Simeulue. Obat hanya bisa didapatkan ODHA dari Rumah Sakit Zainal Abidin di Banda Aceh. Sesuai dengan ungkapan informan mengatakan bahwa:

selama ini skrining yang pasti dilakukan adalah untuk ibu hamil, untuk TB dan HIV-AIDS belum berjalan mungkin perlu koordinasi dengan penjab program tadi. Kalau semua penderita TB harus diskruining HIV-AIDS mungkin bisa lebih mudah diketahui penyakitnya. Kalau pemberian ARV hanya pemberian rujukan dari sini dan nanti selanjutnya mengambil obat di provinsi karena obat tidak ada di puskesmas ini (Informan 02).

Kalau untuk skrining memang setiap pasien yang terdeksi HIV-AIDS dan suspect TB diskruining tapi sesuai dengan diagnosa dia atau keluhan saat dia datang ke pelayanan

misalnya kalau dia ada batuk atau ada tanda-tanda TB baru skrining TB... untuk pemberian ARV kita secara langsung dari RS Simeulue atau puskesmas belum ada... obatnya masih di RS Zainal Abidin (Informan 04).

Kalau untuk skrining memang sudah dibentuk untuk ibu hamil dan calon pengantin.... kemudian turun ke desa-desa... jadi skrining sajalah yang dilakukan... dan konseling ada namun ruang khususnya yang belum ada (Informan 03)

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Juhairiyah tahun 2017 tentang kajian pelaksanaan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Tanah Bumbu Kalimantan Selatan. Hasil penelitian Juhairiyah menyatakan bahwa rumah sakit pemerintah Kabupaten Tanah Bumbu sebagai rumah sakit rujukan ODHA, belum berjalan maksimal untuk menyediakan layanan konsultasi dan tes sukarela, perawatan, pengobatan dan dukungan bagi ODHA (1).

Menurut peneliti bahwa kegiatan layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat belum optimal sehingga program penanggulangan HIV/AIDS berjalan sangat lambat. Hal ini disebabkan kegiatan skrining hanya dilakukan pada ibu hamil dan calon pengantin saja. Namun kegiatan selanjutnya untuk melaksanakan konseling belum ada ruang khusus sehingga pihak penanggung jawab program bekerjasama dengan puskesmas di wilayah kerja masing-masing. Karena akses pelayanan yang sulit dapat menghambat program penanggulangan HIV/AIDS tidak efektif.

#### **4. Paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses dari aspek paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan belum terlaksana secara maksimal. Wujud pelayanan hanya berupa pemberian rujukan ke rumah sakit untuk penanganan

khusus. Untuk Kabupaten Simalungun sudah terbentuk KPA tetapi tidak berjalan, tidak berperan aktif hingga saat ini. Sesuai dengan ungkapan informan mengatakan bahwa:

Belum berjalan maksimal, karena KPAnyanya untuk di Kab. Simeulue sudah pernah dibentuk tetapi tidak berjalan dan tidak aktif berperan atau vakum (Informan 04)

Pelaksanaan pelayanan penanggulangan HIV-AIDS jika ada yang terdeteksi kita rujuk ke RS, kalau penanganan khusus di sini belum ada dan penanganan ke masyarakat juga belum ada (Informan 03).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Siti tahun 2017 tentang implementasi kebijakan pencegahan dan penanggulangan *Human Immunodeficiency/Aquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) di Kota Surakarta. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa faktor-faktor yang menjadi penyebab belum maksimalnya penanggulangan HIV/AIDS antara lain belum terkordinasinya Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dan SKPD Kota Surakarta baik berupa arahan pengembangan, perencanaan dan pelaksanaan kebijakan dan program meskipun berbagai Surat Keputusan mengenai upaya penanggulangan bahkan pembiayaan telah dikeluarkan (18).

Menurut peneliti bahwa paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan belum efektif melaksanakan program penanggulangan HIV/AIDS disebabkan keterbatasan fasilitas untuk penanganan khusus sehingga bila masyarakat terdeteksi HIV langsung dirujuk ke rumah sakit. Demikian juga upaya penanganan di masyarakat belum efektif disebabkan koordinasi dan kemitraan yang bekerjasama dengan puskesmas saat ini belum berjalan optimal.

## 5. Sistem Rujukan dan Jejaring Kerja

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses dari aspek sistem rujukan dan jejaring kerja bahwa mekanisme sistem rujukan cukup sederhana hanya memberikan surat rujukan untuk berobat ke rumah sakit yang dihunjak. Hambatan dalam sistem rujukan yang ditemukan antara lain dengan adanya sistem online, pasien kadang tidak datang langsung padahal perlu diukur tinggi badan dan ditimbang berat badannya. Hambatan lain pasien tidak datang mengambil rujukan tetapi diwakilkan kepada orang lain (keluarga atau tetangga). Sesuai dengan ungkapan informan mengatakan bahwa:

Hambatan dalam sistem rujukan tidak ada, namun karena sekarang kan sistem online, pasien kadang tidak datang padahal kita perlu mengukur tinggi badan, berat badan, dll jadi terkendala kalau pasien tidak datang, namun pasien ODHA bisa kita kecualikan (02)

Untuk mekanisme sistem rujukan dan jejaring dalam penanggulangan HIV-AIDS kalau untuk petugas atau penjab di masing puskesmas sudah ada dan sudah dilatih tapi untuk pengambilan rujukan karena belum ada tim VCT maka pasien harus ambil rujukan dari poli umum karena tingginya diskriminasi terhadap ODHA maka surat rujukan sering diwakilkan misalnya keluarga (Informan 03).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Juhairiyah tahun 2017 tentang kajian pelaksanaan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Tanah Bumbu Kalimantan Selatan. Hasil penelitian Juhairiyah menyatakan bahwa Rumah sakit pemerintah Kabupaten Tanah Bumbu sebagai rumah sakit rujukan ODHA, belum berjalan maksimal untuk menyediakan layanan konsultasi dan tes sukarela, perawatan, pengobatan dan dukungan bagi ODHA (1).

Menurut peneliti sistem rujukan dan jejaring kerja belum efektif melaksanakan program penanggulangan HIV/AIDS disebabkan sistem online kepada pasien tidak ada untuk melakukan perawatan dan pengobatan penderita HIV/AIDS. Selanjutnya timbulnya diskriminasi ODHA di rumah sakit menyebabkan rujukan diwakilkan oleh keluarganya.

### **5.3. Output dari Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019**

Input atau hasil kegiatan program penanggulangan HIV/AIDS yang terwujud dalam berbagai harapan dan saran yang diinginkan guna terjalannya tatanan jejaring layanan HIV/IMS hingga ke tingkat puskesmas dalam peningkatan cakupan dan kualitas layanan) program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019.

Hasil penelitian output dari aspek bahwa harapan yang diinginkan guna terjalannya tatanan jejaring layanan HIV/IMS hingga ke tingkat puskesmas, informan mengatakan agar terlaksananya program ini yang didukung peran lintas sektoral dan mitra/rekan kerja. Agar tersedianya dana untuk pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS. Klinik VCT di puskesmas perlu dibentuk agar pasien berani datang dan agar pelayanan lebih komprehensif. Penyediaan alat skrining disesuaikan dengan kebutuhan. Selain itu perlunya diidentifikasi setiap penderita HIV/AIDS agar mudah dipantau dan diberikan pelayanan kesehatan khusus apabila tidak dapat berkunjung ke fasilitas kesehatan agar penyakit dapat ditanggulangi secara efisien dan berdaya guna.

Sejalan dengan penelitian Nining tahun 2015 tentang analisis penyebab kasus penularan HIV/AIDS ditinjau dari faktor predisposisi, pemungkin dan pendorong. Penelitian Nining mengharapkan agar dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS salah satunya adalah melalui peningkatan koordinasi lintas program dan lintas sektor (16).

Hasil penelitian output dari aspek bahwa saran antara lain perlu adanya pemberian informasi atau pengetahuan baik formal maupun informal untuk petugas misalnya melalui pelatihan. Terbentuknya klinik VCT dan program penanggulangannya lebih banyak. Terlaksananya sosialisasi kepada masyarakat tentang penanggulangan HIV-AIDS. Agar ada dukungan penuh dari pemda untuk penanggulangan HIV-AIDS dan peran KPA diperbesar sehingga bisa berjalan sebaik mungkin sesuai harapan. Agar obat tersedia di RS Simeulue atau puskesmas sehingga ODHA tidak perlu jauh-jauh mengambil obat.

Hasil penelitian Juhairiyah tahun 2017 tentang kajian pelaksanaan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Tanah Bumbu Kalimantan Selatan. Hasil penelitian Juhauruyah menunjukkan bahwa pelaksanaan kebijakan masih belum optimal menyediakan layanan konsultasi dan tes sukarela, perawatan, pengobatan dan dukungan bagi ODHA. (1) Penelitian serupa oleh Rismah tahun 2015 tentang peran dinas kesehatan dalam penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Penajam Paser Utara. Hasil penelitian Rismah menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Penajam Paser Utara belum dapat dilaksanakan secara maksimal dimana hal ini salah satunya karena belum adanya Klinik VCT sehingga upaya pencegahan secara dini dan

pendistribusian obat belum mampu dilaksanakan secara maksimal (15).

Menurut peneliti bahwa adanya perbaikan program penanggulangan HIV/AIDS tidak terlepas dari dukungan lintas sektoral dan program serta masyarakat dan penderita itu sendiri dalam mengelola penyakit. Apabila dikemudian hari dapat ditata dengan baik tentunya dengan terlebih dahulu membuat regulasi baru, maka penanggulangan HIV/AIDS dapat lebih efektif dan efisien sehingga kasus HIV/AIDS dapat diminimalisasi.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1. Kesimpulan**

Sebagai bagian akhir dari tahapan penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Input dalam Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019 yaitu :
  - a. Aspek sumber daya manusia (SDM) belum sesuai kebutuhan dikarenakan hanya 1 orang selaku penanggung jawab program sehingga dalam melaksanakan tugas program tersebut belum efektif berjalan sesuai yang diinginkan.
  - b. Aspek pendanaan masih kurang disebabkan tidak adanya dana khusus dalam penanggulangan HIV/AIDS, sumber dana hanya bersumber dari dana BOK dan APBK. Keterbatasan dana tersebut digunakan semaksimal mungkin untuk kegiatan yang terlaksana saja seperti sosialisasi, penjangkauan. Hal ini mengakibatkan tidak semuanya kegiatan dalam program penanggulangan HIV/AIDS terlaksana.
  - c. Aspek pengadaan sarana dan prasarana belum efektif dalam mendukung implementasi program penanggulangan HIV/AIDS. Sarana dan prasarana seperti alat skrining masih disuplay oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan. Belum tersedianya ruang VCT untuk menunjang implementasi program, saat ini jika melakukan pemeriksaan atau skrining



test masih menggunakan ruang laboratorium dan KIA puskesmas sehingga ODHA merasa malu/kurangnyaman dengan pasien lainnya.

2. Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019 belum efektif ditinjau dari aspek yaitu:
  - a. Aspek koordinasi dan kemitraan khusus antara puskesmas dengan lintas sektoral seperti dengan pemerintahan kecamatan dan pemerintahan desa, organisasi masyarakat, LSM, Kepala Desa dan tokoh masyarakat lainnya dalam penanggulangan HIV-AIDS belum terwujud. Wujud koordinasi yang ada hanya bekerjasama dengan dinas kesehatan saja, hal ini berdampak tingginya diskriminasi masyarakat terhadap ODHA.
  - b. Aspek peran aktif komunitas ODHA informan pada umumnya mengatakan belum pernah ada keterlibatan ODHA dan belum ada upaya atau kegiatan untuk merangkul ODHA.
  - c. Aspek layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat informan mengatakan cakupan pelayanan berupa skrining terbatas pada ibu hamil. Skrining dilakukan sesuai dengan diagnosa dokter dan keluhan saat pasien berkunjung. Ketersediaan obat masih belum tersedia di Puskesmas Simeulue dan Rumah Sakit Simeulue. Obat hanya bisa didapatkan ODHA dari Rumah Sakit Zainal Abidin di Banda Aceh.
  - d. Aspek paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan belum terlaksana dikarenakan KPA yang telah terbentuk tidak berfungsi dan berperan aktif dalam penanggulangan HIV/AIDS.

- e. Aspek sistem rujukan dan jejaring kerjadalam mekanisme sistem rujukan cukup sederhana hanya memberikan surat rujukan untuk berobat ke rumah sakit yang dirujuk, yang menjadi kendala kurangnya sarana dan prasarana dalam menangani pasien ODHA di RSUD Simelue sehingga pasien ODHA harus di rujuk ke RSUZA Banda Aceh yang menumpuh perjalanan laut dan darat.
- f. Output dari Implementasi Program Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019 yaitu:
  - a. Agar terjalinnya tatanan jejaring layanan HIV/IMS hingga ke tingkat puskesmas dari aspek harapan agar didukung peran lintas sektoral dan mitra/rekan kerja. Sehingga tersedianya dana untuk pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS. Perlu adanya klinik VCT di puskesmas dan penyediaan alat skrining disesuaikan dengan kebutuhan.
  - b. Perlu adanya pemberian informasi atau pengetahuan baik formal maupun informal untuk petugas misalnya melalui pelatihan. Terbentuknya klinik VCT dan program penanggulangannya lebih banyak. Terlaksananya sosialisasi kepada masyarakat tentang penanggulangan HIV-AIDS. Agar ada dukungan penuh dari pemerintah daerah untuk penanggulangan HIV-AIDS dan peran KPA difungsikan kembali sehingga bisa berjalan sebaik mungkin sesuai harapan. Agar obat tersedia di RS Simeulue atau puskesmas sehingga ODHA tidak menempuh perjalanan jauh dalam pengambilan obat.

## 6.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian dan hasil pembahasan dalam penelitian ini diajukan beberapa saran yaitu:

1. Diharapkan Manajemen Dinas Kabupaten Simeulue perlu mendukung sumber daya manusia yang disesuaikan dengan banyak kegiatan dalam program. Perlu diusulkannya anggaran khususnya untuk implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS tahun berikutnya. Perlu pengadaan sarana dan prasarana yang mendukung khususnya klinik VCT dan alat-alat skrining serta obat tersedia di puskesmas dan rumah sakit kabupaten.
2. Diharapkan Manajemen Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue membentuk tim koordinasi dan kemitraan khusus antara puskesmas dengan lintas sektoral. Perlu pendekatan kepada ODHA agar mau berperan aktif komunitas ODHAdan terlibat dalam penanggulangan HIV-AIDS. Perlu diwujudkan layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat. Perlu pemberian layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan.
3. Diharapkan Manajemen Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue perlu mengoptimalkan jalinan tatanan jejaring layanan HIV/IMS hingga ke tingkat puskesmas. Perlu pemberian informasi atau pengetahuan baik formal maupun informal untuk petugas misalnya melalui pelatihan. Ditingkatkan sosialisasi kepada masyarakat tentang penanggulangan HIV-AIDS.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Juhariyah LM. Kajian Pelaksanaan Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS Di Kabupaten Tanah Bumbu Kalimantan Selatan. J Internet [Internet]. 2017; Available From: [https://www.researchgate.net/publication/317677806\\_Kajian\\_Pelaksanaan\\_Kebijakan\\_Penanggul](https://www.researchgate.net/publication/317677806_Kajian_Pelaksanaan_Kebijakan_Penanggul)
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Nasional Tes Dan Konseling HIV/AIDS. Jakarta; 2013.
3. World Health Organization (WHO). HIV/AIDS; Data and Statistik. J Internet [Internet]. 2017; Available From: <https://www.who.int/hiv/data/en/>.
4. Diskes PP Dan PL Kemenkes RI. Statistik Kasus HIV/AIDS Di Indonesia. 2016;
5. Lutfy MP. Pengidap HIV Terus Meningkat Akan Kan SDGS Tercapai. Artik Internet. 2017;
6. Feranika. Implementasi Program Penanggulangan HIV/AIDS Di Komisi Penanggulangan AIDS(KPA) Kota Tanjungpinang 2015. Program Studi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial Dan Politik Universitas Maritim Raja Haji Tanjungpinang. 2015;
7. Maspril A. Ditemukan 220 Ribu Orang Dengan HIV/AIDS. 2018;
8. Winda BM, Grace D. Kandou Aediansa A. T. Tucunan. Analisis Pelaksanaan Kebijakan Program Pencegahan Dan Penanggulangan HIV/AIDS Di Kisi Penanggulangan AIDS(KPA) Kota Bitung. J Internet. 2017;
9. Galelius P, Micky D. Analisis Implementasi Program Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus Dan Acquired Immuno Deficiency Syndrome Di Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Sintang Tahun 2014. J Internet. 2015;I.
10. Sugiyono. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2014.
11. Deasy M, Sulaemana E, Jane M. Pangemanan Analisis Implementasi Kebijakan Program Pencegahan Dan Penanggulangan HIV/AIDS Di Komisi Penanggulangan AIDS Di Provinsi Sulawesi Utara 2016. J Internet. 2014;
12. Diyan P, Mochammad SS, Minto H. Analisis Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS Di Kabupaten Malang (Studi Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 14 Tahun 2008 Kabupaten Malang). J Internet. 2014;
13. Rizki A. Evaluasi Program Pemerintah Tentang HIV/AIDS Di Kota Pekanbaru 2014. J Ilmu Pemerintah Jur Ilmu Pemerintah Fak Ilmu Sos Dan Ilmu Polit Univ Riau. 2014;
14. Nining N, Syamsul A, Laily K, Husaini RS. Analisis Penyebab Kasus Penularan Hiv/Aids Ditinjau Dari Faktor Predisposisi, Pemungkin Dan Pendorong. J Internet. 2015;
15. Rismah S. Peran Dinas Kesehatan Dalam Penanggulangan HIV/AIDS Di Kabupaten Penajam Paser Utara. J Ilmu Pemerintah. 2015;

16. Siti W. Implementasi Kebijakan Pencegahan Dan Penanggulangan Human Immuno Deficiency/Aquired Immuno Deficiency Syndrom (HIV/AIDS) Di Kota Surabaya. J Internet. 2017;
17. Wibowo A, T. Kesehatan Masyarakat Di Indonesia Konsep Aplikasi Dan Tantangan. Jakarta: Rajawali Pers; 2014.
18. Hutapea Ronald. AIDS&PMS Dan Perkosaan. Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
19. Pinem Saroha. Kesehatan Reproduksi Dan Kontrasepsi. Jakarta: Trans Info Media; 2016.
20. Verra, Taufan. Mengupas Tuntas 9 Jenis PMS (Penyakit Menular Seksual). Jogjakarta: Nuha Medika; 2011.
21. Kunoil F. Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular: Untuk Mahasiswa Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Trans Info Media; 2013.
22. Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Nasional. Strategi Dan Rencana Aksi Nasional 2015-2019 Penanggulangan HIV/AIDS Di Indonesia. J Internet. 2015;
23. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Penerapan Layanan HIV-IMS Berkesinambungan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta; 2012.
24. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak (PPIA) Kementerian Kesehatan RI. Jakarta; 2012.
25. Dr. Danny A Hermawan. Mengenal Program Pencegahan Dan Pemberantasan Pms Termasuk AIDS Di Indonesia. J Internet. 2014;
26. Khoirunisa Y. Penanganan HIV/AIDS di Indonesia. J Internet. 2017.
27. Yohanes R. Ilmu Sosial Dan Managemen; Pengaruh Budaya Etnis Dan Perilaku Kewirausahaan Terhadap Kinerja Usaha Mikro Kecil. J Penelit. 2012;
28. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal. Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Petunjuk Teknis Program Pengendalian Hiv/Aids Dan PMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. J Internet. 2016;
29. Azwar A. Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS Di Indonesia Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat/Ketua Komisi Penanggulangan AIDS. J Internet. 2016;
30. Moleong LJ. Metodologi Penelitian Kuantitatif. Bandung: PT Ramaja Rosdakarya; 2014.
31. Noor J. Metode Penelitian Skripsi, Tesis, Disertasi Dan Karya Ilmiah. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup; 2013.
32. Arikunto S. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Rineka Cipta; 2013.

**Lampiran 1.****LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Saya yang bernama Nelly Arisandi, Nim 1602011332 adalah mahasiswa Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan. Saat ini saya sedang melakukan penelitian tentang ' Faktor yang memengaruhi Kurang Efektifnya implementasi program penanggulangan penyakit HIV/AIDS di Kabupaten Simeulue Tahun 2019'. Penelitian ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan tugas akhir di Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan.

Untuk keperluan tersebut, saya mohon kesedian anda untuk menjadi informan dalam penelitian ini. Selanjutnya saya mohon kesediaan anda untuk mengisi kuesioner ini dengan jujur dan apa adanya, jika bersedia, silahkan tanda tangani lembar persetujuan ini sebagai bukti kesukarelaan anda.

Partisipasi anda dalam penelitian ini bersifat sukarela, sehingga anda bebas untuk mengundurkan diri setiap saat tanpa ada sanksi apa pun. Identitas pribadi anda dan semua informasi yang anda berikan akan dirahasiakan dan hanya akan digunakan untuk keperluan penelitian ini.

Atas partisipasi Anda dalam penelitian ini saya ucapkan terimah kasih.

2019  
Peneliti

Simeulue,  
Responden

Nelly Arisandi  
.....

**Lampiran 2.****PEDOMAN WAWANCARA****I. Informan : Penderita HIV/AIDS**

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Tanggal Wawancara :

**Pertanyaan**

1. Coba saudara, ceritakan kapan anda positif menderita HIV/AIDS?
2. Setelah anda positif menderita HIV/AIDS, bagaimana pelayanan kesehatan yang saudara alami?
3. Sejak anda penderita HIV/AIDS, bagaimana pelaksanaan skrining TB-HIV, terapi ARV, konseling dan ters HIV yang pernah jalani?
4. Apakah anda tahu program penanggulangan penyakit HIV/AIDS?  
Apakah anda datang untuk berobat atau konseling?
5. Bagaimana keterlibatan saudara dalam penanggulangan HIV/AIDS?
6. Apakah anda mengetahui tentang paket layanan HIV komprehensif yang di Puskesmas?

## PEDOMAN WAWANCARA

**Informan : Pengelola program HIV/AIDS, Kepala Puskesmas, Dokter dan Puskesmas**

### **II. Informan :**

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Tanggal Wawancara :

### **INPUT**

1. Tenaga Kesehatan
  - a. Menurut saudara, bagaimana kebutuhan tenaga kesehatan dalam program penanggulangan?
2. Dana
  - a. Menurut saudara, bagaimana kecukupan dana dalam mendukung program penanggulangan HIV/AIDS?
3. Sarana dan Prasarana
  - a. Menurut saudara, bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana dalam pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS dan darimana sumbernya?



## **PROSES**

### **Pilar 1: Koordinasi dan Kemitraan dengan semua pemangku kepentingan**

1. Menurut Saudara, bagaimana kegiatan forum koordinasi dan kemitraan yang bekerja sama dengan Puskesmas saat ini dan apa kendala di lapangan?

### **Pilar 2: Peran aktif komunitas termasuk ODHA**

1. Menurut Saudara, bagaimana bentuk peran aktif ODHA dan apa bentuk keterlibatan dalam program penanggulangan penyakit HIV/AIDS serta apa hambatannya?
2. Kalau pun ada hambatan, bagaimana upaya dalam mengatasinya?

### **Pilar 3: Layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat**

1. Menurut Saudara, bagaimana pelaksanaan layanan dan cakupan pelayanan seperti skrining TB-HIV, terapi ARV, konseling dan tes HIV di Puskesmas?
2. Kalau pun ada kendala, bagaimana upaya dalam mengatasinya?

### **Pilar 4: Paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan**

1. Menurut Saudara, bagaimana pelaksanaan layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan yang ada di Kabupaten Simeulue maupun di Puskesmas dan apakah hambatannya?
2. Kalau pun ada hambatan, bagaimana upaya dalam mengatasinya?

### **Pilar 5: Sistem rujukan dan jejaring kerja**

1. Menurut Saudara, bagaimana mekanisme sistem rujukan dan jejaring kerja dalam program penanggulangan penyakit HIV/AIDS pada setiap puskesmas dan apa hambatannya?

### **Pilar 6: Akses layanan terjamin**

1. Menurut Saudara, bagaimana akses pelayanan yang diselenggarakan saat ini dan jika ada hambatan bagaimana mengatasinya?

## **OUTPUT**

1. Keluaran (output) apa yang di harapkan dalam pelaksanaan program penanggulangan penyakit HIV/AIDS?
2. Apa saja saran yang dapat Bapak/Ibu ajukan untuk perbaikan pelaksanaan program penanggulangan penyakit HIV/AIDS ke depannya?

**Transkrip Hasil Wawancara**

Informan : **Penderita HIV-1**

Waktu wawancara: Rabu, 22 Mei 2019, pukul 13.30 WIB

Nama : ny. Sg

Jenis Kelamin : perempuan

Umur : 35 tahun

Pendidikan : D-III

Pekerjaan : IRT

Alamat : Desa air dingin

Hasil wawancara:

Peneliti : Selamat pagi! Saya sedang meneliti tentang Program HIV-AIDS....

Informan : Selamat pagi!

Peneliti : Bisa ibu ceritakan saat pertama mengetahui ibu menderita HIV?

Informan : Pertama, gejalanya saya mencret dan bolak balik masuk di RS Simeule, setelah beberapa lama saya dirujuk ke RS di Banda Aceh di sanalah saya diketahui saya tertular HIV dari alm. Suami

Peneliti : Setelah menderita HIV bagaimana?

Informan : saya rutin berobat ke puskesmas atau ke Rumah Sakit Simeulue, saya dilayani dengan baik dan langsung dapat ARV dari tahun 2015 hingga sekarang namun mengambilnya ke RS Zainal Abidin

Peneliti : bagaimana pemeriksaan TB di Simelue?

Informan : ada Saya periksa di Banda Aceh dan saya tidak terkena TB

Peneliti : pernah dengar ada program penanggulangan HIV-AIDS?

- Informan : pernah saya dengar program penanggulangan HIV-AIDS, tapi yang di Banda Aceh jadi saya berobat ke VCT Banda Aceh
- Peneliti : Bagaimana keterlibatan ibu atau pernahkah dilibatkan dalam kegiatan program penanggulangan HIV-AIDS?
- Informan : tidak pernah dilibatkan
- Peneliti : apa yang ibu ketahui tentang paket layanan komprehensif di puskesmas?
- Informan : saya tidak tahu paket layanan komprehensif di puskesmas, saya banyak konsultasi dengan RS di Banda Aceh
- Peneliti : apa ada diskriminasi yang ibu terima dari masyarakat?
- Informan : awal-awalnya yang korban anak saya... karena ketika masuk TK dia dikeluarkan, masyarakat sepertinya menghindari kami... bahkan bertatap muka mereka tidak mau lagi... bahkan sampai sekarang tidak sekolah di sini. Jadi anak saya sekolah di Medan ikut neneknya sejak PAUD sampai sekarang kelas 2 SD.
- Peneliti : saat ini apakah masih ada diskriminasi dari masyarakat?
- Informan : masih ada, tapi saya tidak ambil pusing, anak saya pun duanya paling kecil 2 tahun 8 bulan tidak tertular hasilnya negatif setelah dites
- Peneliti : bagaimana pelayanan di Simelue pernahkah ibu terima?
- Informan : saya belum pernah dapat pelayanan ... malahan dokter sendiri tanya apakah saya kasih langsung Sida dan diagnosanya kalau di puskesmas langsung dibuat HIV, kadang-kadang ambil rujukan pun saya suruh orang lain abang saya tapi kadang saya juga yang ambil. Karena menghindari hal-hal yang tidak diinginkan kembali.
- Peneliti : untuk saat ini obat2an bagaimana?
- Informan : dikirim dari RS melalui pos atau DAMRI.
- Peneliti : Baik bu..Terima kasih atas kesempatannya..

Informan : Sama – sama buk...

### **Transkrip Hasil Wawancara**

Informan : **Penderita HIV-2**

Waktu wawancara: Kamis, 23 Mei 2019, pukul 11.00 WIB

Nama : ny.Yld

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 37 Tahun

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT

Alamat : Desa Lugu

### Hasil Wawancara

- Peneliti : Selamat pagi! Saya sedang meneliti tentang Program HIV-AIDS....
- Informan : Selamat pagi!
- Peneliti : Bisa ibu ceritakan saat pertama mengetahui ibu menderita HIV?
- Informan : Saat Bapak dirawat di RS, saya ikut diperiksa, di situlah ketahuan sebelum tidak pernah tahu ... saya tertular dari suami. saya hanya periksa darah dan disuruh ambil obat ke RS Banda Aceh
- Peneliti : Selama jadi ODHA apa pernah di tes TB?
- Informan : saya jarang berobat ke puskesmas kalau sakit biasa saya berobat ke lanal kebetulan dekat rumah,
- Peneliti : apakah ibu tahu ada program penanggulangan HIV-AIDS di Simeuleu ini?
- Informan : saya tidak pernah dengar ada program penanggulangan HIV-AIDS di Simeuleu ini
- Peneliti : pernahkah berobat ke puskesmas dan pernah tahu paket layanan komprehensif tentang HIV-AIDS?
- Informan : saya tidak pernah tahu paket layanan komprehensif tentang HIV-AIDS, kami berobat ke Lanal
- Peneliti : apa ibu tahu ada ODHA lainnya di wilayah ini?

- Informan : tidak pernah tahu, sudah saya di rumah sajalah
- Peneliti : dari petugas apakah pernah ada pemberian informasi tentang program penanggulangan HIV-AIDS?
- Informan : tidak pernah tahu, kalau tahu saya pasti mau bergabung
- Peneliti : apakah tetangga ada yang tahu keadaan ibu?
- Informan : tidak ada...
- Peneliti : apa keluhan ibu?
- Informan : sekarang tidak ada lagi keluhan ... asam lambung pun dua bulan yang lalu
- Peneliti : rencana selanjutnya bagaimana?
- Informan : mau berobat ke RS di Banda Aceh
- Peneliti : apa saran dan harapan ibu?
- Informan : harapan saya agar saya sehat kembali.
- Peneliti : Baik bu..Terima kasih atas kesempatan nya..
- Informan : Sama – sama buk...

### **Transkrip Hasil Wawancara**

Informan : **Penderita HIV-3**

Waktu wawancara: Jumat, 24 Mei 2019, pukul 11.00 WIB

Nama : bpk. Brl

Jenis Kelamin : laki-laki

Umur : 40 tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Desa suka karya

#### Hasil Wawancara

Peneliti : Selamat pagi! Saya sedang meneliti ttg Program HIV-AIDS....

Informan : Selamat pagi!

Peneliti : Bisa bapak ceritakan saat pertama mengetahui ibu menderita HIV?

Informan : sebenarnya sedikit malu saya menceritakan tetapi karena untuk kepentingan ibu saya ceritakan. Saya dulu tinggal di luar Simeulue saya meranto ke Kota dan bergaul bebas akhirnya saya sakit... Kalau narkoba saya tidak sentuh bu hanya jajan saya tidak tentu... di situlah saya dapat penyakit ini. Saat sakit saya pulang tapi belum ada tahu terkena HIV.. tahu saya positif terkena HIV di RS Simeulue.

Peneliti : Setelah menderita HIV bagaimana pelayanan yang bapak terima?

Informan : karena jenis penyakit saya ini masih langka, sepertinya petugas kesehatan agak sedikit berbeda pelayanannya kepada saya dibanding dengan pasien lain.... ruangan saja saya

- tersendiri dilayani di ruang inap kebetulan Cuma saya sendiri.
- Peneliti : bagaimana pelayanan di puskesmas?
- Informan : pertama saya berobat ke puskesmas, saya hanya diberi obat sakit dan anti alergi... karena masih terasa sakit saya kembali ke puskesmas saya dan diperiksa saya dirujuk ke RS, dan di RS lah saya diberitahu menderit HIV
- Peneliti : saat di RS apakah pernah dicek TBnya?
- Informan : setelah positif HIV, saya belum pernah dicek TB
- Peneliti : apakah pernah mendapat konseling dari petugas?
- Informan : oh itu ada mereka wawancara dengan saya di RS, mereka katakan belum ada layanan khusus di RS tersebut dan saya dianjurkan ke RS Zainal Abidin dan diberi surat rujukan. Di RS Zainal Abidin ada komunitas HIV dan merekalah yang membantu saya...
- Peneliti : ARV diperoleh dari mana?
- Informan : dari RS Zainal Abidin, dikasih saya untuk sebulan saja... untuk obat selanjutnya saya jeput ke sana...
- Peneliti : apa pernah dengar tentang program penanggulangan HIV-AIDS di Simeulue?
- Informan : tidak pernah tahu program penanggulangan HIV-AIDS di Simeulue, apa maksudnya itu.... apalagi dilibatkan, aktivitas kami hanya ke puskesmas, dan ambil obat ke Banda Aceh. Harapan kami bisa ada obat di sini di RS atau Puskesmas Simeulue.
- Peneliti : setelah tahu menderit HIV bagaimana pelayanan yang bapak terima baik dari puskesmas atau RS?
- Informan : Kalau di Banda Aceh enak, karena ada komunitas dan kalau tinggal di Banda Aceh enak semua dekat... tapi kalau di sini kami masih sembunyi-sembunyi... klo ke puskesmas paling dikasih rujukan ke RS Simeulue, sampai di RS Simuelue juga

- dikasih rujukan ke RS Zainal Abidin... jadi pelayanan untuk kami masih kurang
- Peneliti : apakah bapak tahu paket layanan komprehensif tentang HIV-AIDS di puskesmas?
- Informan : saya belum pernah tahu paket layanan komprehensif tentang HIV-AIDS di puskesmas kalau ke puskesmas saya paling berobat biasa...
- Peneliti : bagaimana dengan pelayanan dari dinas kesehatan?
- Informan : kalau dari dinas kesehatan kemarin kita dapat konsultasi dengan petugas beberapa kali mereka memberi arahan kepada kami tentang bagaimana kalau habis... dinas kesehatan lebih kepada pemberian informasi tentang bagaimana kami mendapatkan obat, siapa yang kami hubungan dan bagaimana cara mendapatkannya. Ada 1 orang petugas di dinas kesehatan tempat kami konsultasi melalui hp atau telepon.
- Peneliti : apa harapan dari bapak?
- Informan : kalau harapan saya selaku penderita, kami sangat sulit mendapatkan pelayanan khusus untuk kami dan pelayanan obat harus ke Banda Aceh... di Banda Aceh di puskesmasnya sudah bisa dapat obat... kami harap begitu juga di puskesmas Simeuleu dan RS bisa ada obat untuk kami...
- Peneliti : Baik pak..Terima kasih atas kesempatan wawancaranya..
- Informan : Sama – sama buk...



### **Transkrip Hasil Wawancara**

Informan : **Kepala Puskesmas**

Waktu wawancara: Senin, 27 Mei 2019, pukul 14.00 WIB

Nama : Fitra Angelin, SST, M.KM

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 32 tahun

Pendidikan : S2

Pekerjaan : PNS

Alamat : Desa Sinabang

#### Hasil Wawancara:

Peneliti : Selamat pagi! Saya sedang meneliti tentang Program HIV-AIDS....

Informan : Selamat pagi!

Peneliti : Bagaimana kebutuhan tenaga kesehatan dalam penanggulangan HIV-AIDS di puskesmas ini?

Informan : Untuk kebutuhan tenaga sendiri atau SDM di bagian penanggulangan HIV-AIDS mungkin belum ada penambahan khusus karena menyangkut program tidak terlalu banyak. Jadi dengan tenaga yang ada sudah mencukupi.

Peneliti : ada berapa?

Informan : Ada penjab dan rekannya beberapa orang

Peneliti : Bagaimana kecukupan dana?

Informan : Kalau kita bahas pendanaan, sumber dananya dari dana BOK tetapi dana ini tidak khusus untuk penanggulangan HIV-AIDS saja karena kegiatannya belum terlalu banyak jadi tidak membutuhkan dana terlalu banyak.

- Peneliti : selain dari BOK apa ada dari sumber lain?
- Informan : tidak ada... untuk program khusus UKM dananya dari BOK jika tidak mencukupi para penjab bisa mengajukan usulan-usulan dari sumber dana lain.
- Peneliti : bagaimana ketersediaan sarpra?
- Informan : untuk pengadaan sarpra dananya dari satu anggaran yaitu BOK...
- Peneliti : siapa penjab penanganan HIV-AIDS?
- Informan : kalau untuk skrining dan pemeriksaan di puskesmas dan posyandu namun untuk pengobatan kita rujuk ke RS
- Peneliti : bagaimana koordinasi dan kemitraan dalam melaksanakan program HIV-AIDS?
- Informan : sampai saat ini belum ada atau belum dibentuk kegiatan forum koordinasi dan kemitraan yang bekerjasama dengan puskesmas karena bisa jadi karena anggaran, dan masih ada beberapa program yang jauh lebih prioritas.
- Peneliti : bagaimana bentuk peran aktif ODHA dalam penanggulangan HIV-AIDS?
- Informan : sejauh belum ada pemberdayaan ODHA
- Peneliti : bagaimana pelaksanaan layanan di puskesmas ini?
- Informan : belum ada, VCT belum ada bahkan kita belum pernah membicarakan dengan sesama tim
- Peneliti : Jadi untuk skrining siapa yang melaksanakan?
- Informan : penanggungjawab program HIV-AIDS
- Peneliti : apa hambatan dalam pelaksanaan penanggulangan HIV-AIDS berkaitan dengan layanan komprehensif?
- Informan : hambatan tidak ada, hanya kegiatan program ini yang belum banyak, belum banyak perkembangan dari petugas... belum ada layanan komprehensif
- Peneliti : apa hambatan dalam melakukan rujukan pasien?

- Informan : hambatan dalam melakukan rujukan pasien tidak ada, karena ketika ada pemeriksaan langsung ditangani dokter dan dirujuk ke RS
- Peneliti : Apakah ada feedback dari RS?
- Informan : Ada kepada penjab
- Peneliti : apa harapan dalam peningkatan program penanggulangan HIV-AIDS?
- Informan : puskesmas ini khan milik masyarakat, jadi segala sesuatu penyelesaian program ini jika tidak ada peran lintas sektor program tidak akan tercapai. Maka kita masih butuh banyak seperti mitra/rekan kerja seperti lintas sektor dan tersedianya dana
- Peneliti : apa harapan untuk perbaikan program penanggulangan HIV-AIDS di puskesmas?
- Informan : kalau untuk harapan yang sangat kami inginkan yaitu pemberian informasi atau pengetahuan baik formal maupun informal untuk petugas misalnya melalui pelatihan... dengan demikian petugas memiliki semangat untuk mengajak dan menyadarkan masyarakat tentang pentingnya penanggulangan HIV-AIDS... selanjutnya kiranya ada klinik VCT dan programnya lebih banyak.
- Peneliti : Terima kasih atas kesempatan wawancaranya ya buk..
- Informan : Sama – sama buk...

### **Transkrip Hasil Wawancara**

Informan : **Dokter Puskesmas**

Waktu wawancara: Senin, 27 Mei 2019, pukul 16.00 WIB

Nama : dr. Yuri Ona Sofya Lestari

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 36 tahun

Pendidikan : S1

Pekerjaan : PNS

Alamat : Desa Suka Karya

### **Hasil Wawancara**

Peneliti : Selamat pagi! Saya sedang meneliti tentang Program HIV-AIDS....

Informan : Selamat pagi!

Peneliti : Bagaimana kebutuhan tenaga kesehatan dalam penanggulangan HIV-AIDS di puskesmas ini?

Informan : Untuk tenaga hanya 1 orang penjab program HIV-AIDS, namun dokternya sendiri kurang terpapar dengan program jadi dokter perlu diikutkan pelatihan mengenai program yang sedang berjalan dan yang selama ini berjalan. Untuk ke depannya koordinasi antar tenaga kesehatan lebih kompak lagi dan kita tahu apa yang harus dilakukan selanjutnya.

Peneliti : Jadi untuk nakes di puskesmas cukup 1 orang?

Informan : Cukup, dokternya perlu penambahan ilmu tentang itu

Peneliti : Apakah dokter ada dilibatkan misalnya dalam penanganan HIV-AIDS atau tentang sosialisasi HIV-AIDS ke masyarakat?

- Informan : Tidak ada selama ini, paling kalau ada pasien paling kita rujuk pasien ke RS
- Peneliti : Kendala berkaitan dengan tenaga di puskesmas dalam penanganan HIV-AIDS?
- Informan : Paling masalah koordinasi saja, apalagi sekarang nakes posisinya memang di poli ibu jadi lebih kepada skrining ibu hamil
- Peneliti : Pendanaan program HIV-AIDS di puskesmas bagaimana?
- Informan : Kalau saya sebagai dokter justru tidak pernah terpapar mengenai bagaimana pendanaan untuk program itu..
- Peneliti : Jadi bagaimana pengajuan dana?
- Informan : mungkin langsung ke manajemen UKM atau ke kepala puskesmas
- Peneliti : Kenapa dokter tidak dilibatkan dalam skala UKP atau UKM itu sendiri, apa bedanya?
- Informan : di puskesmas ini ada tiga bagian pokok dengan manajernya masing-masing, ada admen biasanya dari tata usaha, ada UKM (upaya kesehatan masyarakat) sifatnya lebih pada kegiatan komunitas tapi UKP (upaya kesehatan perorangan) untuk perorangan jadi dokter tidak dilibatkan dalam UKM
- Peneliti : Mengenai sarana dan prasarana bagaimana ketersediaannya dalam pelaksanaan penanggulangan HIV-AIDS ini?
- Informan : kalau masalah sarana dan prasarana untuk penanggulangan lebih ke program karena di dalam gedung sifatnya hanya skrining dan rujukan. Kalau sumber dananya kalau berhubungan dengan program biasanya dari BOK... ada juga dari dinkes bersumber dari APBK
- Peneliti : Ada proses enam pilar yang diambil dari program KPH di Kab Simeuleu, di puskesmas ini ada pilar 1nya menurut bu dokter bagaimana kegiatan forum koordinasi saat ini?

- Informan : Kalau melibatkan dokter sampai saat ini belum ada koordinasi yang bekerjasama dengan lintas sektor
- Peneliti : peran aktif komunitas ODHA bagaimana? Apa hambatannya?
- Informan : kayaknya selama ini belum pernah ada keterlibatan ODHA, jangankan untuk terlibat aktif untuk sekedar datang mengambil rujukan aja mereka enggan. Bisa jadi ini karena adanya stigma masyarakat terlebih ini daerah pulau tempatnya kecil berita mudah menyebar jadi ODHA merasa didiskriminasi. Jadi ODHA sering mewakili ke orang lain mengambil obat konon konsultasi pasti lebih susah lagi. Jadi memang belum ada.
- Peneliti : menurut bu dokter bagaimana pelaksanaan dan cakupan pelayanan seperti skrining TB - HIV-AIDS, terapi ARP di puskesmas ini? Apa kendala dan cara mengatasinya?
- Informan : selama ini skrining yang pasti dilakukan adalah untuk ibu hamil, untuk TB dan HIV-AIDS belum berjalan mungkin perlu koordinasi dengan penjab program tadi. Kalau semua penderita TB harus diskruining HIV-AIDS mungkin bisa lebih mudah diketahui penyakitnya. Kalau pemberian ARP hanya pemberian rujukan dari sini dan nanti selanjutnya mengambil obat di provinsi karena obat tidak ada di puskesmas ini.
- Peneliti : untuk VCT apakah sudah dibentuk?
- Informan : selama ini belum ada
- Peneliti : bagaimana layanan komprehensif yang berkesinambungan di puskesmas ini? Apakah ada hambatan?
- Informan : kalau masalah layanan komprehensif dan berkesinambungan mungkin lebih tepat kita tanyakan ke penjab program karena masalah keterlibatan yang kurang dalam program ini

- Peneliti : sistem rujukannya bagaimana, apa ada hambatan?
- Informan : hambatan dalam sistem rujukan tidak ada, namun karena sekarang khan sistem online, pasien kadang tidak datang padahal kita perlu mengukur tinggi badan, berat badan, dll jadi terkendala kalau pasien tidak datang, namun pasien ODHA bisa kita kecualikan
- Peneliti : menurut dokter apa yang diharapkan untuk puskesmas?
- Informan : yang diharapkan untuk puskesmas agar tenaga dokter dapat pelatihan khusus sehingga sistem dapat selaras, kiranya ada dibentuk VCT, skrining hendaknya lebih maksimal jangan pada ibu hamil saja... pasien walau sudah ditangani di RS kita perlu tahu agar lebih mudah jika pasien berkunjung ke puskesmas. SDMnya betul-betul dilatih tentang program ini.
- Peneliti : saran lainnya kepada kapus atau kadis?
- Informan : saran kalau untuk advokasi sudah ya... hanya kalau ada advokasi ke kepala desa tentu itu dari dinas, hendaknya ada kegiatan khusus lagi misalnya kepala puskesmas berkoordinasi dengan kepala desa dan kepala desa perlu tahu tentang masyarakatnya
- Peneliti : Baik buk..Terima kasih atas kesempatan wawancaranya..
- Informan : Sama – sama buk...

### **Transkrip Hasil Wawancara**

Informan : **Penjab HIV-Dinkes**

Waktu wawancara: Selasa, 28 Mei 2019, pukul 14.00 WIB

Nama : Putri Raisah, SKM

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 32 tahun

Pendidikan : S1

Pekerjaan : PNS

Alamat : Desa Suka Jaya

### **Hasil Wawancara**

Peneliti : Selamat pagi! Saya sedang meneliti tentang Program HIV-AIDS....

Informan : Selamat pagi!

Peneliti : Bagaimana kebutuhan tenaga kesehatan dalam program penanggulangan HIV-AIDS di dinas kesehatan ini?

Informan : kalau untuk kebutuhan tenaga kesehatan dalam pelayanan HIV-AIDS di dinas kesehatan belum memadai karena tenaga kesehatan yang terlatih hanya 1 tim di RS Simeulue sedang untuk penjab hanya 1 orang saya sendiri. Seharusnya di masing-masing puskesmas harus ada tim yang terlatih untuk melayani pasien HIV-AIDS

Peneliti : bagaimana pendanaannya ?

Informan : kalau untuk dana setiap tahun ada, namun tidak semua program ini terkoper dengan dengan dana yang ada dalam sosialisasi dan penanggulangan HIV-AIDS sehingga ada beberapa yang kita alihkan ke tahun berikutnya.... kita laksanakan sesuai pagu yang diberikan oleh Bappeda atau pemda



- Peneliti : Apakah dana tersebut sudah ditentukan masing-masing dari pemda atau diajukan?
- Informan : memang setiap tahunnya kita mengajukan atau menyusun renstra atau renja tetapi nanti disesuaikan dengan jumlah pagu dana di kas daerah untuk melaksanakan programnya dan nanti kita laporkan mana yang sudah terlaksana dan yang belum kita usulkan dilaksanakan tahun berikutnya ...
- Peneliti : bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana untuk pelaksanaan penanggulangan HIV-AIDS?
- Informan : kalau sarpra kita masih didukung dari dinkes provinsi dan kemenkes sedang dari kab masih sedikit untuk sarpra ... alat2 skrining misalnya masih dikirim dari kemenkes kerjasama dengan dinkes provinsi
- Peneliti : bagaimana kegiatan forum koordinasi dan kemitraan di lapangan?
- Informan : kalau forum yang bekerjasama dengan kita belum maksimal atau belum ada yang rutin dan intens dalam melakukan penanggulangan HIV-AIDS ini, dan tidak ada 1 forum yang fokus pada penanggulangan HIV-AIDS ini... jadi masih terpaku pada peran dinkes dan puskesmas
- Peneliti : bagaimana keterlibatan ODHA?
- Informan : keterlibatan ODHA belum ada dan saat ini belum ada kita kegiatan2 untuk merangkul ODHA, belum ada yang terlibat langsung apalagi diskriminasi terhadap ODHA masih tinggi sehingga keberadaan mereka dirahasiakan.
- Peneliti : bagaimana cakupan pelayanan seperti skrining di puskesmas?
- Informan : kalau untuk skrining memang setiap pasien yang terdeteksi HIV-AIDS dan suspect TB diskriminasi tapi sesuai dengan diagnosa dia atau keluhan saat dia datang ke pelayanan

- misalnya kalau dia ada batuk atau ada tanda-tanda TB baru diskriming TB... untuk pemberian ARV kita secara langsung dari RS Simeuleu atau puskesmas belum ada... obatnya masih di RS Zainal Abidin
- Peneliti : bagaimana layanan obat untuk ODHA?
- Informan : yah pasien mau tidak mau harus ambil sendiri ke RS Zainal Abidin ke klinik VCTnya
- Peneliti : bagaimana layanan komprehensif yang berkesinambungan di kab Simeulue maupun puskesmas?
- Informan : belum berjalan maksimal, karena KPAnyanya untuk di Kab. Simeulue sudah pernah dibentuk tetapi tidak berjalan dan tidak aktif berperan atau vakum
- Peneliti : Bagaimana mekanisme sistem rujukan dan jejaring kerja dalam program penanggulangan HIV-AIDS pada setiap puskesmas dan apa hambatannya?
- Informan : untuk mekanisme sistem rujukan dan jejaring dalam penanggulangan HIV-AIDS kalau untuk petugas atau penjab di masing2 puskesmas sudah ada dan sudah dilatih tapi untuk pengambilan rujukan karena belum ada timVCT maka pasien harus ambil rujukan dari poli umum.... karena tingginya diskriminasi terhadap ODHA maka surat rujukan sering diwakilkan misalnya keluarga.
- Peneliti : Apa jenis pelatihan yang sudah diterima petugas?
- Informan : kalau untuk VCT belum ada dilatih hanya untuk penjab saja
- Peneliti : bagaimana mengatasi akses pelayanan untuk ODHA?
- Informan : itu merupakan hambatan bagi kami juga dalam hal penanggulangan HIV-AIDS terutama dalam pengambilan obat seperti ARV untuk ODHA tidak bisa diperoleh dari RS Simeulue tapi diambil ke RS Zainal Abidin Banda Aceh yang jaraknya cukup jauh bisa 1 hari 1 malam mencapainya

- dan ini adalah hambatan bagi ODHA
- Peneliti : apa harapan untuk perbaikan ke depannya?
- Informan : sebagai penjab saya ingin ada klinik VCT dan KPA berjalan secara maksimal sehingga bisa membantu dalam pelayanan atau penanggulangan HIV-AIDS ini... harapan saya juga agar pemda dapat mensupport dana untuk pelatihan tim VCT di puskesmas terutama Puskesmas Simeulue Timur karena masyarakat paling banyak dan kasus HIV-AIDS tinggi ada 11 kasus... sehingga perlu pelayanan tim VCT yang sudah terlatih
- Peneliti : saran untuk memperbaiki program penanggulangan HIV-AIDS?
- Informan : untuk pelayanan VCT untuk ODHA disediakan tempat khusus dan agar tidak ada diskriminasi terhadap ODHA agar mereka tidak malu datang ke pelayanan kesehatan, memperbanyak sosialisasi kepada masyarakat tentang HIV dan tentang penerimaan pada keberadaan ODHA... agar ODHA tidak malu untuk berobat
- Peneliti : saran lainnya?
- Informan : diharapkan dukungan penuh dari pemda untuk penanggulangan HIV-AIDS dan peran KPA diperbesar sehingga bisa berjalan sebaik mungkin sesuai harapan sehingga antara RS, KPA dan pemda dapat bersama-sama mensukseskan program penanggulangan HIV-AIDS ini... dan agar obat tersedia di RS Simeulue atau puskesmas sehingga tidak perlu jauh-jauh mengambil obat untuk pasien ODHA
- Peneliti : Terima kasih atas kesempatan wawancaranya ya buk..
- Informan : Sama – sama buk...

### **Transkrip Hasil Wawancara**

Informan : **Penjab HIV-Puskesmas**

Waktu wawancara: Selasa, 30 Mei 2019, pukul 14.00 WIB

Nama : Hasniar Eli, SST

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 40 tahun

Pendidikan : S1

Pekerjaan : PNS

Alamat : Desa Lugu

#### Hasil wawancara

Peneliti : Selamat pagi! Saya sedang meneliti tentang Program HIV-AIDS....

Informan : Selamat pagi!

Peneliti : Bagaimana kebutuhan tenaga kesehatan dalam program penanggulangan HIV-AIDS di puskesmas ini?

Informan : kalau untuk kebutuhan tenaga kesehatan hingga saat ini hanya saya sendiri selaku penjab, di sini belum ada VCT, kegiatan belum banyak hanya skrining ibu hamil saja ... ke depannya memang dibutuhkan penambahan jika kegiatannya ditambah atau ada VCT sehingga ada konselor dan sebagainya

Peneliti : bagaimana pendanaannya?

Informan : selama ini pendanaan untuk penanggulangan HIV-AIDS baru tahun ini dianggarkan, dananya untuk turun ke lapangan untuk skrining dalam setahun 3 x ke 10 desa. Dananya yang diacc untuk 3 x kegiatan saja. Untuk sosialisasi dananya belum ada, jadi dana masih kurang

Peneliti : bagaimana ketersediaan sarana dan prasarana?

- Informan : ruang khusus untuk skrining dan konseling belum ada, jadi selama ini dilaksanakan di lab dan di ruang KIA.
- Peneliti : menurut ibu bagaimana kegiatan forum komunikasi dengan lintas sektor dalam penanggulangan HIV-AIDS?
- Informan : sampai saat ini belum ada, tapi kita usahakan kerjasama dengan lintas sektoral seperti dengan camat dalam penanggulangan HIV-AIDS
- Peneliti : bagaimana peran ODHA dalam penanggulangan HIV-AIDS?
- Informan : kalau keterlibatan untuk saat ini belum ada dan kita juga belum ada kegiatan<sup>2</sup> untuk merangkul ODHA, dananya juga belum ada ...
- Peneliti : bagaimana cakupan pelayanan seperti skrining di puskesmas?
- Informan : kalau untuk skrining memang sudah dibentuk untuk ibu hamil dan calon pengantin.... kemudian turun ke desa-desa... jadi skrining sajalah yang dilakukan... dan konseling ada namun ruang khususnya yang belum ada
- Peneliti : bagaimana layanan komprehensif dalam penanggulangan HIV-AIDS?
- Informan : pelaksanaan pelayanan penanggulangan HIV-AIDS jika ada yang terdeteksi kita rujuk ke RS, kalau penanganan khusus di sini belum ada dan penanganan ke masyarakat juga belum ada...
- Peneliti : bagaimana mekanisme sistem rujukan dan jejaringnya?
- Informan : mekanisme sistem rujukan dan jejaringnya kalau ada yang terdeteksi kita bawa ke dokter puskesmas dan dokter merujuk ke RS...
- Peneliti : apakah ada feedback dari RS?
- Informan : sementara ini belum ada
- Peneliti : menurut data ada 11 orang terdeteksi, bagaimana kondisinya?
- Informan : terdeteksinya di RS ... pasien itu ditemukan di RS bukan dari

- puskesmas. Belum pernah ada terdeteksi di puskesmas ini.
- Peneliti : apa harapan?
- Informan : saya berharap ada VCT, sehingga ada petugas skriningnya, konselor dan juga penambahan dana
- Peneliti : saran untuk perbaikan?
- Informan : mengadakan sosialisasi kepada masyarakat tentang penanggulangan HIV-AIDS dan pemberian pemahaman tentang ODHA karena selama ini ODHA cenderung diintimidasi bahkan pernah diusir dari wilayah ini... untuk itu perlu penambahan dana agar kegiatan ke lapangan ke tengah-tengah masyarakat dapat terlaksana... dan utamanya dibentuk klinik VCT di puskesmas
- Peneliti : Baik buk..Terima kasih atas kesempatan wawancaranya..
- Informan : Sama – sama buk...

Lampiran

DOKUMENTASI



Gambar Wawancara dengan ODHA



Gambar Wawancara dengan ODHA



Gambar Wawancara dengan Penjab HIV/AIDS Puskesmas



Gambar Wawancara dengan Penjab HIV/AIDS Dinas Kesehatan Simeulue





Gambar Wawancara dengan Dokter Puskesmas



Gambar Wawancara dengan Dokter Kepala Puskesmas



# INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

## Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: [instituthelvetia](https://www.line.me/@helvetia)

Nomor :  
Lampiran :  
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth,  
Pimpinan KABUPATEN SIMEULUE  
di-Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini datang menghadap, mahasiswa Program Studi S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT di INSTITUT KESEHATAN HELVETIA:

Nama : NELLY ARISANDI  
NPM : 1602011332

Yang bermaksud akan mengadakan penelitian/ wawancara/ menyebar angket/ observasi, dalam rangka memenuhi kewajiban tugas-tugas dalam melakukan/ menyelesaikan studi pada Program Studi S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT di INSTITUT KESEHATAN HELVETIA.

Sehubungan dengan ini kami sangat mengharapkan bantuannya, agar dapat memberikan keterangan-keterangan, brosur-brosur, buku-buku, dan penjelasan lainnya yang akan digunakan dalam rangka menyusun Tesis dengan judul:

### **FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE TAHUN 2019**

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata demi perkembangan Ilmu Pengetahuan dan tidak akan diumumkan atau diberitahukan pada pihak lain. Selanjutnya setelah mahasiswa bersangkutan yang akan menyelesaikan peninjauan/ riset/ wawancara, kami akan menyerahkan 1 (satu) eksemplar Tesis yang dibuat mahasiswa kami.

Atas bantuan dan kerja sama yang baik, Kami ucapkan terima kasih.

Medan, \_\_\_\_\_



Tembusan :  
1. Arsip



# PEMERINTAH KABUPATEN SIMEULUE

## DINAS KESEHATAN

Jalan Teuku Raja Mahmud Telp. . (0650) 8001017 /Fax. (0650) 8001017  
Email : [dinkes\\_simeulue@yahoo.com](mailto:dinkes_simeulue@yahoo.com) – website : [www.dinkes.simeuluekab.go.id](http://www.dinkes.simeuluekab.go.id)

### REKOMENDASI IJIN PENELITIAN

Nomor : 441 / 07 / 2019

Sehubungan dengan Surat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Helvetia, Nomor : 655/EXT/DKN/FKM/IKH/III/2019 Tanggal 18 Maret 2019 tentang Permohonan Ijin Penelitian.

Untuk maksud tersebut di atas, pada prinsipnya kami dapat memberikan ijin untuk melakukan Ijin Penelitian kepada Saudara :

Nama : **NELLY ARISANDI**  
NPM : 1602011332  
Program Studi : S-2 Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE TAHUN 2019

Setelah Ijin Penelitian selesai kami harapkan kepada yang bersangkutan untuk dapat melapor kembali ke Dinas Kesehatan dan menyerahkan laporan Ijin Penelitian.

Demikian Rekomendasi ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana semestinya.

Sinabang, 30 April 2019



Nip. 19670720 199203 1 002

Tembusan :

1. Bupati Simeulue di Sinabang;
2. Institut Kesehatan Helvetia di Medan
3. Arsip..





# INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

## Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

### PERMOHONAN PENGAJUAN JUDUL THESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : NELLY ARISANDI  
NPM : 1602011332  
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2  
Peminatan : Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan



Judul yang telah di setujui :

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI PROGRAM  
PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE TAHUN 2019

Diketahui,

Ketua Program Studi  
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

(ANTO, SKM., M.Kes., M.M.)

Pemohon

(NELLY ARISANDI)

diteruskan kepada Dosen Pembimbing

1. TARSYAD NUGRAHA, Dr. M.Kes. (0014046505) (No.HP : 0813-2116-9261)

2. IMAN MUHAMMAD, S.E., S.Kom., M.M., M.Kes. (0012117210) (No.HP : 0812-6025-000)

#### Catatan Penting bagi Dosen Pembimbing:

1. Pembimbing-I dan Pembimbing-II wajib melakukan koordinasi agar tercapai kesepakatan.
2. Diminta kepada dosen pembimbing untuk tidak mengganti topik yang sudah disetujui.
3. Berilah kesempatan kepada mahasiswa untuk mengeksplorasi permasalahan penelitian.
4. Mohon tidak menerima segala bentuk gratifikasi yang diberikan oleh mahasiswa.



# INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

## Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

### LEMBAR BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa/i : NELLY ARISANDI  
NPM : 1602011332  
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2  
Peminatan : Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan



Judul : FAKTOR YANG MEMENGARUHI KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI  
PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN  
SIMEULUE TAHUN 2019

Nama Pembimbing 2 : Dr. dr. RAZIA BEGUM SUROYO, M.Sc., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	10/ Juli 2019	Revisi penamabaran materi		
2	07/ Agustus 2019	Revisi Penulisan		
3	08/ Agustus 2019		Revisi Kompra	
4				
5				
6				
7				
8				

Diketahui,  
Ketua Program Studi  
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

( ANTO, SKM., M.Kes., M.M.)

Medan, 08/07/2019  
Pembimbing 2 (Dua)

Dr. dr. RAZIA BEGUM SUROYO,  
M.Sc., M.Kes

#### KETENTUAN:

1. Lembar Konsultasi diprint warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (Wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIISI Sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Suap terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pemberian dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.





# INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

## Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

### LEMBAR BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa/i : NELLY ARISANDI  
NPM : 1602011332  
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2  
Peminatan : Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan



Judul : FAKTOR YANG MEMENGARUHI KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI  
PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN  
SIMEULUE TAHUN 2019

Nama Pembimbing 1 : TARSYAD NUGRAHA, Dr. M.Kes.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	10/ Juli 2019	Revisi Pembahasan		
2	28/ Juli 2019			
3	07/ Agustus 2019	Ace kompi		
4				
5				
6				
7				
8				

Diketahui,  
Ketua Program Studi  
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Medan, 08/07/2019  
Pembimbing 1 (Satu)

( ANTO, SKM., M.Kes., M.M.)

TARSYAD NUGRAHA, Dr. M.Kes.

#### KETENTUAN:

1. Lembar Konsultasi diprint warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (Wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIISI Sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Suap terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pemberian dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.



# INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

## Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

### LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN (REVISI)

Identitas Mahasiswa :

Nama : NELLY ARISANDI  
NIM : 1602011332  
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2  
Judul : FAKTOR YANG MEMENGARUHI KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE TAHUN 2019  
Tanggal Ujian Sebelumnya : 04 Juli 2019

Telah dilakukan perbaikan oleh mahasiswa sesuai dengan saran dosen pembimbing. Oleh karenanya mahasiswa tersebut diatas diperkenankan untuk melanjutkan pada tahap berikutnya yaitu: PENELITIAN/UJIAN TESIS/JILID LUX\*) Coret yang tidak perlu.

No	Nama Pembimbing 1 dan 2
1.	TARSYAD NUGRAHA, Dr. M.Kes.
2.	Dr. dr. RAZIA BEGUM SUROYO, M.Sc., M.Kes

Tanggal Disetujui	Tandatangan
28 Juli 2019	
07 Agt 2019	

Medan, 8 Agustus 2019

KAPRODI  
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

ANTO, SKM., M.Kes., M.M.

Catatan:

- Lembar persetujuan revisi dibawa setiap konsul revisi.
- Print warna menggunakan kertas A4 (Rangkap 1).
- Tanda \*) silahkan dicoret yang tidak perlu.
- Isi tanggal ujian, tanggal disetujui, dan ditandatangani oleh pembimbing bila disetujui.



# INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

## Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

### PERMOHONAN PENGAJUAN JUDUL THESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : NELLY ARISANDI  
NPM : 1602011332  
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2  
Peminatan : Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan



Judul yang telah di setujui :

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI PROGRAM  
PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE TAHUN 2019

Diketahui,

Ketua Program Studi  
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Pemohon

(ANTO, SKM., M.Kes., M.M.)

(NELLY ARISANDI)

diteruskan kepada Dosen Pembimbing

1. TARSYAD NUGRAHA, Dr. M.Kes. (0014046505) (No.HP : 0813-2116-9261)
2. IMAN MUHAMMAD, S.E., S.Kom., M.M., M.Kes. (0012117210) (No.HP : 0812-6025-000)

#### Catatan Penting bagi Dosen Pembimbing:

1. Pembimbing-I dan Pembimbing-II wajib melakukan koordinasi agar tercapai kesepakatan.
2. Diminta kepada dosen pembimbing untuk tidak mengganti topik yang sudah disetujui.
3. Berilah kesempatan kepada mahasiswa untuk mengeksplorasi permasalahan penelitian.
4. Mohon tidak menerima segala bentuk gratifikasi yang diberikan oleh mahasiswa.





# INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

## Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

### LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN (REVISI)

Identitas Mahasiswa :

Nama : NELLY ARISANDI  
NIM : 1602011332  
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2  
Judul : ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE TAHUN 2018  
Tanggal Ujian Sebelumnya : 9 Maret 2019.

Telah dilakukan perbaikan oleh mahasiswa sesuai dengan saran dosen pembimbing. Oleh karenanya mahasiswa tersebut diatas diperkenankan untuk melanjutkan pada tahap berikutnya yaitu: PENELITIAN/UJIAN TESIS/JILID LUX\*) Coret yang tidak perlu.

No Nama Pembimbing 1 dan 2  
1. TARSYAD NUGRAHA, Dr. M.Kes.  
2. IMAN MUHAMMAD, S.E., S.Kom., M.M., M.Kes.

Tanggal Disetujui Tandatangani

13-3-2019  
16-3-2019.

Medan, 16 Maret 2019.....

KAPRODI  
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA



ANTO, SKM., M.Kes., M.M.

Catatan:

- Lembar persetujuan revisi dibawa setiap konsul revisi.
- Print warna menggunakan kertas A4 (Rangkap 1).
- Tanda \*) silahkan dicoret yang tidak perlu.
- Isi tanggal ujian, tanggal disetujui, dan ditandatangani oleh pembimbing bila disetujui.



# INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

## Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: +061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

### LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN (REVISI)

Identitas Mahasiswa :

Nama : NELLY ARISANDI  
NIM : 1602011332  
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2  
Judul : FAKTOR YANG MEMENGARUHI KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE TAHUN 2019  
Tanggal Ujian Sebelumnya : 04 Juli 2019

Telah dilakukan perbaikan oleh mahasiswa sesuai dengan saran dosen pembimbing. Oleh karenanya mahasiswa tersebut diatas diperkenankan untuk melanjutkan pada tahap berikutnya yaitu: PENELITIAN/UJIAN TESIS/JILID LUX\*) Coret yang tidak perlu.

No Nama Pembimbing 1 dan 2  
1. TARSYAD NUGRAHA, Dr. M.Kes.  
2. Dr. dr. RAZIA BEGUM SUROYO, M.Sc., M.Kes

Tanggal Disetujui Tanda tangan

28 Juli 2019

07 Agt 2019

Medan, 8 Agustus 2019

KAPRODI  
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

ANTO, SKM., M.Kes., M.M.

Catatan:

- Lembar persetujuan revisi dibawa setiap konsul revisi.
- Print warna menggunakan kertas A4 (Rangkap 1).
- Tanda \*) silahkan dicoret yang tidak perlu.
- Isi tanggal ujian, tanggal disetujui, dan ditandatangani oleh pembimbing bila disetujui.



# INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

## Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

### LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN (REVISI)

Identitas Mahasiswa :

Nama : NELLY ARISANDI  
NIM : 1602011332  
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2  
Judul : ANALISIS KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI PROGRAM  
PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN SIMEULUE TAHUN 2019  
Tanggal Ujian Sebelumnya : .....

Telah dilakukan perbaikan oleh mahasiswa sesuai dengan saran dosen pembimbing. Oleh karenanya mahasiswa tersebut diatas diperkenankan untuk melanjutkan pada tahap berikutnya yaitu: ~~PENELITIAN/UJIAN TESIS/JILID LUX\*~~ Coret yang tidak perlu.

No	Nama Pembimbing 1 dan 2	Tanggal Disetujui	Tandatangan
1.	TARSYAD NUGRAHA, Dr. M.Kes.	.....	.....
2.	IMAN MUHAMMAD, S.E., S.Kom., M.M., M.Kes.	.....	.....

Medan, .....

KAPRODI  
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Dr. ANTO, SKM., M.Kes., M.M.

Catatan:

- Lembar persetujuan revisi dibawa setiap konsul revisi.
- Print warna menggunakan kertas A4 (Rangkap 1).
- Tanda \*) silahkan dicoret yang tidak perlu.
- Isi tanggal ujian, tanggal disetujui, dan ditandatangani oleh pembimbing bila disetujui.





# INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

## Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

### LEMBAR BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa/i : NELLY ARISANDI  
NPM : 1602011332  
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2  
Peminatan : Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan



Judul : FAKTOR YANG MEMENGARUHI KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI  
PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN  
SIMEULUE TAHUN 2019

Nama Pembimbing 1 : TARSYAD NUGRAHA, Dr. M.Kes.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	10/juli 2019	Revisi Pembahasan		
2	28/juli 2019			
3	07/Agustus 2019	See kompi		
4				
5				
6				
7				
8				

Diketahui,  
Ketua Program Studi  
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Medan, 08/07/2019  
Pembimbing 1 (Satu)

( ANTO, SKM., M.Kes., M.M.)

TARSYAD NUGRAHA, Dr. M.Kes.

#### **KETENTUAN:**

1. Lembar Konsultasi diprint warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (Wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIISI Sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Suap terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pemberian dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.



# INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

## Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>  
Tel: (061) 42084606 | e-mail: [info@helvetia.ac.id](mailto:info@helvetia.ac.id) | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

### LEMBAR BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa/i : NELLY ARISANDI  
NPM : 1602011332  
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2  
Peminatan : Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan



Judul : FAKTOR YANG MEMENGARUHI KURANG EFEKTIFNYA IMPLEMENTASI  
PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT HIV/AIDS DI KABUPATEN  
SIMEULUE TAHUN 2019

Nama Pembimbing 2 : Dr. dr. RAZIA BEGUM SUROYO, M.Sc., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	10/ Juli 2019	Revisi peramboran materi		
2	07/ Agustus 2019	Revisi Penulisan		
3	08/ Agustus 2019			
4				
5				
6				
7				
8				

Diketahui,  
Ketua Program Studi  
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

( ANTO, SKM., M.Kes., M.M.)

Medan, 08/07/2019  
Pembimbing 2 (Dua)

Dr. dr. RAZIA BEGUM SUROYO,  
M.Sc., M.Kes

#### KETENTUAN:

1. Lembar Konsultasi diprint warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (Wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIISI Sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Suap terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pemberian dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.