

ANALISIS IMPLEMENTASI INTEGRASI LAYANAN PPIA HIV KE LAYANAN ANTENATAL DI KOTA DEPOK 2017

ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION PMTCT HIV TO ANTENATAL SERVICES IN DEPOK CITY 2017

Mira Miranti Puspitasari¹, Purnawan Junadi²

¹Health Policy and Administration, Faculty of Public Health, Universitas Indonesia

²Health Policy and Administration, Faculty of Public Health, Universitas Indonesia

ABSTRAK

Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) pada ibu hamil merupakan kegiatan esensial pada layanan antenatal, sehingga adanya integrasi akan lebih efektif untuk meningkatkan jangkauan ibu hamil melakukan skrining HIV yang bertujuan mencegah penularan secara vertikal dari ibu ke anak. Analisis Implementasi ditujukan untuk melihat pelaksanaan skrining HIV pada ibu hamil terintegrasi dalam layanan antenatal terpadu di Kota Depok 2017. Metode pada penelitian ini adalah kualitatif dengan teknik pengambilan data WM, FGD dan telaah dokumen. Hasil dari penelitian didapatkan aspek komunikasi berupa sosialisasi pedoman pelaksanaan kebijakan belum optimal terutama untuk layanan swasta. Dari sisi dana tidak dilakukannya alokasi anggaran spesifik program PPIA mempengaruhi implementasi, kewenangan petugas pelaksana sudah optimal, belum tersedianya struktur birokrasi yaitu SOP dan fragmentasi untuk layanan terintegrasi, lingkungan sosial berupa dukungan masyarakat, layanan kesehatan swasta yang belum optimal dan masih adanya stigma negatif. Kesimpulan didapatkan bahwa implementasi integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal belum optimal hal ini didukung konseling pra-tes dan pasca tes belum efektif, cakupan skrining HIV bumil masih rendah, mekanisme rujukan yang belum berjalan dengan baik dan proses pencatatan dan pelaporan serta monitoring evaluasi yang belum terintegrasi. Direkomendasikan melakukan pemetaan kegiatan yang sudah dilakukan, membuat regulasi dan roadmap perencanaan kegiatan yang bertujuan untuk perluasan layanan dan dapat menggandeng sektor swasta.

Kata Kunci: Implementasi, PPIA, Antenatal, Skrining HIV ibu hamil

ABSTRACT

Prevention of HIV transmission from mother to child (PMTCT) in pregnant women is an activity on antenatal services, the existence of integration would be more effective to increase coverage of pregnant women do HIV screening aimed at preventing contagion vertically from mother to child. Analysis of Implementation aimed to see the implementation of HIV screening of pregnant women integrated to antenatal care in Depok, 2017. Method is qualitative data develop techniques with WM, FGD and review documents. The result is socialization program policies especially for private service not optimal. A special budget allocation of PMTCT has not been made thus affecting the implementation, the Authority managing officers are already optimally, bureaucratic structure which consists

of SOP and fragmentation of policy not available, the social environment in the form of community support, private health services that has not been optimized and still the existence of negative stigma. The conclusions obtained that the implementation of the Integration PMTCT to antenatal care has not been optimal this is supported counselling pre-test and post test has not been effective, HIV screening coverage bumil is still low, the referral mechanism has not been going well and the process of recording and reporting as well as monitoring evaluations that have not been integrated. Recommended doing mapping activities already done, making regulation and roadmap planning activities aimed at the expansion of the services and may be working with the private sector.

Keywords: Implementation, PPIA, Antenatal care, HIV screening of pregnant women

LATAR BELAKANG

Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) merupakan hal esensial pada layanan antenatal, sehingga dengan adanya integrasi pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak kepada layanan antenatal akan lebih efektif untuk meningkatkan jangkauan ibu hamil melakukan skrining HIV^{[1][2][3]}. Tujuan utama dari PPIA adalah untuk menurunkan angka penularan secara vertikal dari ibu kepada janinnya karena berdasar data WHO, lebih dari 90% kasus HIV pada anak didapat dengan cara infeksi vertikal dari ibunya^{[4][5][6]}. Upaya pencegahan penularan vertikal perlu dilakukan karena jumlah jumlah perempuan yang terinfeksi HIV terus meningkat. Secara global jumlah wanita yang hidup dengan HIV sebanyak 15.7 juta jiwa dan kemudian meningkat pada tahun 2014 menjadi 17.4 juta jiwa (51% dari total penderita HIV)^[7]. Di sejumlah negara berkembang, HIV menjadi faktor penyebab kematian utama pada usia reproduksi, sehingga skrining HIV pada ibu hamil dan wanita usia reproduksi menjadi hal yang penting^[7].

Untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak, Pemerintah Indonesia mencanangkan program layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) sejak tahun 2004 dimana

dalam kegiatannya dilakukan skrining HIV, namun fasilitas PPIA ini masih jauh dari memadai layanan PPIA. Saat ini tersedia di 31 Propinsi dengan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan PPIA sebanyak 92 RS dan 13 Puskesmas, dan baru menjangkau sekitar 7% dari perkiraan jumlah ibu yang memerlukan layanan PPIA^[8]. Cakupan ibu hamil yang melakukan skrining HIV hanya sebanyak 43.624 ibu hamil dari kunjungan *ante natal care* sebanyak 5.355.710 ibu hamil^[9]. Agar dapat mengendalikan penularan HIV dari ibu ke anak, maka perlu dilakukan integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal disetiap jenjang fasilitas layanan kesehatan dasar dan rujukan sebagaimana tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 51 Tahun 2013 tentang Pencegahan Penularan HIV Ibu ke Anak. Layanan PPIA terintegrasi ini menjadi bagian dari Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) HIV dan AIDS^[10]. Jadi semua petugas kesehatan difasilitasi pelayanan kesehatan di daerah dengan epidemi meluas dan terkonsentrasi wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan karena ibu hamil termasuk ke dalam kelompok berisiko tertular HIV^{[11][12]}. Prioritas sasaran ibu hamil yang diskriminasi pada tahun 2017 untuk daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi 100% dan epidemi rendah 30%^[8].

Data Dinas Kesehatan penderita HIV/AIDS di Kota Depok pada tahun 2016 terdapat 1839 ibu hamil yang melakukan skrining HIV dengan jumlah ibu hamil HIV + sebanyak 5 orang, ^[13]. Berdasar profil kesehatan Kota Depok bahwa jumlah ibu hamil di Wilayah Kota Depok pada tahun 2016 adalah 46.096 ibu hamil dengan angka kunjungan K1 sebesar 46.201 (100.2%) dan K4 sebesar 43.924 (95.3%). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kesadaran masyarakat untuk melakukan pemeriksaan antenatal kehamilan sedini mungkin cukup baik. ^[14] Namun dari jumlah tersebut yang sudah dilakukan skrining HIV berdasarkan data Dinas Kesehatan adalah 1839 ibu hamil (3.98%)^[15] Cakupan kunjungan layanan antenatal yang cukup tinggi menunjukkan terjadinya *mised opportunity* artinya ibu hamil yang berstatus HIV positif tidak mengetahui statusnya, padahal dia sudah berkunjung ke layanan kesehatan.

Dari sisi provider untuk menangani HIV/AIDS, fasilitas layanan kesehatan Kota Depok pada tahun 2017 yang dapat melakukan layanan VCT dan PITC, berjumlah 17 layanan yang terdiri dari 15 Puskesmas dan 2 Rumah Sakit. Layanan kesehatan yang juga berfungsi sebagai layanan *Care, Support and Treatment (CST)*, dan menjadi rujukan bagi layanan sekitarnya^[13].

Sedangkan jumlah Puskesmas di Kota Depok yang bisa melakukan layanan antenatal adalah 35 puskesmas^[15].

Teori implementasi kebijakan Edward III dalam Nugroho menyebutkan dalam mencapai implementasi kebijakan ada empat aspek yang harus diperhatikan agar implementasi kebijakan menjadi efektif yaitu aspek sumber daya, komunikasi, struktur birokrasi, disposisi serta implementasi kebijakan menurut Van Meter Van Horn tentang pengaruh lingkungan sosial dalam implementasi kebijakan^[16]. Berdasar Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2013 tentang PPIA, langkah – langkah dalam implementasi kegiatan integrasi PPIA ke layanan antenatal adalah konseling pra-tes dan pasca tes, skrining HIV, mekanisme rujukan, pencatatan dan pelaporan serta monitoring evaluasi^[10].

Analisis integrasi implementasi program memerlukan komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi dan lingkungan sosial sebagai satu kesatuan utuh sehingga implementasi integrasi layanan PPIA pada layanan antenatal berupa skrining HIV ibu hamil dapat dilakukan dengan baik.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah kualitatif, yang dilakukan pada bulan November 2017 sampai dengan Januari 2018 lokasi di Kota Depok. Penelitian ini menggunakan data primer dan sekunder. Dengan pengambilan data primer menggunakan teknik Wawancara Mendalam, *Focus Group Discussion (FGD)* sedangkan data sekunder dengan telaah dokumen. Penelitian dilakukan setelah mendapat rekomendasi dari Tim Kaji Etik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dan dinyatakan layak berdasarkan Surat Keterangan Nomor 565/UN2.F10/PPM.00.02/2017 tanggal 6 November 2017 dan mendapatkan ijin pengambilan data dari Dinas Kesehatan Kota Depok dengan nomor surat Nomor 070/14590 – Umum tanggal 7 Desember 2017

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasar kerangka konsep yang meliputi langkah-langkah dalam implementasi integrasi PPIA ke layanan antenatal, variabel komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi dan lingkungan sosial digunakan untuk menilai apakah implementasi integrasi layanan PPIA di Kota Depok sudah terimplementasi optimal atau belum optimal. Yang selanjutnya akan diuraikan sebagai berikut :

Konseling Pra-tes dan Pasca tes

Pelaksanaan kegiatan konseling pra-tes dan pasca tes skrining HIV sudah dilakukan namun materi dan teknis pelaksanaan belum semua sesuai dengan pedoman konseling dan tes HIV dan manajemen PPIA karena adanya keterbatasan SDM baik dari segi jumlah dan tingkat pengetahuan untuk melakukannya. Kegiatan konseling pra-tes ini lebih sering dilakukan secara berkelompok saat kelas ibu hamil namun jumlah ibu hamil yang mengikuti dan frekuensi kelas ibu hamil terbatas sehingga penyampaian informasi belum mencakup semua ibu hamil. Sedangkan materi konseling pasca tes untuk ibu hamil dengan hasil tes non reaktif tidak dilakukan sesuai pedoman tapi bagi ibu hamil dengan hasil reaktif sudah sesuai pedoman dilakukan oleh dokter konselor dilayanan VCT.

Skrining HIV pada ibu hamil

Skrining HIV pada ibu hamil pada tahun 2016 yang dilakukan di puskesmas yang memiliki layanan VCT. Sejak tahun 2017 skrining HIV pada ibu hamil mulai dilakukan menjadi bagian layanan ANC terpadu yang dilakukan oleh Puskesmas dan sebagian BPM. Cakupan skrining HIV pada ibu hamil belum dapat menjangkau seluruh ibu hamil hal ini disebabkan belum semua Puskemas memiliki fasilitas penunjang skrining HIV dan petugas terlatih, pelaksanaan skrining HIV pada ibu hamil dibidang praktek mandiri dan layanan kesehatan swasta lainnya belum ada serta adanya penolakan dari ibu hamil untuk dilakukan skrining turut mempengaruhi capaian skrining ini.

Hasil capaian skrining adalah sebagai berikut :

Tabel 1 Hasil Pemeriksaan Skrining HIV Ibu Hamil Di Kota Depok

Jenis Skrining	Jumlah sasaran		Jumlah yang diskriming		Capaian Kinerja (%)	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Skrining HIV	40.096	46.840	1839	8246	3.98	17.6

Sumber : Laporan P3M, 2016-2017, data diolah

Mekanisme Rujukan

Mekanisme rujukan terkait pelayanan PPIA bagi ibu hamil sudah dilakukan, baik yang rujukan horisontal dan rujukan vertikal yang berdasar pada empat strata rujukan. Rujukan horisontal dilakukan dari BPM dan Puskesmas UPF ke Puskesmas yang mampu lakukan layanan skrining HIV dan rujukan antar program KIA dan VCT. Kendala pada rujukan horisontal adalah jarak ke Puskesmas rujukan yang lebih jauh, antrian yang lama dan fasilitas di Puskesmas rujukan yang belum optimal serta sikap ibu hamil yang merasa tidak memerlukan skrining HIV. Rujukan vertikal sudah dilakukan dari Puskesmas ke layanan CST yang ada di RSUD Kota Depok untuk mendapatkan

intervensi pencegahan penularan yang lebih komprehensif bagi ibu hamil reaktif. Kendala pada rujukan vertikal adalah belum lengkapnya fasilitas untuk perencanaan persalinan yang aman bagi ibu hamil ODHA dan perawatan bagi bayi yang dilahirkan. Rujukan sampel laboratorium baik yang vertikal maupun horisontal belum berjalan karena sop yang mengatur itu belum ada.

Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan masih lemah dan belum terintegrasi dengan baik antara bagian KIA dengan program HIV P3M dimana masing – masing masih menggunakan format pelaporan yang sesuai dengan programnya saja dan tidak semua poli KIA menggunakan formulir sesuai pedoman dikarenakan keterbatasan tenaga, waktu serta belum semua petugas di poli KIA paham mengenai formulir layanan skrining HIV baik VCT maupun PITC. Kondisi ini menyebabkan terdapat perbedaan hasil cukup signifikan antara data yang dikumpulkan SIHA dan Seksi Kesga dimana selisih perbedaan jumlah yang dilaporkan 3346 sekitar 7,2%.

Hasil telaah dokumen laporan tahun 2017 diperoleh informasi sebagai berikut:

Tabel 2 Hasil Pemeriksaan Skrining HIV ibu hamil di Kota Depok Tahun 2017

Jenis skrining	Jumlah sasaran	Jumlah yang Skrining		Capaian Kinerja (%)	
	2017	SIHA	Kesga	SIHA	Kesga
Total	46.840	8246	10708	17.6	22.9

Sumber : Laporan P3M dan seksi Kesga Gizi, 2017, data diolah

Monitoring dan Evaluasi

Monitoring evaluasi layanan PPIA terkait layanan antenatal yang dilakukan secara kolaborasi antara seksi kesga dan seksi P3M belum dilakukan. Sedangkan movev yang sudah dilakukan kepada Puskesmas dan Rumah sakit adalah untuk program HIV dan kegiatan KIA secara global dan masing- masing namun kegiatan movev rutin ini belum dilakukan pada layanan primer swasta.

Komunikasi

Komunikasi bertujuan untuk mengetahui apakah suatu kebijakan dikomunikasikan secara berjenjang, jelas dan konsisten dari pemangku kebijakan kepada para pelaksana kebijakan dan juga penerima manfaat dari suatu kebijakan.

Komunikasi dari aspek transmisi berupa sosialisasi tentang integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal sudah dilaksanakan namun belum menyeluruh dan baru mulai dilaksanakan sejak tahun 2017. Pelaksanaan sosialisasi secara khusus dan berkolaborasi antara program KIA dan P3M ke pihak pelaksana dilapangan baik itu

di Puskesmas, Bidan Praktek Mandiri, organisasi profesi dan kader penjangkau belum dilakukan. Sosialisasi kepada ibu hamil yang berkunjung ke Puskesmas dilakukan melalui kelas ibu hamil yang terbatas jumlahnya dan belum menjangkau semua sasaran ibu hamil yang ada diwilayah kerja puskesmas.

Komunikasi dari aspek kejelasan informasi bagi pemangku kebijakan di dinas kesehatan petunjuk teknis pelaksanaan integrasi PPIA ke layanan antenatal sudah jelas dan dapat dijadikan dasar pelaksanaan kebijakan tersebut tapi bagi pelaksana kebijakan baik di puskesmas dan BPM petunjuk teknis belum dipahami karena belum membaca dan tersosialisasikan dengan baik. Pengetahuan tentang pilar dalam program PPIA sebagian kecil informan Puskesmas, Dinas Kesehatan dan kader sudah mengetahui dan seluruh informan BPM, Kepala Puskesmas dan Ketua IBI, KPA belum mengetahui akan hal tersebut. Dari aspek konsistensi kebijakan integrasi PPIA ke layanan antenatal dalam bentuk skrining HIV pada ibu hamil telah konsisten antara yang ditetapkan oleh pemangku kebijakan dengan pelaksana kebijakan namun terjadi inkonsistensi dalam hal target cakupan ibu hamil yang di skrining sampai dengan 2021 hanya 35% dari total ibu hamil.

Sumber daya

Dalam implementasi kebijakan sumber daya memiliki peran yang cukup penting untuk keberhasilan pelaksanaan kebijakan tersebut. Unsur sumber daya yang diteliti adalah ketersediaan sumber daya dana dan kewenangan dari pelaksana.

Sumber Daya Dana

Sumber dana untuk kegiatan Penanggulangan HIV/AIDS berasal dari APBD dan lembaga donor yaitu *Global Fund*. Anggaran kesehatan Program Penanggulangan HIV/AIDS ada di Seksi P3M dan Puskesmas se-Kota Depok. Anggaran di Seksi P3M Dinas Kesehatan tahun 2017 sebesar Rp. 1.918.090.800 dan anggaran untuk penanggulangan HIV/AIDS hanya sebesar Rp.273.585.000 (14,26%). Dan besaran dana dari *Global Fund* pada tahun 2017 sebanyak Rp.622.115.644,-. Kondisi ini memperlihatkan bahwa dukungan dana dari lembaga donor masih cukup tinggi. Namun dari sejumlah anggaran diatas, alokasi anggaran untuk kegiatan integrasi PPIA ke layanan antenatal secara spesifik belum ada. Demikian pula di Seksi Kesehatan keluarga belum dilakukan alokasi anggaran terkait ini. Dana untuk pembelian reagen dialokasikan di UPT Farmasi dengan alokasi pada tahun 2017 sebesar

Rp.373.809.730,-

Ditingkat Puskesmas alokasi anggaran terkait penanggulangan HIV/AIDS berasal dari DAK non fisik. Dana khusus untuk program skrining HIV pada ibu hamil belum dianggarkan dan masih bergabung dengan program HIV secara umum. Dana yang dialokasikan untuk kegiatan program HIV di Puskesmas masih rendah, rata – rata 1,48% dari total anggaran DAK Non Fisik hal ini disebabkan kegiatan program HIV selain dibiayai oleh Puskesmas juga dibiayai oleh anggaran Dinas Kesehatan dan *Global Fund* terutama untuk kegiatan *mobile VCT*, sosialisasi dan penyediaan kebutuhan logistiknya.

Kewenangan

Kewenangan merupakan sumber daya lain yang penting dalam implementasi kebijakan, karena bisa mendorong keterlibatan para pelaksana dalam suatu kebijakan sehingga akhirnya akan memicu terjadinya keterlibatan pelaksana dalam implementasi kebijakan. Kewenangan yang dimiliki oleh pelaksana tenaga kesehatan dalam hal ini bidan, dokter, analis laboratorium sesuai dengan kewenangan profesi dan kompetensi yang diatur dalam peraturan dan pedoman yang berlaku. Namun terkait kompetensi tambahan sebagai pemeriksa laboratorium bagi tenaga paramedis belum diterbitkan Surat Keputusan Penunjukan dari Kepala Dinas Kesehatan.

Disposisi

Disposisi adalah sikap pelaksana terhadap kebijakan implementasi integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal. Hasil penelitian diperoleh sikap pelaksana kebijakan baik tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas dan BPM maupun tenaga non kesehatan yaitu kader memiliki dukungan yang positif terhadap implementasi ini. Hal ini didukung dengan komitmen pemangku kebijakan di Dinas kesehatan dalam bentuk diadakan nya pelatihan mengenai VCT bagi tenaga kesehatan di Puskesmas, mencantumkan skrining HIV pada ibu hamil sebagai indikator kinerja kesehatan layanan rujukan pada dokumen Rencana Strategis Dinas Kesehatan 2016 -2021 dan Peraturan Walikota Nomor 49 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pembebasan Retribusi Pelayanan Penunjang Medik Laboratorium HIV-AIDS dan Tuberkulosa di Pusat Kesehatan Masyarakat Kota Depok sehingga pemeriksaan skrining HIV di Puskesmas tidak dipungut biaya.

SOP

Terkait SOP pelaksanaan integrasi PPIA ke antenatal belum ada baik dari dinas kesehatan maupun organisasi profesi. Di Puskesmas SOP tentang belum tersedia namun bagi Puskesmas

yang terakreditasi sudah tersedia SOP tentang layanan VCT dan PITC HIV serta layanan klinis KIA . Puskesmas yang belum terakreditasi dan BPM belum tersedia SOP .

Fragmentasi Birokrasi

Fragmentasi birokrasi pada penelitian ini adalah melihat penyebaran tanggung jawab dan koordinasi diantara organisasi yang terlibat dalam implementasi integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal di Kota Depok. Fragmentasi implementasi integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal melibatkan beberapa bidang yaitu Bidang P2M melalui seksi P3M dan Bidan Kesehatan Masyarakat melalui seksi Kesga dan gizi., UPT Farmasi dan Seksi Promosi Kesehatan. Koordinasi diantara bidang yang terlibat masih belum optimal karena masih bergerak sesuai tupoksinya masing – masing. Di tingkat Puskesmas koordinasi antara Poli VCT dengan Poli KIA sudah terjalin terutama dalam mekanisme rujukan horisontal. Namun koordinasi terkait perencanaan kegiatan dan pencatatan pelaporan belum optimal dan masih lebih banyak dipegang oleh pemegang program HIV. Peran KPA sebagai koordinator program HIV/AIDS belum dirasakan maksimal untuk implementasi PPIA ke layanan antenatal. Hal ini semua tentu berdampak pada implementasi strategi LKB yang belum optimal

Lingkungan sosial

Pada aspek lingkungan sosial yang diteliti adalah dukungan masyarakat, dukungan pihak swasta dan kondisi stigma yang akan mempengaruhi implementasi integrasi ini. Dukungan dari masyarakat mulai menggeliat dengan mulai aktif kembali beberapa WPA di kecamatan yang mendukung kegiatan penanggulangan HIV, sedangkan dukungan dari fasilitas kesehatan swasta belum optimal hal ini disebabkan sarana prasarana yang belum lengkap dan tingkat pengetahuan pelaksana BPM yang masih rendah. Masih adanya stigma negatif melekat di masyarakat terhadap HIV/AIDS menimbulkan adanya penolakan dari penerima manfaat untuk menjalani skrining serta sulitnya mencari fasilitas kesehatan yang mau memberikan layanan persalinan kepada ibu hamil ODHA positif.

PEMBAHASAN

Dalam kebijakan implementasi kebijakan merupakan tahapan yang dianggap paling penting karena konsep kebijakan tanpa adanya implementasi yang baik hanya akan menjadi angan semata karena dengan implementasi tujuan dari kebijakan yang ditetapkan akan dapat diraih karena adanya keterlibatan aktor,

prosedur, organisasi yang bekerja secara sinergi untuk meraih tujuan dari kebijakan tersebut^[17].

Indikator implementasi dikategorikan berdasar variabel yang diteliti dalam penelitian ini dibagi menjadi tiga yaitu tidak ada, belum optimal dan optimal. Tidak ada jika memang belum ada sesuai dengan ketentuan, belum optimal adalah indikator tersebut sudah ada namun belum sesuai dengan pedoman dan optimal adalah indikator sudah berjalan sesuai dengan pedoman yang ada.

Rekapitulasi indikator implementasi integrasi PPIA ke layanan antenatal diuraikan dalam tabel 4 dibawah ini :

Tabel 3 Rekapitulasi Indikator Implementasi Integrasi PPIA Ke Layanan ANC di Kota Depok Tahun 2017

No	Indikator	Tidak ada	Belum optimal	Optimal
1	Konseling pra-tes dan pasca tes		√	
2	Skrining HIV		√	
3	Mekanisme Rujukan		√	
4	Pencatatan dan pelaporan		√	
5	Monitoring dan evaluasi		√	
6	Komunikasi		√	
7	Dana		√	
8	Kewenangan			√
9	Disposisi			√
10	SOP		√	
11	Fragmentasi Birokrasi	√		
12	Lingkungan sosial		√	
Total		1	9	2

Berdasarkan tabel 3 dari 12 indikator implementasi integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal 9 indikator belum optimal, 1 indikator tidak ada dan 2 indikator optimal yang menunjang keberhasilan implementasi. Secara rinci pembahasan masing- masing indikator adalah sebagai berikut

1. Kegiatan konseling pra-tes dan pasca tes belum sesuai pedoman sehingga diperlukan peningkatan pemahaman pelaksana kebijakan akan materi dari konseling, meningkatkan jumlah pelaksana yang mampu melakukan konseling. Berdasar penelitian Ghoma et all (2015) bahwa faktor yang mempengaruhi penerimaan ibu hamil untuk mau dilakukan skrining adalah konseling yang baik karena akan meningkatkan pemahaman ibu hamil mengenai HIV dan pentingnya skrining HIV pada ibu hamil^[18]. Selain itu hasil penelitian yang dilakukan oleh Ladner (2015) di kawasan Sub Sahara bahwa konseling yang baik meningkatkan cakupan skrining HIV pada ibu hamil dalam program PPIA dimana ibu hamil yang dilakukan konseling pra-tes meningkat dari 64.3 ke 86.0 % dan konseling pasca tes meningkat dari 87.5 ke 91.3 %^[19].
2. Cakupan skrining HIV yang masih rendah memerlukan peningkatan sumber daya pendukung yang terdiri dari sumber daya

- manusia, fasilitas dan dana serta melakukan kerjasama dan memotivasi layanan kesehatan swasta untuk mendukung dan melaksanakan kebijakan ini karena berdasar data Sirkesnas pelaksanaan antenatal, 82.2 % dilakukan oleh bidan dan 40.5% berlokasi di Bidan Praktek Mandiri ^[20]. Penelitian yang dilakukan oleh Mathingau (2013) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi *demand side* bagi ibu hamil dalam melakukan skrining HIV menjadi kegiatan rutin dalam pemeriksaan antenatal adalah tingkat pengetahuan mengenai faktor resiko HIV dan manfaat skrining, tingkat pendidikan dan kemudahan akses dalam mencapai layanan kesehatan^[21]
3. Mekanisme rujukan sudah berjalan namun memerlukan adanya peningkatan kapasitas dan fasilitas di Puskesmas rujukan, RSUD dan layanan kesehatan swasta untuk mampu melaksanakan kebijakan serta alur rujukan tertulis. Rujukan sampel baik horisontal dan vertikal bisa dilakukan untuk mengatasi kendala yang muncul ^[10]
 4. Untuk meningkatkan koodinasi dalam pencatatan dan pelaporan hendaknya pencatatan dan pelaporan ini diintegrasikan dengan sistem informasi yang umum, hal ini akan meningkatkan efektifitas dan efisiensi dalam pencatatan dan pelaporan^[22]. Diperlukan adanya komitmen dan pemahaman dari petugas pelaksana terutama KIA untuk mencatat proses skrining dalam formulir yang sudah standar sehingga hasil akan terdokumentasi dengan baik. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati bahwa mengadakan pelatihan bagi petugas kesehatan yang terlibat dalam PPIA menjadi salah cara untuk mendapatkan jaminan mutu dari data yang diperoleh ^[23]. Peningkatan jumlah layanan yang dapat melakukan input SIHA baik layanan pemerintah maupun swasta harus dilakukan.
 5. Monitoring dan evaluasi memerlukan adanya integrasi dalam bentuk monev terpadu yang dilakukan oleh KIA dan program HIV serta KPA untuk melakukan monev pada fasilitas kesehatan baik pemerintah maupun swasta.
 6. Komunikasi yang lebih luas dalam bentuk sosialisasi kepada pelaksana, *stakeholder*, penerima manfaat sangat diperlukan. Materi sosialisasi kepada pelaksana dan *stakeholder* hendaklah dilakukan secara komprehensif hingga pada akhirnya konsistensi dan kejelasan akan dapat dicapai. Aliran komunikasi yang bisa dikembangkan ^[24] adalah 1) komunikasi ke atas (*upward communication*) ke pemimpin daerah melalui proses advokasi menghasilkan regulasi dan kebijakan pendukung program HIV di tingkat daerah 2) Komunikasi ke bawah (*downward communication*) pelaksana kebijakan dan penerima manfaat kebijakan sehingga akan meningkatkan pemahaman mengenai pentingnya skrining HIV pada ibu hamil, 3) Komunikasi horisontal dilakukan antara petugas yang sudah dilatih dengan BPM dan petugas yang belum terlatih dan juga antar bidang yang terlibat dalam proses integrasi sehingga diharapkan akan terjalin koordinasi baik yang akan menghasilkan perencanaan dan *roadmap* pelaksanaan kegiatan secara terintegrasi 4) komunikasi diagonal dilakukan antara individu dengan bagian dan tingkatan yang berbeda, bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas ke *stake holder* yang ada diwilayah kerjanya
 7. Dana memerlukan peningkatan alokasi pembiayaan untuk integrasi PPIA ke layanan antenatal dalam hal proses sosialisasi dan penyediaan reagen baik di tingkat puskesmas maupun dinas kesehatan. Hasil penelitian menyebutkan bahwa PPIA berupa skrining HIV bagi seluruh ibu hamil lebih *cost-effective* dalam menanggulangi angka kejadian HIV dalam jangka panjang karena mencegah penularan dari ibu ke anak dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak ^[25]. Oleh karena itu ketersediaan anggaran untuk kegiatan ini harus dilakukan dengan terlebih dahulu membuat perencanaan kegiatan yang matang dan dapat menjangkau sektor swasta.
 8. Kewenangan pelaksana kebijakan baik tenaga kesehatan dan non kesehatan tidak menjadi kendala, karena pelaksana kebijakan diberikan wewenang penuh sesuai tupoksinya dalam melaksanakan kegiatan integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal hanya saja legalitas wewenang tambahan bagi tenaga paramedis dalam melakukan pemeriksaan laboratorium skrining HIV belum ada.
 9. Disposisi sikap pelaksana yang positif hendaklah selalu didukung dengan adanya peningkatan pemahaman terhadap tujuan dari kebijakan, *update* informasi terhadap materi teknis pelaksanaan kebijakan sehingga tidak menimbulkan persepsi yang berbeda dari sikap pelaksana dan adanya pemberian insentif terutama bagi kader kesehatan dapat meningkatkan sikap pelaksana terhadap dukungan kebijakan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Luoma et all (2011) bahwa pemberian insentif dapat dapat meningkatkan sikap dan kinerja pelaksana

- dalam melakukan kebijakan^[26].
10. *Standard Operating Procedur* merupakan respon atas desakan internal terhadap terbatasnya waktu dan sumber daya serta adanya keinginan untuk melakukan penyeragaman dalam pelaksanaan implementasi kebijakan^[27]. Tidak tersedianya SOP dalam pelayanan kesehatan termasuk SOP dalam pencatatan pelaporan yang terintegrasi, menyebabkan pelayanan kesehatan terkait integrasi implementasi layanan PPIA ke layanan antenatal belum dilaksanakan sesuai standar yang ditetapkan termasuk dalam pencatatan dan pelaporan.
 11. Fragmentasi birokrasi Menurut Van Meter Van Horn dalam Agustino (2006), koordinasi merupakan mekanisme yang baik dalam melaksanakan kebijakan publik, semakin baik koordinasi antar bagian dalam implementasi maka dapat menurunkan terjadinya kesalahan^[28]. Proses koordinasi antar bidang yang bertanggung jawab terhadap integrasi ini masih lemah sehingga masing – masing bidang bergerak sesuai tupoksinya saja yang mengakibatkan proses implementasi integrasi belum berjalan optimal. Penelitian yang menyebutkan bahwa rendahnya capaian skrining HIV pada ibu hamil di Tanzania dan Uganda disebabkan belum adanya proses integrasi dan koordinasi dari bidang yang terlibat aktif sehingga terjadi *missed opportunity*^[29].
 12. Lingkungan sosial memerlukan adanya peningkatan peran WPA, fasilitas kesehatan swasta untuk mendukung kebijakan ini sehingga dengan meningkatnya dukungan masyarakat akan mengurangi stigma negatif yang berkembang di masyarakat karena Stigma disebabkan adanya ketakutan tertular HIV/AIDS akibat kurangnya pemahaman mengenai cara penularan HIV dan AIDS dan pemahaman *universal precaution* dalam bekerja dan kurangnya kesadaran dari tenaga kesehatan mengenai stigma dan dampak apa yang akan timbul^[30].

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa

1. Implementasi integrasi layanan Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) ke layanan antenatal di Kota Depok Tahun 2017 belum terimplementasi dengan optimal. Dimana 9 indikator belum optimal dan 1 indikator yang tidak ada. Namun terdapat 2 indikator yang sudah optimal yaitu kewenangan dan disposisi. Implementasi

- akan tercapai jika ada upaya dalam memenuhi kekurangan dan mengatasi hambatan yang muncul.
2. Komunikasi pada integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal belum efektif dilakukan hal ini terjadi karena beragamnya pihak yang harus disosialisasikan mengenai kebijakan mulai dari pelaksana di Puskesmas, pihak layanan kesehatan swasta dan masyarakat terutama ibu hamil sebagai penerima manfaat.
3. Sumber daya dana, besarnya total anggaran kesehatan yang dimiliki ini tidak didukung dengan proses pengalokasian anggaran terutama kegiatan promotif dan sosialisasi dan masih bergantung kepada donor. Namun disisi lain kewenangan pelaksana sesuai dengan peraturan yang ada dan dapat mendukung implementasi kebijakan. Kekurangan dari kewenangan adalah mekanisme *task shifting* yang belum memiliki legalitas karena surat keputusan Kepala Dinas belum ada.
4. Disposisi sikap pelaksana baik di puskesmas maupun BPM pada implementasi integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal sudah baik yaitu mendukung kebijakan, dimana sikap para pelaksana mendukung penuh kebijakan ini dan hal ini dikuatkan dengan komitmen Pemerintah Daerah
5. Struktur birokrasi dalam implementasi integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal melibatkan banyak sektor. Namun proses koordinasi dalam integrasi ini belum berjalan maksimal, belum tersedianya SOP terpadu terkait integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal
6. Lingkungan sosial berupa dukungan masyarakat dan layanan kesehatan swasta belum optimal dalam mendukung implementasi integrasi Hal ini disebabkan kurangnya sosialisasi yang berpengaruh terhadap pemahaman di masyarakat secara keseluruhan mengenai kebijakan ini dan masih adanya stigma negatif termasuk dari fasilitas layanan kesehatan.

SARAN

Saran yang dapat disampaikan dalam implementasi integrasi layanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke Anak (PPIA) ke layanan antenatal adalah

1. Komunikasi mengenai integrasi layanan PPIA ke layanan antenatal dengan pemimpin daerah dan *stakeholder* lain melalui kegiatan advokasi dan sosialisasi sehingga dapat dibuat regulasi yang mendukung program penanggulangan HIV AIDS termasuk PPIA. Regulasi yang dihasilkan hendaknya dapat

dijadikan pedoman bagi semua *stakeholder*, pelaksana kebijakan baik sektor publik maupun privat dan masyarakat sebagai penerima manfaat dalam menjalankan program dan mengintegrasikan program penanggulangan HIV dan AIDS kedalam sistem kesehatan pada umumnya.

2. Membuat *roadmap* perluasan layanan mampu PPIA termasuk layanan laboratorium yang dilakukan secara bertahap bagi Puskesmas, Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTRL) dengan menggandeng pihak swasta dalam pelaksanaannya.
3. Menguatkan Puskesmas sebagai *leading sector* pelayanan kesehatan pemerintah dalam layanan kesehatan primer sehingga dapat melaksanakan program yang ditetapkan secara nasional termasuk PPIA.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kota Depok.

REFERENSI

1. Turan JM, Onono M, Steinfeld RL, Shade SB, Owuor K, Washington S, et al. Effects of antenatal care and HIV treatment integration on elements of the PMTCT cascade: Results from the SHAIP cluster-randomized controlled trial in Kenya 2015. doi:10.1097/QAI.0000000000000678.
2. K L Gunn J, O Asaolu I, E Center K, J Gibson S, Wightman P, E Ezeanolue E, et al. Antenatal care and uptake of HIV testing among pregnant women in sub-Saharan Africa: a cross-sectional study. *J Int AIDS Soc* 2016;19. doi:10.7448/IAS.19.1.20605.
3. Lincetto O, Mothebesoane-Anoh S, Gomez P, Munjanja S. *Antenatal Care* 2013.
4. Kak L, Chitsike I, Luo C, Rollins N. Opportunities for Africa's Newborns 113 Prevention of mother-to-child transmission of HIV/AIDS programmes III 2005.
5. Chou R, Cantor A, Bougatsos C, Zakher B. Screening for HIV in Pregnant Women: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Agency for Healthcare Research and Quality (US)*; 2012.
6. Lindsay L keenan. No. 185-HIV Screening in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Canada* 2017;39:e54-8. doi:10.1016/J.JOGC.2017.04.009.
7. WHO. WHO | Number of women living with HIV. WHO 2016.
8. Kementerian Kesehatan. Rencana Aksi Nasional Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak (PPIA) Indonesia 2013-2017. Kementerian Kesehatan 2013:1-36.
9. Didik Budijanto drh, Hardhana B, Yudianto M, drg Titi Soenardi Ms, Dalam Negeri K, Pusat Statistik B, et al. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016*. Yoeyoen Aryantin Indrayani SDs; B B Sigit; Sinin 2017.
10. Kementerian Kesehatan R. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2013 tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak 2013.
11. Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual 2014.
12. Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan 2016.
13. P2M DK. Analisis situasi Program HIV/AIDS Kota Depok Tahun 2017. 2017.
14. Dinas Kesehatan Kota Depok. *Profil Dinas Kesehatan* 2016.
15. Dinas Kesehatan Kota Depok. *Profil Kesehatan Kota Depok Tahun 2017* 2017.
16. Nugroho R. *Public policy : Dinamika Kebijakan - Analisis Kebijakan - Manajemen Kebijakan*. PT Elex Media Komputindo; 2011.
17. Winarno B. *Kebijakan Publik : Teori dan Proses*. 1st ed. Yogyakarta: Media Pressindo.; 2007.
18. Ghoma-linguissi LS, Ebourombi DF, Sidibe A, Kivouele TS, Vouvougui JC, Poulain P, et al. Factors influencing acceptability of voluntary HIV testing among pregnant women in Gamboma, Republic of Congo. *BMC Res Notes* 2015;8. doi:10.1186/s13104-015-1651-5.
19. Ladner J, Besson M-H, Rodrigues M, Saba J, Audureau E. Performance of HIV Prevention of Mother- To-Child Transmission Programs in Sub- Saharan Africa: Longitudinal Assessment of 64 Nevirapine-Based Programs Implemented in 25 Countries 2015. doi:10.1371/journal.pone.0130103.
20. Baliitbangkes KK. Pokok - Pokok Hasil Survey Indikator Kesehatan Nasional (SIRKESNAS). 2016.
21. Mathingau FA. Factors Influencing Acceptance Of Routine Hiv Testing And Counseling Among Pregnant Women In Kibera Informal Settlement, Nairobi, Kenya A Research Thesis Submitted In Partial Fulfillment Of The

- Requirement Of Degree Of Master Of Public Health In The School 2013.
22. Suharni M, Perwira I. Tinjauan Historis Kebijakan dan Program Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Integr Upaya Penanggulangan HIV Dan AIDS Ke Dalam Sist Kesehat 2015:21.
 23. Trisnawati L. Peran Sistem Kesehatan dalam Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak di Kabupaten Jaya Wijaya 2014.
 24. Pace W, Faules D. Komunikasi Organisasi : Strategi Meningkatkan Kinerja Perusahaan. 9th ed. PT Remaja Rosdakarya; 2015.
 25. Ishikawa N, Dalal S, Johnson C, Hogan DR, Shimbo T, Shaffer N, et al. Should HIV testing for all pregnant women continue? Cost-effectiveness of universal antenatal testing compared to focused approaches across high to very low HIV prevalence settings 2016. doi:10.7448/IAS.19.1.21212.
 26. Luoma, Marc, Ravinskar N, et all. Using Nonfinancial Incentives To Improve Performance And Retention Among Health Workers: Results From An Impact Evaluation In Swaziland. 2011.
 27. Edwards III CG, Shaharkansy I. The Policy Predicament : Making and Implementing Public Policy. 1980.
 28. Agustino L. Dasar-Dasar Kebijakan Publik. Bandung: Alfabeta; 2006.
 29. Baker U, Okuga M, Waiswa P, Manzi F, Peterson S, Hanson C. Bottlenecks in the implementation of essential screening tests in antenatal care: Syphilis, HIV, and anemia testing in rural Tanzania and Uganda. Int J Gynecol Obstet 130 2015:S43–S50.
 30. Ogden J, Nyblade L. Common at its Core: HIV-Related Stigma Across Contexts 2005.