

PENGGUNA LAYANAN PENCEGAHAN PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK (PPIA) DI RUMAH SAKIT RUJUKAN HIV-AIDS DI PROVINSI JAWA BARAT

*User Of Prevention Of Mother To Child HIV Transmisson (Pmtct) Service In HIV-AIDS Referral
Hospital In West Java Province*

Mujiati, Heny Lestary

Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan RI
Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta
Email: muji_ballz2@yahoo.com

Abstract

Background: West Java Province ranked fourth and fifth with the most number of people living with HIV-AIDS in Indonesia. Number of hospital with Prevention of Mother to Child HIV Transmission (PMTCT) service and users is still low.

Objective: Knowing the characteristics of users PMTCT service that issued the policy/program can be precisely targeted, according to the needs and conditions in the field.

Methods: Quantitative descriptive research, cross-sectional approach. 146 respondents were HIV positive mothers who utilize PMTCT service, selected by systematic random sampling, at Hasan Sadikin Hospital (RSHS), Hospital Bandung, Bekasi City Hospital and Marzoeki Mahdi Hospital. The research instrument was questionnaires, and the data were analyzed descriptively.

Results: Most of the respondents aged 30-39 years old, graduated from high school, as a housewife, do not own their own homes, getting married, having children 1-3, not using contraception, and risk behavior. As many as 85 percent of respondents were infected HIV from husband/ex-husband/partner. Correct knowledge about HIV-AIDS is only 79.5 percent and true perception reaches 93.2 percent.

Conclusion: Need reinforcement strategy in Prong 2 and 3 on the PMTCT program, necessary to improve health promotion and socialization of HIV-AIDS information, and necessary monitoring and evaluation of the government programs implementation.

Keywords: PMTCT, referral, HIV-AIDS

Abstrak

Latar belakang: Provinsi Jawa Barat menempati urutan ke empat dan ke lima dengan jumlah penderita HIV dan AIDS terbanyak di Indonesia. Jumlah Rumah Sakit dengan layanan Pencegahan Penularan HIV-AIDS dari Ibu ke Anak (PPIA) dan pengguna layanan tersebut masih rendah.

Tujuan: Mengetahui karakteristik pengguna layanan PPIA sehingga kebijakan atau program yang dikeluarkan dapat tepat sasaran, sesuai kebutuhan dan kondisi di lapangan.

Metode: Penelitian deskriptif kuantitatif, *cross sectional*. Responden sebanyak 146 ibu positif HIV pengguna layanan PPIA yang dipilih secara *systematic random sampling* di Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS), RSUD Kota Bandung, RSUD Kota Bekasi dan RS Marzoeki Mahdi. Instrumen penelitian berupa kuesioner, data dianalisis secara deskriptif.

Hasil: Sebagian besar responden berumur 30-39 tahun, tamat SLTA, sebagai ibu rumah tangga, tidak memiliki rumah sendiri, menikah, memiliki anak 1-3, tidak menggunakan alat kontrasepsi, dan berperilaku berisiko. Sebanyak 85 persen responden tertular HIV dari suami/mantan suami/pasangannya. Pengetahuan benar tentang HIV-AIDS hanya 79,5 persen dan persepsi benar mencapai 93,2 persen.

Kesimpulan: Perlu strategi penguatan Prong 2 dan Prong 3 pada program PPIA, penguatan promosi kesehatan dan sosialisasi tentang informasi HIV-AIDS yang benar, dan perlu monitoring dan evaluasi terhadap implementasi program Pemerintah.

Kata kunci: PPIA, rujukan, HIV-AIDS

PENDAHULUAN

Berdasarkan laporan Ditjen PP&PL Kemenkes RI tentang jumlah kasus HIV-AIDS bulan Juni hingga September 2014, berdasarkan provinsi, Jawa Barat menempati urutan ke empat dari 33 provinsi di Indonesia dengan jumlah kasus HIV sebanyak 13.507 kasus dan menempati urutan ke lima untuk kasus AIDS yaitu sebanyak 4.191 kasus. Jumlah kasus HIV-AIDS secara kumulatif di tingkat nasional yang dilaporkan sejak 1 April 1987 sampai dengan 30 September 2014 yaitu 150.296 kasus HIV dan 55.799 kasus AIDS, dengan kematian 9.796 kasus. Jumlah AIDS tertinggi adalah pada ibu rumah tangga (6.539), diikuti wiraswasta (6.203), tenaga non-profesional/karyawan (5.638), petani/peternak/ nelayan (2.324), buruh kasar (2.169), penjaja seks (2.052), pegawai negeri sipil (1.658), dan anak sekolah/mahasiswa (1.295). Faktor risiko penularan terbanyak melalui heteroseksual (61,5%), penasun (15,2%), diikuti penularan melalui perinatal (2,7%), dan homoseksual (2,4%).¹

Data yang tercatat di Pemda Provinsi Jawa Barat, menyebutkan bahwa penularan HIV-AIDS kepada ibu rumah tangga di Jawa Barat kini semakin mengkhawatirkan dan ibarat fenomena gunung es. Kepala Dinas Kesehatan (Dinkes) Jawa Barat mengungkapkan, sepanjang tahun 2014 sebanyak 246.610 orang melakukan tes HIV dan 3.717 orang diantaranya didapatkan positif HIV. Demikian juga dengan ibu hamil, di tahun yang sama sebanyak 72.144 dites dan ditemukan 223 orang yang positif HIV.² Di sejumlah negara berkembang, HIV-AIDS merupakan penyebab utama kematian perempuan usia reproduksi. Infeksi HIV pada ibu hamil dapat mengancam kehidupan ibu dan virus HIV dapat ditularkan oleh ibu kepada bayinya. Lebih dari 90 persen kasus anak terinfeksi HIV, ditularkan melalui proses penularan dari ibu ke anak. Virus HIV yang ditularkan dari ibu ke anaknya dapat terjadi selama masa kehamilan, saat persalinan, dan saat menyusui.³ Di Indonesia, Layanan *Prevention of Mother to Child HIV Transmission* (PMTCT) diterjemahkan ke dalam Layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA).³

Program Layanan PPIA telah terbukti sebagai intervensi yang sangat efektif untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak. Di negara

maju risiko anak tertular HIV dari ibu dapat ditekan hingga kurang dari 2 persen karena tersedianya intervensi PPIA dengan layanan optimal. Namun di negara berkembang atau negara miskin, dengan minimnya akses intervensi, risiko penularan masih berkisar antara 25 persen dan 45 persen.³ Risiko penularan HIV dari ibu ke anak tanpa adanya intervensi PPIA mencapai 25-45 persen, dimana pada periode transmisi kehamilan memiliki risiko sebesar 5-10 persen, periode persalinan berisiko 10-20 persen, dan periode menyusui berisiko 10-15 persen.⁴

Penularan HIV dari ibu yang terinfeksi HIV ke bayinya juga cenderung meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah perempuan HIV positif yang tertular baik dari pasangan maupun akibat perilaku berisiko. Meskipun angka prevalensi dan penularan HIV dari ibu ke bayi masih terbatas, namun jumlah ibu hamil yang terinfeksi HIV cenderung meningkat. Prevalensi HIV pada ibu hamil diproyeksikan meningkat dari 0,38 persen pada tahun 2012 menjadi 0,49 persen pada tahun 2016, dan jumlah ibu hamil HIV positif yang memerlukan layanan PPIA juga akan meningkat dari 13.189 orang pada 2012 menjadi 16.191 pada tahun 2016. Demikian pula jumlah anak tertular HIV-AIDS dari ibunya pada saat dilahirkan ataupun saat menyusui akan meningkat dari 4.361 pada 2012 menjadi 5.565 pada 2016.³

Sesuai dengan Surat Edaran Menteri Kesehatan No. GK/MENKES/001/I/2013 tentang Layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) kepada Jajaran Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit di seluruh Indonesia, Layanan PPIA dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan Program Nasional Pengendalian HIV-AIDS yang harus diselenggarakan secara komprehensif dan berkesinambungan agar layanan PPIA dapat berjalan efektif, efisien, dan tepat sasaran.⁵

Pencegahan penularan HIV-AIDS dari ibu ke anak merupakan upaya intervensi penurunan kasus HIV-AIDS yang sejalan dengan tujuan *Millenium Development Goal's* yang ke 4, 5, dan 6; yaitu menurunkan angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, dan memerangi HIV-AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular lainnya.⁶ Hasil studi Ikatan

Perempuan Positif Indonesia (IPPI) mengenai layanan PPIA di 4 kota besar di Indonesia pada tahun 2012 memperlihatkan bahwa ketersediaan dan keterjangkauan layanan PPIA di tiap kota berbeda-beda. Sebagian besar responden mengaku belum mendapatkan informasi yang komprehensif terkait perencanaan kehamilan, pilihan-pilihan kontrasepsi, pilihan-pilihan persalinan serta pemberian makanan bayi dari petugas layanan kesehatan. Apabila ditinjau dari aspek biaya, di beberapa kota sudah dapat mengakses program PPIA secara cuma-cuma. Meski demikian masih ada responden yang mengeluarkan biaya pribadi.⁷

Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar lingkungan (*nonbehavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor. Satu dari tiga faktor tersebut yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang merupakan faktor internal dan berkaitan dengan karakteristik individu yang antara lain mencakup usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan.⁸

Jumlah Rumah Sakit di Provinsi Jawa Barat yang mampu menyelenggarakan layanan PPIA masih sangat rendah, demikian pula dengan cakupan ibu hamil positif HIV yang menjangkau layanan tersebut, sehingga dirasakan perlu untuk dilakukan studi mengenai gambaran karakteristik pengguna layanan PPIA di rumah sakit rujukan HIV-AIDS di Provinsi Jawa Barat. Dengan diketahuinya gambaran karakteristik pengguna layanan PPIA, maka diharapkan kebijakan atau program yang dikeluarkan dapat tepat

sasaran dan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi di lapangan.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian dilakukan di Provinsi Jawa Barat tahun 2014. Responden dipilih secara *systematic random sampling* yaitu ibu positif HIV yang sedang dan pernah menjalani Layanan PPIA selama 5 tahun terakhir di Rumah Sakit Rujukan HIV-AIDS di Kota Bandung, Kota Bekasi, dan Kota Bogor. Ketiga kota tersebut dipilih karena termasuk kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat dengan penderita HIV-AIDS terbanyak, sedangkan RS yang dipilih adalah RS yang menjadi rujukan HIV-AIDS. Besar sampel di masing-masing RS yaitu Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS) 54 orang, RSUD Kota Bandung 14 orang, RSUD Kota Bekasi 30 orang, dan RS Marzoeeki Mahdi Bogor 52 orang. Namun di RS Marzoeeki Mahdi, ada 4 responden yang tidak bisa diwawancarai karena berbagai alasan, antara lain: sedang sakit dan wawancara tidak selesai karena dilarang oleh suaminya, sehingga *respon rate* secara keseluruhan sebesar 97 persen. Sehingga jumlah responden secara keseluruhan adalah 146 orang. Instrumen penelitian berupa kuesioner, dan data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif menggunakan tabel distribusi frekuensi.

HASIL

Jumlah responden ibu positif HIV pengguna layanan PPIA yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 146 orang (97%) dari target jumlah responden 150 orang. Secara rinci, jumlah responden di masing-masing lokasi penelitian dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1. *Respon rate* responden pengguna layanan PPIA RS rujukan HIV-AIDS di Jawa Barat Tahun 2014

No	Lokasi Penelitian	Target	Realisasi	Respon rate
1	RS Hasan Sadikin	54	54	100%
2	RSUD Kota Bandung	14	14	100%
3	RSUD Kota Bekasi	30	30	100%
4	RS Marzoeeki Mahdi	52	48	92%
Jumlah		150	146	97%

Karakteristik demografi responden ditunjukkan pada Tabel 2. Karakteristik responden di keempat RS paling banyak berada pada kelompok umur 30-39 tahun. Menurut tingkat pendidikan, sebanyak 61,1 persen responden di RS Hasan Sadikin, 57,1 persen responden di RSUD Kota Bandung, 63,3 persen responden di RSUD Kota Bekasi, dan 70,8 persen responden di RS Marzoeki Mahdi telah menamatkan pendidikan SMA.

Dilihat dari status pekerjaan, sebanyak 72,2 persen responden di RS Hasan Sadikin adalah tidak bekerja; 57,1 persen di RSUD Kota Bandung bekerja; dan masing-masing 63,3 persen dan 52,1 persen responden di RSUD Kota Bekasi dan RS Marzoeki Mahdi tidak

bekerja. Sebagian besar responden di tiga RS, yaitu RS Hasan Sadikin, RSUD Kota Bandung dan RSUD Kota Bekasi, bekerja sebagai pegawai swasta (masing-masing 40,0%; 50,0%; dan 45,5%), sedangkan 52,4 persen responden di RS Marzoeki Mahdi memiliki pekerjaan lain selain PNS/TNI/POLRI/BUMN/BUMD, wiraswasta, dan buruh.

Sebanyak 71,4 persen dan 60,4 persen responden di RSUD Kota Bandung dan RS Marzoeki Mahdi tinggal di rumah orangtua/keluarga, sedangkan 37,0 persen responden di RS Hasan Sadikin tinggal di rumah sendiri, dan 36,7 persen responden di RSUD Kota Bekasi tinggal di rumah kontrak/sewa.

Tabel 2. Karakteristik responden pengguna layanan PPIA di RS rujukan HIV-AIDS di Provinsi Jawa Barat Tahun 2014

Karakteristik Demografi	RS Hasan Sadikin		RSUD Kota Bandung		RSUD Kota Bekasi		RS Marzoeki Mahdi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kelompok Umur								
20 - 29 th	22	40,7	5	35,7	6	20,0	13	27,1
30 - 39 th	32	59,3	9	64,3	23	76,7	33	68,7
≥ 40 th	0	0	0	0	1	3,3	2	4,2
Pendidikan								
Tamat SD	0	0	1	7,1	1	3,3	1	2,1
Tamat SLTP	3	5,6	1	7,1	4	13,4	5	10,4
Tamat SLTA	33	61,1	8	57,1	19	63,3	34	70,8
Tamat D1/D2/D3	11	20,4	2	14,3	3	10,0	5	10,4
Tamat PT	7	12,9	2	14,3	3	10,0	3	6,3
Status pekerjaan								
Tidak bekerja	39	72,2	6	42,9	19	63,3	25	52,1
Sedang mencari kerja	0	0	0	0	0	0	2	4,2
Bekerja	15	27,8	8	57,1	11	36,7	21	43,7
Pekerjaan utama								
PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD	1	6,7	0	0	1	9,1	0	0
Pegawai Swasta	6	40,0	4	50,0	5	45,5	2	9,5
Wiraswasta	5	33,3	2	25,0	2	18,2	7	33,3
Buruh	1	6,7	2	25,0	2	18,2	1	4,8
Lainnya	2	13,3	0	0	1	9,1	11	52,4
Status kepemilikan rumah tinggal								
Rumah sendiri	20	37,0	1	7,1	10	33,3	11	22,9
Rumah orang tua/keluarga	19	35,2	10	71,4	9	30,0	29	60,4
Kontrak/sewa	15	27,8	3	21,4	11	36,7	8	16,7
Lainnya	0	0	0	0	0	0	0	0
JUMLAH	54	100	14	100	30	100	48	100

Tabel 3. Status kesehatan reproduksi responden pengguna layanan PPIA di RS Rujukan HIV-AIDS di Provinsi Jawa Barat Tahun 2014

Status reproduksi	RS Hasan Sadikin		RSUD Kota Bandung		RSUD Kota Bekasi		RS Marzoeki Mahdi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Status Perkawinan							
Menikah	50	92,6	8	57,1	24	80,0	28	58,3
Kawin siri	0	0	0	0	3	10,0	4	8,3
Hidup bersama	0	0	0	0	0	0	2	4,2
Tidak sedang berpasangan	4	7,4	6	42,9	3	10,0	14	29,2
Frekuensi menikah/hidup bersama								
Hanya sekali	27	50,0	5	35,7	14	46,7	30	62,5
Dua kali	23	42,6	9	64,3	13	43,3	16	33,3
Tiga kali	4	7,4	0	0	3	10,0	2	4,2
4 kali+	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0
Alasan utama menikah lagi								
- Suami meninggal karena HIV	19	70,4	6	66,7	10	62,5	8	44,4
- Suami meninggal bukan karena HIV	1	3,7	0	0	0	0,0	1	5,6
- Lainnya	7	25,9	3	33,3	6	37,5	9	50,0
Pernah seksual pra nikah								
Ya	8	14,8	1	7,1	9	30,0	16	33,3
Tidak	46	85,2	13	92,9	21	70,0	32	66,7
Jumlah anak yang pernah dilahirkan								
1 - 3	50	92,6	13	92,9	27	90,0	46	95,8
> 3	4	7,4	1	7,1	3	10,0	2	4,2
Pengalaman keguguran/lahir mati								
Ya	8	14,8	3	21,4	7	23,3	12	25,0
Tidak	46	85,2	11	78,6	23	76,7	36	75,0
Jumlah kematian anak								
0	41	78,8	9	64,3	21	75,0	32	74,4
1	11	21,2	5	35,7	5	17,9	9	20,9
2	0	0	0	0	2	7,1	2	4,7
Penyebab kematian anak								
HIV	8	72,7	4	80,0	2	28,6	4	36,4
Lainnya	3	27,3	1	20,0	5	71,4	7	63,6
Saat ini memiliki anak yang terinfeksi HIV								
Ya	13	24,1	3	21,4	7	23,3	7	14,6
Tidak	41	75,9	11	78,6	23	76,7	41	85,4
Jumlah	54	100	14	100	30	100	48	100

Berdasarkan status perkawinan, sebagian besar responden di RS Hasan Sadikin, RSUD Kota Bandung, RSUD Kota Bekasi dan RS Marzoeki Mahdi adalah menikah (masing-masing 92,6%, 57,1%, 80,0% dan 58,3%). Berdasarkan jumlah anak yang dilahirkan, sebagian besar responden di keempat RS memiliki 1-3 anak. Persentase ibu positif HIV yang pernah mengalami keguguran/lahir mati dari ke-4 RS secara berturut-turut adalah : RS Hasan Sadikin 14,8 persen, RSUD Kota Bandung 21,4 persen, RSUD Kota Bekasi 23,3 persen, dan RS Marzoeki Mahdi 25,0 persen.

Tabel 3 juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengaku tidak memiliki anak yang meninggal, namun terdapat 35,7 persen responden di RSUD Kota Bandung, 21,2 persen di RS Hasan Sadikin, 20,9 persen di RS Marzoeki Mahdi dan 17,9 persen di RSUD Kota Bekasi yang memiliki satu anak yang sudah meninggal. Sebanyak 7,1 persen

responden di RSUD Kota Bekasi dan 4,7 persen responden di RS Marzoeki Mahdi bahkan memiliki dua anak yang sudah meninggal. Penyebab kematian tersebut adalah karena HIV yaitu pada 80,0 persen responden di RSUD Kota Bandung, 72,7 persen responden di RS Hasan Sadikin, 36,4 persen di RS Marzoeki Mahdi, dan 28,6 persen di RSUD Kota Bekasi. Responden yang mengaku pernah melakukan hubungan seksual pranikah secara berturut-turut di keempat RS adalah 14,8 persen di RS Hasan Sadikin, 7,1 persen di RSUD Kota Bandung, 30,0 persen di RSUD Kota Bekasi, dan 33,3 persen di RS Marzoeki Mahdi.

Dalam penelitian ini juga didata status kesehatan reproduksi responden berdasarkan umur pertama kali menikah/hidup bersama dan umur pertama kali melakukan hubungan seksual. Hasil secara rinci dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Status kesehatan reproduksi responden berdasarkan umur di RS rujukan HIV-AIDS di Provinsi Jawa Barat Tahun 2014

Status reproduksi	RS Hasan Sadikin	RSUD Kota Bandung	RSUD Kota Bekasi	RS Marzoeki Mahdi
Umur pertama kali menikah/hidup bersama				
Umur termuda	17	18	15	16
Rata-rata	21,7	21,6	22,9	21,8
Umur tertua	29	28	31	33
Umur pertama kali melakukan hub seksual				
Umur termuda	17	18	15	13
Rata-rata	21,4	21,5	21,9	20,6
Umur tertua	29	28	31	33

Pada Tabel 4 dapat dilihat bahwa umur termuda responden saat menikah/hidup bersama adalah 15 tahun yaitu responden di RSUD Kota Bekasi, sedangkan umur termuda responden saat pertama kali berhubungan seksual adalah 13 tahun yaitu responden di RS Marzoeki Mahdi. Pada Tabel 5 dapat diketahui bahwa responden yang paling banyak tidak menggunakan alat kontrasepsi adalah responden di RS Marzoeki Mahdi, yaitu

sebanyak 45,8 persen. Sebagian besar responden di tiga RS yaitu RS Hasan Sadikin, RSUD Kota Bandung dan RSUD Kota Bekasi mengaku jarang menggunakan kondom pada satu tahun terakhir, yaitu masing-masing sebanyak 48,1 persen, 50,0 persen, dan 40,0 persen. Sedangkan responden di RS Marzoeki Mahdi sebanyak 37,5 persen sama sekali tidak pernah memakai kondom dalam satu tahun terakhir.

Tabel 5. Perilaku seksual responden dan penggunaan kondom tahun 2014

Perilaku Seksual dan Penggunaan Kondom	RS Hasan Sadikin		RSUD Kota Bandung		RSUD Kota Bekasi		RS Marzoeki Mahdi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Penggunaan alat kontrasepsi								
Tidak	12	22,2	3	21,4	13	43,3	22	45,8
Ya, jenis yang digunakan								
- Pil KB	2	4,8	0	0	1	5,9	0	0
- Suntik KB	21	50	0	0	4	23,5	3	11,5
- IUD	4	9,5	4	36,4	1	5,9	1	3,8
- Susuk Implan	0	0	0	0	0	0	0	0
- Kondom	10	23,8	3	27,3	7	41,2	17	65,4
- Tubektomi	5	11,9	4	36,4	4	23,5	5	19,2
- Lainnya	0	0	0	0	0	0	0	0
Penggunaan kondom setahun terakhir								
Selalu	14	25,9	3	21,4	10	33,3	13	27,1
Sering	11	20,4	1	7,1	3	10,0	3	6,3
Jarang	26	48,1	7	50,0	12	40,0	14	29,2
Tidak pakai	3	5,6	3	21,4	5	16,7	18	37,5
Penggunaan kondom saat kegiatan seksual terakhir kali								
Ya	24	44,4	5	35,7	13	43,3	22	45,8
Tidak	27	50	8	57,1	15	50,0	17	35,4
TIDAK BERLAKU	3	5,6	1	7,1	2	6,7	9	18,8
Alasan tidak menggunakan kondom saat kegiatan seksual terakhir kali								
Tidak nyaman	14	53,8	7	87,5	6	37,5	7	41,2
Tidak tersedia	2	7,7	0	0	2	12,5	1	5,9
Suami/pasangan menolak	6	23,1	0	0	4	25	3	17,6
Lupa	1	3,8	1	12,5	3	18,8	0	0
Lainnya	3	11,5	0	0	1	6,3	6	35,3
JUMLAH	54	100	14	100	30	100	48	100

Sebagian besar responden di tiga RS mengaku tidak menggunakan kondom saat kegiatan seksual terakhir kali yaitu RS Hasan Sadikin dan RSUD Kota Bekasi masing-masing 50,0 persen, RSUD Kota Bandung 57,1 persen, dan hanya 45,8 persen saja yang menggunakannya yaitu responden di RS Marzoeki Mahdi. Alasan terbesar tidak menggunakan kondom adalah karena merasa tidak nyaman dan suami menolak menggunakannya.

Tabel 6 berikut ini memperlihatkan perilaku berisiko responden, yaitu mengenai perilaku merokok, minum alkohol, dan penggunaan

narkoba. Sebagian kecil responden di empat RS mengaku bahwa saat ini masih merokok. Riwayat responden dulu pernah minum minuman beralkohol atau minuman keras paling banyak adalah responden di RSUD Kota Bekasi yaitu sebanyak 44,4 persen, dan responden yang hingga saat ini masih mengkonsumsi minuman beralkohol paling tinggi juga responden RSUD Kota Bekasi. Responden yang masih menggunakan narkoba di masa lalu sampai sekarang, paling banyak adalah responden di RS Marzoeki Mahdi, yaitu masing-masing 2,1 persen dan 35,4 persen.

Tabel 6. Perilaku berisiko responden pengguna layanan di PPIA RS rujukan HIV-AIDS di Provinsi Jawa Barat Tahun 2014

Perilaku berisiko	RS Hasan Sadikin		RSUD Kota Bandung		RSUD Kota Bekasi		RS Marzoeki Mahdi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Merokok								
Sekarang merokok	16	29,6	1	7,1	6	20,0	15	31,3
- Merokok setiap hari	7	43,8	1	100	3	50,0	10	66,7
- Merokok beberapa hari dlm seminggu	5	31,3	0	0	0	0	1	6,7
- Merokok sesekali	4	25,0	0	0	3	50,0	4	26,7
Dulu pernah merokok	16	42,1	3	23,1	13	54,2	15	45,5
- Merokok setiap hari	5	31,3	2	66,7	3	23,1	5	33,3
- Merokok beberapa hari dlm seminggu	5	31,3	0	0	2	15,4	2	13,3
- Merokok sesekali	6	37,5	1	33,3	8	61,5	8	53,3
Minum alkohol/minuman keras								
Sekarang minum alkohol/miras	1	1,9	0	0	3	10,0	4	8,3
Dulu pernah minum alkohol/miras	16	30,2	4	28,6	12	44,4	19	43,2
Penggunaan narkoba								
- Sekarang menggunakan narkoba	1	1,9	0	0	0	0	1	2,1
- Dulu pernah menggunakan narkoba	8	14,8	2	14,3	7	23,3	17	35,4
- Pernah menggunakan narkoba suntik bersama	6	11,1	1	7,1	2	6,7	8	16,7
Jenis narkoba yang pertama kali dicoba								
- Ganja	5	9,3	1	7,1	1	3,3	7	14,6
- Shabu	1	1,9	0	0	0	0	2	4,2
- Pil koplo/BK	1	1,9	0	0	1	3,3	2	4,2
- Ekstasi	2	3,7	1	7,1	3	10,0	4	8,3
- Putaw/heroin/morphine	0	0	0	0	2	6,7	3	6,3
JUMLAH	54	100	14	100	30	100	48	100

Pengetahuan yang benar tentang cara penularan HIV juga telah diketahui oleh lebih dari 75,0 persen responden di RS Hasan Sadikin, RSUD Kota Bandung dan RSUD Kota Bekasi, sedangkan di RS Marzoeki Mahdi baru mencapai 72,9 persen. Secara keseluruhan, persepsi benar tentang cara

penularan HIV di RS Hasan Sadikin sebanyak 98,1 persen, RSUD Kota Bandung 100 persen, RSUD Kota Bekasi 93,3 persen, dan RS Marzoeki Mahdi 85,4 persen. Pengetahuan dan persepsi responden mengenai HIV-AIDS dapat dilihat pada Tabel 7 berikut ini

Tabel 7. Distribusi frekuensi pengetahuan dan persepsi responden tentang cara penularan HIV Tahun 2014

Pengetahuan dan Persepsi Tentang Cara Penularan HIV	RS Hasan Sadikin		RSUD Kota Bandung		RSUD Kota Bekasi		RS Marzoeki Mahdi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Pengetahuan cara penularan HIV							
Melalui penggunaan jarum suntik bersama	54	100	14	100	30	100	45	93,8
Dari ibu ke anaknya selama kehamilan	45	83,3	14	100	23	76,7	38	79,2
Dari ibu ke anaknya saat melahirkan	52	96,3	13	92,9	30	100	44	91,7
Dari ibu ke anaknya saat menyusui	54	100	14	100	30	100	47	97,9
Pengetahuan benar tentang cara penularan HIV	45	83,3	13	92,9	23	76,7	35	72,9
Persepsi benar cara penularan HIV								
Seseorang tidak dapat tertular HIV karena gigitan nyamuk	54	100	14	100	29	96,7	44	91,7
Seseorang tidak dapat tertular HIV karena makan sepiring dgn ODHA	53	98,1	14	100	28	93,3	47	97,9
Seseorang tidak dapat tertular HIV karena diguna-guna/disantet	53	98,1	14	100	30	100	44	91,7
Persepsi benar cara penularan HIV	53	98,1	14	100	28	93,3	41	85,4
JUMLAH	54	100	14	100	30	100	48	100

Riwayat responden terinfeksi HIV dapat dilihat pada tabel 8. Sebagian besar responden di empat RS terinfeksi HIV lebih dari tiga tahun yang lalu. RS menjadi tempat yang paling banyak dimanfaatkan oleh responden di

keempat RS untuk melakukan tes HIV dan dinyatakan terinfeksi. Sumber infeksi HIV yang paling banyak didapat oleh responden adalah dari suami/mantan suami/pasangan.

Tabel 8. Distribusi frekuensi riwayat HIV dan IMS responden tahun 2014

Riwayat terinfeksi HIV	RS Hasan Sadikin		RSUD Kota Bandung		RSUD Kota Bekasi		RS Marzoeki Mahdi	
	n	%	n	%	n	%	N	%
	Dinyatakan terinfeksi HIV							
Tiga tahun yang lalu atau kurang	13	24,1	3	21,4	15	50	22	45,8
Lebih dari tiga tahun yang lalu	41	75,9	11	78,6	15	50	26	54,2
Tempat tes HIV dan dinyatakan terinfeksi								
RS	50	92,6	13	92,9	25	83,3	32	66,7
Puskesmas	0	0	1	7,1	3	10	14	29,2
Klinik	2	3,7	0	0	0	0	1	2,1
Lainnya	2	3,7	0	0	2	6,7	1	2,1
Sumber infeksi HIV								
Suami/mantan suami/pasangan	47	87	13	92,9	27	90	37	77,1
Teman/saudara	1	1,9	0	0	0	0	0	0
Penggunaan jarum suntik bersama	4	7,4	1	7,1	2	6,7	5	10,4
Seks bebas	2	3,7	0	0	1	3,3	6	12,5
JUMLAH	54	100	14	100	30	100	48	100

PEMBAHASAN

Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) merupakan upaya memutus rantai penularan HIV dari ibu ke anaknya, karena lebih dari 90 persen bayi positif HIV tertular dari ibu yang positif HIV selama masa kehamilan, persalinan, atau menyusui. Kebijakan pelayanan PPIA menurut Rencana Aksi Nasional (RAN PPIA) 2013-2017 sebagai berikut: 1). Pelayanan pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) diintegrasikan pada layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB) dan Konseling Remaja di setiap jenjang pelayanan kesehatan dengan ekspansi secara bertahap dan melibatkan peran swasta, LSM dan komunitas; 2). PPIA dalam pelayanan KIA merupakan bagian dari Program Nasional Pengendalian HIV-AIDS dan IMS; 3). Setiap perempuan yang datang ke layanan KIA-KB dan remaja harus mendapatkan informasi mengenai PPIA; 4). Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan; 5). Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB. Pemeriksaan dilakukan secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan; 6). Daerah yang belum mempunyai tenaga kesehatan yang mampu/berwenang memberikan pelayanan PPIA, dapat merujuk ibu hamil ke fasilitas pelayanan HIV yang memadai atau melimpahkan wewenang (task shifting) kepada tenaga kesehatan lain yang terlatih (penetapan daerah yang memerlukan task shifting petugas, diputuskan oleh kepala dinas kesehatan setempat); 7). Setiap ibu hamil yang positif HIV wajib diberi obat ARV dan mendapatkan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan lebih lanjut (PDP); 8). Kepala Dinas Kesehatan merencanakan ketersediaan logistik (obat dan tes HIV) berkoordinasi dengan Ditjen PP&PL Kemenkes; 9). Pelaksanaan Persalinan, baik per vaginam atau per abdominal harus memperhatikan indikasi obstetrik ibu dan bayinya serta harus menerapkan kewaspadaan standar; 10). Sesuai

dengan kebijakan program bahwa makanan terbaik untuk bayi adalah pemberian ASI secara eksklusif 0-6 bulan. Untuk itu Ibu dengan HIV perlu mendapat konseling laktasi dengan baik sejak perawatan antenatal pertama sesuai dengan pedoman. Namun apabila ibu memilih lain (susu formula), maka ibu, pasangannya dan keluarga perlu mendapat konseling makanan bayi yang memenuhi persyaratan teknis.⁹

Berdasarkan data yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan hingga September 2014, Provinsi Jawa Barat menduduki peringkat ke-lima dengan jumlah kumulatif kasus HIV-AIDS terbesar, setelah Papua, Jawa Timur, DKI Jakarta, dan Bali. Provinsi Jawa Barat seharusnya memiliki layanan Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) yang lebih baik, mengingat bahwa sebagian besar kasus HIV terjadi pada perempuan dan jumlah kasus pada ibu rumah tangga lebih besar daripada kasus yang terjadi pada pekerja seks komersil.¹⁰

Di Jawa Barat, yaitu di RS Hasan Sadikin, RSUD Kota Bandung, RSUD Kota Bekasi dan RS Marzoeke Mahdi, sebagian besar ibu HIV positif pengguna layanan PPIA yang menjadi responden dalam penelitian ini berada pada kelompok umur 30-39 tahun. Hal ini sesuai dengan data Kemenkes, bahwa jumlah kasus AIDS pada tahun 2014 terbanyak adalah kelompok umur 30-39 tahun, yaitu sebanyak 641 kasus. Sedangkan jumlah kumulatif kasus HIV-AIDS dari 1 April 1987 hingga 30 September 2014, penderita dengan kelompok umur 30-39 tahun merupakan kelompok penderita terbesar kedua setelah kelompok umur 20-29 tahun, yaitu sebanyak 15.890 kasus. Dari data tersebut, dapat diketahui bahwa sekitar 61,4 persen penderita AIDS berada pada kelompok usia dewasa.¹⁰ Kelompok usia tersebut tergolong dalam kelompok usia produktif sehingga peningkatan jumlah kasus dapat berpengaruh secara ekonomi dan sosial terhadap penderita, keluarga maupun perekonomian negara. Angkatan kerja produktif meninggal, jumlah yatim piatu meningkat, menyebabkan pelayanan sosial dan kesehatan terbebani. Tingginya kasus HIV-AIDS pada remaja dan dewasa muda kemungkinan disebabkan oleh ketidaktahuan mereka mengenai informasi

HIV-AIDS yang benar, termasuk penyebab, cara penularan, dan pencegahannya.¹¹ Untuk memaksimalkan kampanye pencegahan HIV-AIDS terhadap kelompok produktif, Kementerian Kesehatan terus mendekatkan akses layanan kesehatan pada masyarakat. Saat ini mayoritas puskesmas dan rumah sakit juga sudah dibekali pengetahuan untuk melayani konsultasi HIV-AIDS.

Menurut tingkat pendidikan, sebagian besar responden telah menempuh pendidikan SMA. Tingkat pendidikan, seringkali berhubungan dengan pengetahuan seseorang. Selama ini akses informasi terhadap penyebaran HIV-AIDS masih sangat minim. Masyarakat juga masih menganggap HIV-AIDS sebagai hal memalukan sehingga harus ditutupi dari orang lain bahkan keluarga. Pengetahuan responden tentang cara penularan HIV-AIDS baru mencapai 72,9 persen. Persepsi yang benar tentang cara penularan HIV-AIDS pada responden mencapai 85,4 persen. Persentase ini masih rendah dibanding dengan target MDGs tahun 2015 yaitu sebesar 95 persen. Upaya yang telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat seputar HIV-AIDS antara lain melalui kerjasama dengan kelompok peduli HIV-AIDS dalam mengembangkan program yang bisa diakses semua masyarakat, contohnya dengan menerbitkan layanan informasi berbasis *online* yang bisa diakses semua orang. Perluasan akses pengetahuan pada publik diharapkan dapat menurunkan kebiasaan masyarakat untuk berperilaku berisiko.¹ Selain itu, Kemenkes RI juga bekerjasama dengan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan sejak tahun 2011 meluncurkan program Aku Bangga Aku Tahu (ABAT) yang merupakan program edukasi untuk anak sekolah usia 15 tahun hingga 24 tahun mengenai HIV dan AIDS.¹²

Dilihat dari pekerjaan, responden yang bekerja lebih sedikit daripada yang tidak bekerja. Artinya, sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga. Responden di RS Hasan Sadikin, RSUD Kota Bandung, dan RSUD Kota Bekasi yang bekerja, sebagian besar pekerjaan utamanya adalah sebagai pegawai swasta, sedangkan responden di RS Marzoeqi Mahdi sebagian besar memiliki pekerjaan lainnya (selain PNS/TNI/POLRI/BUMN/

BUMD, pegawai swasta, wiraswasta dan buruh). Terkait dengan status pekerjaan, pemerintah telah mengadopsi Keputusan Menteri Tenaga Kerja No. 68 tahun 2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV-AIDS di Tempat Kerja. Keputusan tersebut melarang pengusaha melakukan diskriminasi terhadap pekerja yang terinfeksi HIV, serta mewajibkan pengusaha melakukan langkah-langkah pencegahan dan penanggulangan penyebaran HIV-AIDS melalui skema Keselamatan dan Kesehatan Kerja.¹³

Sebagian besar responden melakukan hubungan seksual pertama kali rata-rata pada usia 20,6 tahun hingga 21,9 tahun, dengan umur termuda yaitu 13 tahun. Sebagian besar responden mengatakan tidak melakukan hubungan seksual pra nikah, namun pernyataan ini tidak sejalan dengan pengakuan responden tentang umur pertama kali menikah atau hidup bersama. Rata-rata sebagian besar responden menikah atau hidup bersama pada usia 21,6 tahun hingga 22,9 tahun, dengan usia termuda yaitu 15 tahun. Jika dilihat dari usia pertama kali berhubungan seksual, responden pada penelitian ini lebih muda jika dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan di Malaysia. Studi yang dilakukan pada pelajar di Malaysia, menunjukkan mereka melakukan hubungan seksual pertama kali rata-rata pada usia 15 tahun. Hubungan seksual pada remaja berhubungan signifikan dengan faktor sosiodemografi, lingkungan, konsumsi alkohol, narkoba, dan merokok.¹⁴ Konsumsi alkohol, narkoba dan merokok juga diteliti dalam penelitian ini. Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa responden pernah mempunyai riwayat mengkonsumsi alkohol/minuman keras dan narkoba, dan yang sampai saat ini masih terus dilakukan adalah merokok dengan frekuensi setiap hari.

Hasil *systematic review* yang dilakukan di Afrika Selatan, menunjukkan hasil bahwa konsumsi alkohol berhubungan dengan risiko terkena Infeksi Menular Seksual (IMS), termasuk HIV-AIDS. Semakin banyak konsumsi alkohol, diprediksikan akan memperbesar peluang untuk melakukan hubungan seksual berisiko yang dapat mengarah terinfeksi HIV.¹⁵ Hasil tersebut juga hampir sama dengan hasil meta-analysis dari

27 studi, yang menunjukkan bahwa konsumsi alkohol berhubungan secara signifikan dengan *unprotected sex* pada ODHA.¹⁶

Dilihat dari kebiasaan merokok, sebagian besar responden masih merokok hingga saat ini dengan frekuensi merokok setiap hari. Merokok dapat mengganggu fungsi paru pada orang yang sehat. Pada ODHA, merokok membuatnya lebih sulit melawan infeksi yang berat. Merokok melemahkan sistem kekebalan tubuh, dengan akibat sistem tersebut lebih sulit melindungi tubuh dari infeksi oportunistik. Hal ini terutama untuk infeksi yang dikaitkan dengan paru. Selain itu, merokok juga dapat berpengaruh pada penguraian obat oleh hati dan memperburuk masalah hati, seperti hepatitis. ODHA yang merokok lebih mungkin mengalami efek samping dari obat HIV, misalnya, perokok lebih mungkin mengalami mual dan muntah sebagai efek samping dari obat antiretroviral (ARV) dibandingkan dengan ODHA yang tidak merokok. Merokok juga meningkatkan risiko efek samping jangka panjang obat dan dampak lain dari infeksi HIV, termasuk didalamnya osteoporosis dan osteonecrosis. Penelitian terbaru menemukan bahwa berhenti merokok lebih efektif mengurangi risiko serangan jantung pada ODHA dibandingkan faktor lain misalnya perubahan pada pengobatan. ODHA yang merokok lebih mungkin mengembangkan beberapa infeksi oportunistik, termasuk kandidiasis, *oral hairy leukoplakia*, pneumonia bakteri, dan pneumonia pneumosistis. Untuk perempuan, merokok dapat meningkatkan risiko dan beratnya infeksi oleh *Human papilloma virus* (HPV) yang dapat menyebabkan penyakit pada leher rahim. Hasil penelitian baru – baru ini menunjukkan bahwa *Mycobacterium avium complex* (MAC) masih tetap ditemukan pada tembakau, kertas rokok dan saringan rokok walaupun benda tersebut sudah terbakar. Saat ini, berkat terapi antiretroviral (ART), ODHA dapat bertahan hidup semakin lama. Namun mutu hidup jangka panjang ini dapat terganggu oleh merokok dan masalah terkait. Perokok dengan HIV kehilangan lebih banyak tahun kehidupan akibat rokok dibandingkan akibat HIV.¹⁷

Terkait dengan penggunaan kondom, sebagian besar responden mengaku bahwa pasangannya jarang menggunakan kondom dalam setahun terakhir. Responden yang tidak atau jarang

memakai kondom dikarenakan responden merasa tidak nyaman. Hasil Survey Demografi dan Kesehatan di 29 negara di Afrika dan Amerika Latin menyimpulkan bahwa penggunaan kondom bagi remaja yang sudah menikah bukan merupakan pilihan yang realistis. Hal tersebut dikarenakan: 1) remaja wanita sering melakukan hubungan seks tanpa kondom, 2) remaja wanita yang sudah menikah mempunyai suami dengan usia yang lebih tua, rata-rata usia perbedaannya 5-14 tahun, sehingga *bargaining power* terhadap suami lebih lemah dan lebih rentan terinfeksi HIV, dan 3) remaja wanita yang sudah menikah memiliki sedikit akses terhadap sumber/media informasi tentang HIV.¹⁸ Hasil studi lain pada 50 wanita pekerja seks di Hillbrow/Joubert Park/Berea, Johannesburg menunjukkan masih rendahnya *bargaining power* perempuan kepada laki-laki dalam hal seks yang aman dengan menggunakan kondom.¹⁹

Kemampuan perempuan untuk menegosiasikan praktek seksual yang lebih aman, terutama penggunaan kondom, merupakan komponen penting dari strategi pencegahan HIV/STD. Ketidakseimbangan kekuatan berbasis gender dapat membatasi kemampuan negosiasi perempuan, namun beberapa studi empiris telah menguji hipotesis bahwa kekuatan hubungan seksual merupakan faktor kunci dalam penggunaan kondom negosiasi. Seperti hasil studi pada 388 perempuan di puskesmas perkotaan di Massachusetts. Dalam studi tersebut, tingkat kekuatan hubungan yang lebih tinggi, maka lima kali lebih konsisten dalam penggunaan kondom daripada perempuan dengan tingkat kekuatan hubungan yang rendah. Hal ini menunjukkan bahwa kekuatan hubungan memainkan peran kunci dalam pengambilan keputusan untuk berhubungan seks dengan aman.²⁰

Konsumsi narkoba pernah dilakukan oleh sebagian besar responden. Berdasarkan data statistik HIV-AIDS yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI hingga September 2014, pengguna narkoba suntik atau *Injecting Drug User* (IDU) merupakan faktor risiko terbesar ke dua setelah heteroseksual.¹ Akses pada jarum suntik yang bersih mengurangi penularan HIV dan hepatitis virus. Program pertukaran jarum suntik (Layanan Alat Suntik

Steril/LASS) sudah dilakukan dengan cara menyediakan semprit yang baru dan terjamin bersih untuk pengguna narkoba suntik agar mereka tidak terpaksa memakai jarum suntik bergantian. Program yang memudahkan akses pada jarum suntik baru ini memang kontroversial karena ada yang menganggap program LASS justru mendorong orang untuk menggunakan narkoba suntik.²¹

Sebagian besar responden terinfeksi HIV dari suami / mantan suami / pasangan. Hal ini menyebabkan meningkatnya jumlah ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV-AIDS. Selain itu, sebagian responden juga pernah didiagnosa menderita IMS, seperti *kandiloma akuminata*, *kandidiasis*, *gonore*, *klamidia*, dan *sipilis*. Jika tidak ada upaya intervensi, ibu rumah tangga HIV positif ini dapat menularkan virus HIV ke anaknya selama kehamilan, persalinan dan menyusui. Untuk mengurangi infeksi HIV baru pada anak-anak di tahun 2015 dan menjaga ibu mereka agar tetap bertahan hidup, *The Global Plan* memiliki empat komponen program utama, yaitu: 1) Mencegah infeksi HIV baru di kalangan wanita usia reproduksi, 2) Membantu wanita HIV positif untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, 3). Memastikan bahwa wanita hamil memiliki akses terhadap tes HIV dan konseling; dan bahwa mereka yang dites positif memiliki akses ke obat-obatan antiretroviral untuk mencegah transmisi selama kehamilan, persalinan atau menyusui, serta 4). Memberikan perawatan, pengobatan dan dukungan bagi perempuan dan anak-anak yang hidup dengan HIV serta keluarga mereka.²²

Pada tahun 2008, Kamboja memperkenalkan inisiatif Respon Linked untuk menjangkau semua ibu hamil dengan mengembangkan dan memanfaatkan keterpaduan antara *HIV/STI and sexual and reproductive health services and mobilizing existing community-based entities*. Keberhasilan inisiatif ini dapat dilihat pada tahun 2013 dimana Kamboja kemudian meluncurkan *Boosted Linked Response* untuk mempercepat peningkatan layanan pencegahan penularan dari ibu ke anak, meningkatkan kualitas layanan dan status kesehatan bagi perempuan HIV positif dan anak-anak mereka dan mengurangi kematian di antara ibu dengan anak-anak HIV.²³

KESIMPULAN

Karakteristik pengguna layanan PPIA di Provinsi Jawa Barat sebagian besar berada pada kelompok usia produktif yaitu 30-39 tahun, memiliki tingkat pendidikan SMA, memiliki tingkat pengetahuan yang benar tentang HIV-AIDS masih lebih rendah dibanding dengan target MDGs. Pada umumnya, ibu pengguna layanan PPIA adalah ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV dari suami/mantan suami/pasangannya. Hubungan seks pertama kali dilakukan pada usia dini (13 tahun) dan sebagian besar ibu pengguna layanan PPIA mempunyai riwayat mengkonsumsi alkohol, menggunakan narkoba, merokok, dan menderita IMS. Sedangkan pasangan ibu pengguna layanan PPIA, jarang menggunakan kondom saat berhubungan seksual karena merasa tidak nyaman.

SARAN

Mengingat penderita HIV-AIDS paling banyak berada pada kelompok usia produktif, maka strategi penguatan Prong 2 dan Prong 3 pada program PPIA sangat diperlukan. Pengetahuan dapat mempengaruhi sikap seseorang terhadap sesuatu, karenanya perlu dilakukan upaya sosialisasi secara lebih gencar lagi tentang informasi HIV-AIDS yang benar terutama pada populasi berisiko HIV-AIDS. Selain itu, kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap implementasi program – program Pemerintah merupakan hal yang wajib dilakukan, supaya bisa teridentifikasi kendala dan hambatan yang ada di lapangan, dan selanjutnya dapat dijadikan referensi untuk perbaikan kualitas program.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada responden yaitu ibu positif HIV dan pasangannya serta para tenaga pelaksana pemberi layanan PPIA di RS Hasan Sadikin, RSUD Kota Bandung, RSUD Kota Bekasi, dan RS Marzoeki Mahdi, serta para pemegang program HIV-AIDS di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Kota Bandung, Kota Bekasi, dan Kota Bogor. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang telah membiayai penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ditjen PP&PL Kemenkes RI. Statistik Kasus HIV-AIDS di Indonesia Dilapor Sampai Dengan September 2014. Diunduh dari : <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.pdf>, pada tanggal 18 Mei 2015
2. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Jawa Barat, 2014
3. Kemenkes RI. Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak (PPIA). Edisi Kedua. Jakarta, 2012
4. Kemenkes RI. Factsheet Pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PPIA). Diunduh dari http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/wpcontent/uploads/downloads/2013/01/Factsheet_PP IA.pdf, pada tanggal 11 Juli 2013
5. Kemenkes RI. Surat Edaran No. GK/MENKES/001/I/2013 tentang Layanan Pencegahan Penularan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dari Ibu ke Anak (PPIA).
6. Bappenas dan UNDP. Millennium Development Goals. Cetakan Kedua, Jakarta, 2008
7. Baby Rivona Nasution, dkk. Kualitas dan Rekomendasi Perbaikan Layanan PMTCT Bagi Perempuan Terinfeksi HIV di Empat Kota di Indonesia. Diunduh dari : <http://ebookbrowse.com/studi-kualitas-dan-rekomendasi-perbaikan-program-layanan-pmtct-ippi-pdf-d422164859>, pada tanggal 11 Juli 2013
8. Ogden, Jane. Health Psychology. Open University Press. Buckingham, Philadelphia, 1996
9. Kementerian Kesehatan RI. Rencana Aksi Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) Indonesia 2013-2017, Jakarta, 2013
10. Ditjen PP&PL Kemenkes RI. Statistik kasus HIV-AIDS di Indonesia yang dilaporkan hingga September 2014; diunduh dari : <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.pdf>; pada tanggal 15 November 2014
11. Anonimus. Sebagian Besar Penderita HIV-AIDS adalah Remaja dan Dewasa Muda. Diunduh dari : <http://informasi-kesehatan-remaja.blogspot.com> tanggal 17 Januari 2013, pada tanggal 24 Juni 2013
12. Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Buku Petunjuk Penggunaan Media KIE Versi Pelajar-Aku Bangga Aku Tahu, Jakarta, 2012
13. Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor KEP. 68/MEN/IV/2004 Tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Tempat Kerja
14. Lee LK, Chen PC , Lee KK , Kaur J. Premarital sexual intercourse among adolescents in Malaysia: a cross-sectional Malaysian school survey, Singapore Medical Journal, 2006, 47(6):476-481
15. Seth C. Kalichman, Leickness C. Simbayi, Michelle Kaufman, Demetria Cain, Sean Jooste. Alcohol Use and Sexual Risks for HIV-AIDS in Sub-Saharan Africa: Systematic Review of Empirical Findings. Society of Prevention Research June 2007, Volume 8, Issue 2, pp 141-151
16. Paul A. Shuper, Narges Joharchi, Hyacinth Irving, Jürgen Rehm. Alcohol as a Correlate of Unprotected Sexual Behavior Among People Living with HIV-AIDS: Review and Meta-Analysis. December 2009, Volume 13, Issue 6, pp 1021-1036
17. Spiritia. Lembaran Informasi 803 diperbarui 1 OKtober 2014, Merokok dan HIV, diunduh dari : <http://spiritia.or.id/li/bacali.php?lino=803>, pada tanggal 25 November 2014
18. Shelley Clark, Judith Bruce and Annie Dude. Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case against Child and Adolescent Marriage, International Family Planning Perspectives Vol. 32, No. 2 (Jun., 2006), pp. 79-88
19. Janet Maia Wojcicki, , Josephine Malala. Condom use, power and HIV-AIDS risk: sex-workers bargain for survival in Hillbrow/Joubert Park/Berea, Johannesburg. Social Science & Medicine Volume 53, Issue 1, July 2001, pages 99-121
20. J. Pulerwitza, H. Amarob, W. De Jongc, S. L. Gortmakerd & R. Rudd. Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV Volume 14, Issue 6, 2002, Published online: 27 May 2010
21. Spiritia. Penggunaan Narkoba dan HIV. Lembaran informasi 154, diperbarui 6 Maret 2014. Diunduh dari : <http://spiritia.or.id/li/bacali.php?lino=154>, pada tanggal 1 Desember 2014
22. UNAIDS, GLOBAL REPORT: UNAIDS Report on The Global AIDS Epidemic 2013
23. Cambodia Ministry of Health. Standard Operating Procedures for Implementation of the Boosted Linked Response between HIV and SRH for Elimination of New Paediatric HIV Infections and Congenital Syphilis in Cambodia (Phnom Penh: Ministry of Health, 2013.