

**Implementasi Program Penjaringan “*Prevention of Mother to Child Transmission of HIV*” (PMTCT) oleh Bidan di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong Provinsi Papua Barat.**

***Implementation Screening Program of the “Prevention of Mother to Child Transmission of HIV” (PMTCT) by Midwives in Health Center at Sorong West Papua.***

*Elisabeth Samaran<sup>1</sup>, Zahroh Shaluhiah<sup>2</sup>, Ayun Sriatmi<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> *Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong, Jl Basuki Rahmat Km 11 Klasaman Sorong, 085244500953, e-mail : itjesamaran@ymail.com*

<sup>2</sup> *Magister Promosi Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang*

<sup>3</sup> *Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang*

**ABSTRAK**

Berdasar data DKK Sorong 2010, dari total wanita penderita HIV/AIDS, 83,5% wanita usia reproduktif, yang sebagian besar tertular dari suami. Ketika hamil, terjadi resiko penularan HIV pada bayi. DKK Sorong telah melaksanakan program PMTCT dan memberikan pelatihan VCT-PMTCT pada tenaga kesehatan di puskesmas. Jumlah ibu hamil yang berkunjung ke klinik ANC-PMTCT sebanyak 2325 ibu hamil. Dari jumlah tersebut yang mendapat konseling pra-tes 1.171 ibu (50,36%). Dari yang mendapat konseling pra-tes dan melakukan tes HIV 1.005 ibu (85,82%) dan ditemukan serologis positif HIV sebanyak 20 ibu (1,99%). Tujuan penelitian menjelaskan implementasi program PMTCT di puskesmas.

Jenis penelitian deskriptif dengan metode kualitatif. Pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam pada informan utama bidan koordinator puskesmas dan informan triangulasi adalah Kepala Puskesmas, Kasie KIA dan Kasie Yankes DKK, sedangkan pada ibu hamil, data dikumpulkan melalui FGD.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sosialisasi PMTCT telah dilakukan DKK melalui pelatihan dan kunjungan lapangan. Bidan juga melakukan sosialisasi pada ibu hamil yang pertama kali berkunjung untuk periksa hamil. Sosialisasi secara verbal dengan penyuluhan dan berkelompok. Bidan dari puskesmas yang program PMTCT baik telah melakukan langkah konseling pre-tes, testing HIV dan konseling post-test. Pada puskesmas yang program PMTCT tidak berjalan, bidan hanya menjelaskan manfaat PMTCT tetapi tidak pernah menyarankan untuk melakukan test darah. Pengetahuan dan sikap bidan sudah baik terutama dalam memberikan penyuluhan, sosialisasi dan informasi tentang HIV/AIDS dan PMTCT. Jumlah tenaga terlatih PMTCT dan sarana prasarana terbatas, terutama ruang khusus konseling serta laboratorium. Tidak ada regulasi khusus terkait PMTCT kecuali Pedoman Nasional PMTCT yang dikeluarkan oleh Kemenkes. Ada SK tentang puskesmas PMTCT dan pelaksanaannya menggunakan pedoman alur yang dibuat puskesmas berdasarkan kesepakatan dengan DKK. Dukungan pimpinan dan rekan sejawat dalam PMTCT di puskesmas baik.

DKK perlu mengalokasikan anggaran secara bertahap untuk pelatihan PMTCT bagi bidan yang belum dilatih dan melengkapi sarana prasarana yang dibutuhkan terutama ruang khusus konseling dan laboratorium. Perlu *reward* yang dapat memotivasi bidan dan pembinaan yang terjadwal rutin.

**Kata kunci :** PMTCT, Puskesmas, Implementasi Program

## **ABSTRACT**

*Based on Sorong city health office (DKK) data in 2010, 83.5% women with HIV/AIDS were in the productive age group, and the majority of them were transmitted from their husbands. Risk of HIV transmission to a baby occurred during pregnancy. DKK Sorong had implemented PMTCT program and given VCT-PMTCT training to health workers of primary healthcare centers. The number of pregnant women visited ANC-PMTCT clinic was 2325 women. Among them, 1.171 (50.36%) received pre testing counseling. Among women who received pre-testing counseling, 1.005 women conducted HIV1 test, and positive HIV was found in 20 women (1.99%). Objective of this study was to explain the implementation of PMTCT in the primary healthcare center (puskesmas).*

*This was a descriptive study using qualitative method. Data were collected through in-depth interview to main informants and triangulation informants. Main informant was coordinator midwives in the puskesmas. Triangulation informants were heads of puskesmas, a head of KIA section of DKK, a head of Health Service section of DKK, and pregnant women. Data from pregnant women were collected through focus group discussion.*

*Results of the study showed that PMTCT socialization had been done by DKK through trainings and field visits. Midwives had done socialization to pregnant women who conducted antenatal visit for the first time. Verbal socialization was conducted by giving education, and it was done in groups. Midwives from puskesmas with good PMTCT had conducted pre-test counseling, HIV testing, and post-test counseling. In the puskesmas with improper PMTCT program, midwives only explained the benefit of conducting PMTCT; they did not suggest pregnant women to do blood test. Knowledge and attitude of midwives were sufficient specifically when they gave education, socialization, and information about HIV/AIDS and PMTCT. The number of skilled workers on PMTCT and facilities were limited; specific limitation on facilities was on the availability of specific rooms for counseling and laboratory. No specific regulations related to PMTCT except National guideline on PMTCT issued by Ministry of Health was provided. There was a decree regarding PMTCT puskesmas; the implementation of this decree was done by using flowchart guideline made by puskesmas with the agreement from DKK. Support for PMTCT from the leader and colleague in the puskesmas was good.*

*Suggestions for DKK are to allocate the budget, in stages, for PMTCT trainings for midwives who have not received training, to complete facilities especially specific rooms for counseling and laboratory. Rewards that motivate midwives and routine scheduled supervision are required.*

**Keywords :** *PMTCT, Puskesmas, program implementation*

## **PENDAHULUAN**

Jumlah kasus HIV&AIDS yang tercatat sebenarnya jauh lebih kecil dari prevalensi sesungguhnya yang diibaratkan sebagai fenomena Gunung Es. Indonesia termasuk dalam kategori epidemi dengan tingkat prevalensi HIV yang rendah di dunia, yaitu 0,2%. Jumlah kasus baru AIDS di Indonesia dalam kurun waktu tiga tahun terakhir mengalami turun naik yaitu pada tahun 2009 sebanyak 3.863 kasus, tahun 2010 naik sebanyak 4.917 kasus, tahun 2011 turun menjadi 1.805. Secara kumulatif jumlah kasus HIV&AIDS di Indonesia hingga September 2011 tercatat sebanyak 71.437 kasus dan AIDS sebanyak 24.013 kasus yang terbagi dalam jenis kelamin laki-laki sebesar 70,30% dan jenis

kelamin perempuan sebanyak 29,13% dan sisanya tidak diketahui sebanyak 0,57%. Transmisi perinatal sebanyak 2,84%. Balita (< 4 tahun) sebanyak 1,36% dengan total kematian sebanyak 16,57%.<sup>1</sup>

Provinsi Papua Barat merupakan salah satu provinsi yang berada di wilayah bagian Timur Indonesia dan berdiri pada tahun 2003. Data dari KPA Propinsi Papua Barat, jumlah kumulatif kasus HIV & AIDS dari tahun 2003 hingga tahun 2011 sebanyak 2.783 kasus, yang terbagi dalam jenis kelamin laki-laki sebanyak 1.821 kasus atau 65,4%, perempuan sebanyak 962 kasus atau 34,5%, yang meninggal sebanyak 749 kasus atau 26,9%. Pada tahun 2010 jumlah kasus HIV & AIDS sebanyak 491 kasus baru, yang meninggal

sebanyak 167 penderita atau 6,00%, sedangkan pada tahun 2011 dari bulan Januari hingga bulan Juli 2011 jumlah HIV & AIDS sebanyak 264 kasus atau 9,5% dan yang meninggal sebanyak 140 kasus atau 5,03.<sup>2</sup>

Kota Sorong dengan jumlah kasus HIV & AIDS terbanyak di Provinsi Papua Barat, dengan jumlah kasus HIV kumulatif dari tahun 2004 hingga tahun 2011 sebanyak 1.149 kasus yang terbagi dalam jenis kelamin laki-laki sebanyak 635 kasus atau 55,3% perempuan sebanyak 514 kasus atau 44,7%, meninggal sebanyak 263 penderita atau 22,9%. Pada tahun 2009 jumlah kasus baru HIV sebanyak 91 kasus, tahun 2010 sebanyak 263 kasus baru, dan Tahun 2011 sebanyak 158 kasus baru diantaranya jenis kelamin laki-laki sebanyak 103 kasus atau 65,2%, perempuan sebanyak 55 kasus atau 34,8%, usia < 1 tahun sebanyak 1 kasus atau 0,63%, balita (1-4 tahun) sebanyak 1 kasus atau 0,63%, usia reproduktif (15-39 tahun) sebanyak 132 kasus atau 83,5%, usia lebih dari 39 tahun sebanyak 24 kasus atau 15,2%, dan yang meninggal sebanyak 196 penderita atau 10,36.

Program PMTCT di Kota Sorong Papua Barat telah dilaksanakan mulai tahun 2009 namun masih ada beberapa Puskesmas yang tidak menjalankan program tersebut sesuai dengan harapan. Hal ini dibuktikan masih ada empat Puskesmas yang ada pada Dinas Kesehatan Kota Sorong yang belum melaksanakan program PMTCT dengan baik bahkan salah satu Puskesmas belum sama sekali melaksanakan program PMTCT, padahal kasus HIV&AIDS di Kota Sorong sangat tinggi dimana jumlah kumulatif tercatat dari tahun 2004-2011 berjumlah 1149 kasus, laki-laki sebanyak 55,3%, perempuan sebanyak 44,7% dengan total kematian 22,9% dan tahun 2011 sebanyak 158 kasus diantaranya laki-laki sebanyak 65,2%, perempuan sebanyak 34,8%, usia (1 tahun) sebanyak 0,63%, balita (1-4 tahun) sebanyak 0,63%, usia reproduktif (15-39 tahun) sebanyak 83,5% dengan total kematian 75,3% penderita.<sup>3</sup>

Program pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi atau PMTCT (*Prevention of Mother to Child Transmission of HIV*) sangatlah penting untuk dijalankan. Green mengidentifikasi tiga faktor yang mempengaruhi perilaku individu atau

kelompok, mencakup *organizational actions* dalam hubungannya dengan lingkungan, dimana masing-masing mempunyai tipe yang berbeda dalam mempengaruhi perilaku, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*).<sup>4</sup>

Tujuan Umum Penelitian adalah Menjelaskan implementasi program *Prevention of Mother to Child Transmission* (PMTCT) di Puskesmas Wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode pendekatan kualitatif yang disajikan secara deskriptif eksploratif. Pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam pada informan utama bidan koordinator puskesmas dan informan triangulasi adalah Kepala Puskesmas, Kasie KIA dan Kasie Yankes DKK, sedangkan pada ibu hamil, data dikumpulkan melalui FGD. Variabel yang diteliti adalah faktor predisposisi, faktor pemungkinan dan faktor penguat. Analisis data menggunakan metode *content analysis* (analisis isi).

## **HASIL PENELITIAN**

Sosialisasi tentang PMTCT dari Dinas Kesehatan Sorong pernah dilakukan. namun tidak semua bidan pelaksana KIA Puskesmas di Kota Sorong mengikuti sosialisasi tersebut. Salah satu bidan pelaksana KIA puskesmas ternyata tidak ikut serta dan tidak terlibat langsung dalam pertemuan sosialisasi tersebut. Semua bidan puskesmas juga menyatakan bahwa sosialisasi dilaksanakan satu kali saja hal tersebut sesuai dengan seperti diungkapkan dalam Kotak 1

Sosialisasi PMTCT oleh bidan puskesmas kepada ibu hamil dalam bentuk penyuluhan. Namun demikian sebanyak 3 orang bidan menyampaikan bahwa penyuluhan tersebut hanya diberikan pada ibu hamil yang baru pertama kali datang ke klinik KIA atau Posyandu. Metode dan cara penyampaian materi penyuluhan bersifat verbal / lisan sambil ditunjukkan beberapa gambar-gambar atau poster kepada ibu hamil. Gambar ataupun poster

*Kotak 1*

*"Pernah satu kali selama 3 hari di hotel Mariat.....yang lakukan UNICEF kerjasama dengan DKK...dan juga pernah studi banding ke Surabaya..." (IU 2)*

*"Ada pernah satu kali selama 3 hari dan pernah studi banding pula ke Surabaya." (IU 3)*

*"Pernah ke Surabaya untuk studi banding melihat program kerja tentang PMTCT dan melihat fasilitas di sana. Di Surabaya kami mengunjungi lokalisasi-lokalisasi yang ada di sana." (IU 5)*

itupun tidak boleh dibawa pulang oleh ibu hamil yang berkunjung. Informasi kepada ibu hamil dilakukan secara kelompok. Salah satu alasannya karena lebih efisien waktu dan pesertanya dapat berjumlah banyak. Tidak ada kendala dalam pelaksanaan dan penyuluhan program PMTCT kepada ibu hamil karena semua ibu hamil pernah mendengar informasi dan penjelasan tentang PMTCT, meski sebagian besar mengakui sudah mengetahui informasi tentang PMTCT dari bidan di puskesmas. Selain itu ada pula ibu hamil yang menyatakan bahwa informasi tentang PMTCT juga diperoleh dari gereja, televisi dan kegiatan lingkungan tingkat RT, seperti beberapa ungkapan pada kotak 2.

*Kotak 2*

*"Saya dengar informasi tentang PMTCT ini sudah satu tahun yang lalu waktu saya hamil anak pertama, yang beritahu yaitu ibu suster di puskesmas ini." (ITH-5.5)*

*"Bidan yang beritahu, tapi saya juga pernah dengar di gereja, lihat di TV Papua...dong juga kasih tunjuk di klinik ini." (ITH-2.5)*

*"Saya su pernah dengar waktu penyuluhan di gereja, tetapi waktu datang periksa hamil, ibu bidan kasih tahu lagi." (ITH-1.3)*

Konseling pre test oleh bidan puskesmas dilakukan untuk mempersiapkan mental dalam

menjalani tes sukarela dan konseling post test bertujuan untuk memberikan penjelasan hasil tes kepada klien. Berdasarkan hasil wawancara mendalam tentang konseling pre test oleh bidan puskesmas terkait pelayanan PMTCT, diketahui bahwa sebanyak 3 puskesmas dari 5 puskesmas yang ada di kota Sorong tidak melaksanakan konseling pre test karena memang selama ini tidak melaksanakan program PMTCT melalui pemeriksaan dan test HIV di puskesmas. Pelaksanaan konseling pre test dan post test wajib dilaksanakan oleh petugas kesehatan puskesmas ataupun konselor PMTCT pada setiap ibu hamil yang melakukan pemeriksaan HIV di klinik VCT yang tersedia. Meskipun sebanyak 3 puskesmas tidak melakukan test HIV dalam pelaksanaan program PMTCT di puskesmas, namun menurut informasi bidan puskesmas, mereka tetap melaksanakan penyuluhan dan sosialisasi tentang pentingnya pemeriksaan dan test HIV dilakukan pada ibu hamil serta menyarankan ibu hamil untuk melakukan test tersebut di klinik VCT terdekat, terutama pada kelompok ibu hamil yang termasuk pada kelompok resiko tinggi HIV. Beberapa alasan yang disampaikan bidan karena untuk pelaksanaan test HIV itu sendiri membutuhkan kemampuan khusus sebagai seorang konselor dan itu membutuhkan pelatihan tersendiri karena tidak semua bidan dapat melakukannya.

*Kotak 3*

*"Tidak melakukan konseling pre test karena tidak menjalankan program." (IU 2)*

*"Program tidak berjalan, konseling pre test tidak dilakukan." (IU 3)*

Pelaksanaan Testing HIV dalam Program PMTCT yang dilakukan terhadap bidan penanggung jawab program KIA di puskesmas tentang cara menumbuhkan motivasi pada ibu hamil untuk bersedia mengikuti test HIV yaitu dengan memberi penjelasan pada ibu hamil bahwa test HIV sangat berguna bagi ibu dan bayinya untuk dapat benar-benar mengetahui apakah ibu sehat ataukah tidak. Selain itu salah satu informan utama lainnya juga menyatakan

dengan berusaha meyakinkan ibu bahwa rahasia akan aman terjaga (menjamin kerahasiaan). Kendala yang sering ditemukan dalam pelaksanaan testing HIV antara lain yaitu munculnya perilaku takut dan cemas dari ibu hamil ketika diambil darahnya. Upaya yang dilakukan bidan untuk mengatasinya yaitu dengan meluangkan waktu lebih banyak untuk membesarkan hati ibu hamil supaya siap ketika diambil darahnya. Ibu hamil yang berasal dari 3 puskesmas yang tidak melaksanakan PMTCT sebagian besar tidak pernah diminta untuk tes darah karena bidan memang hanya memberi penyuluhan dan penjelasan namun tidak pernah menyarankan untuk periksa darah, seperti disampaikan pada kotak 4.

*Kotak 4*

*“Kendalanya ibu hamil selalu menunjukkan perilaku takut dan cemas pada waktu mau diambil darahnya.” (IU 4)*

*“Ibu takut untuk mengambil sampel darah sehingga saya harus meluangkan waktu lebih banyak untuk lebih memotivasi ibu agar siap untuk mengambil darahnya.” (IU 5)*

Pasca Test HIV bidan di puskesmas bahwa sebanyak 2 bidan dari puskesmas yang baik pelaksanaan program PMTCT menyatakan bahwa mereka menyampaikannya di ruangan khusus dan tertutup serta berusaha tetap menjaga kerahasiaan dan privasi ibu hamil. Ibu hamil akan langsung emosi dan melampiaskan perasaannya dalam ekspresi menangis ketika mengetahui hasil test yang menunjukkan positif terinfeksi. Upaya

*Kotak 5*

*“Saya sampaikan hasil test dan berikan waktu untuk ibu ekspresikan emosinya, karena biasanya menangis...Saya juga mengatakan pada ibu untuk mengikuti konseling berlanjut, pengobatan dan persiapan melahirkan..., bahkan saya minta waktu pada ibu untuk bias berkonseling dengan suami ibu hamil tersebut.” (IU 4).*

tindak lanjut yang dilakukan oleh bidan selaku konselor yaitu memberikan saran pada ibu hamil tersebut untuk mengikuti konseling berlanjut, pengobatan dan persiapan melahirkan, sebagaimana diungkapkan pada kotak 5.

Penyebab terjadinya perilaku bidan dalam Pelaksanaan PMTCT di Puskesmas Kota Sorong yang berkaitan dengan Pengetahuan Bidan tentang HIV-AIDS bahwa semua bidan puskesmas sudah mengerti tentang HIV dan Semua bidan pelaksana program KIA di puskesmas juga dapat menjelaskan cara pencegahan dari risiko tertular virus HIV seperti diungkapkan pada kotak 6

*Kotak 6*

*“Cara pencegahannya jangan berganti-ganti pasangan sex, harus memakai kondom, jangan memakai narkoba, selalu setia dengan pasangannya.” (IU 4)*

*“Pencegahan dengan menggunakan kondom, dilarang narkoba, tidak berganti-ganti pasangan.” (IU 1).*

Terkait pengetahuan bidan tentang program PMTCT bahwa semua bidan mengetahui program dan Tujuan dari program PMTCT tetapi bidan tidak mengetahui langkah-langkah dalam penatalaksanaan PMTCT di puskesmas karena selama ini program tersebut tidak berjalan di puskesmasnya. Secara umum ibu hamil menyatakan bahwa pengetahuan bidan tentang PMTCT dan HIV sudah baik karena sebagian besar ibu hamil merasa bidan dapat menjelaskannya secara jelas berbagai informasi penting terkait HIV dan PMTCT. Penjelasan tersebut dapat dilihat pada kotak 7.

Sikap Petugas / Bidan terhadap Pelaksanaan Program PMTCT bahwa selama ini mereka mempunyai sikap baik terhadap PMTCT sebagai suatu program yang harus dilaksanakan dengan baik dalam rangka mencegah penularan resiko HIV dari ibu kepada bayi yang dikandungnya sehingga harus dilaksanakan sebaik-baiknya. Bidan setuju dengan program PMTCT dan merasa wajib dilaksanakan dengan sebaik-baiknya. Beberapa ungkapan terkait pernyataan

*Kotak 7*

*“Belum ada pembagian tugas dan tanggung jawab dari kami masing-masing instansi ini” (Inf.U2)*

*“Ya karena belum ada terbentuk tim kerjanya jadi kami belum ada pembagian secara tugas dan tanggung jawab dari kami masing-masing” (Inf.U3)*

*“Belum ada kita buat laporan ..ya kita belum tahu seperti apa” (Inf.T2)*

*“Juknis dan SOP untuk ini belum ada” (Inf.T3)*

*“Suster kasih tahu kalau HIV-AIDS itu bahaya dan bisa terjangkau dan sakit sampai meninggal, katanya tidak ada obat untuk sembuhkan. Suster juga bilang kalau ibu hamil sakit HIV bias dicegah sehingga anaknya tidak kena HIV.” (IU 1)*

tersebut terlihat pada kotak 8.

*Kotak 8*

*“Setuju ya, program PMTCT itu harus dilakukan karena penting sekali untuk mencegah penularan HIV dari ibu hamil pada bayinya. Kasihan kalau bayi tertular kan itu bukan salahnya dia...harus kita jaga supaya jangan sampai tertular.” (IU 4)*

*“Sikap saya setuju dengan PMTCT, tetap berikan sosialisasi dan informasi pada ibu hamil meski program PMTCT tidak jalan di puskesmas ini.” (IU 1)*

Sumberdaya ketenagaan terkait aspek ketenagaan di puskesmas bahwa jumlah bidan pelaksana KIA di puskesmasnya ada 5 orang sementara 2 informan lainnya menyatakan sebanyak 4 dan 7 orang bidan. Puskesmas dengan program PMTCT tidak berjalan baik, menyatakan bahwa dari 5 orang tenaga bidan yang ada, 2 orang diantaranya telah mengikuti pelatihan PMTCT dan konselor namun satu diantaranya sudah pensiun. Puskesmas yang program PMTCT berjalan baik menyatakan bahwa semua tenaga bidan yang bertugas di

puskesmasnya telah mengikuti pelatihan PMTCT dan konselor. Selain itu terdapat kelompok tim PMTCT puskesmas yang didalamnya ada tenaga perawat yang bertugas membantu pelayanan PMTCT. Kualifikasi pendidikan, sebagian besar sudah D3 Kebidanan, meski ada pula sebagian yang berpendidikan D1 Kebidanan sedangkan puskesmas yang melaksanakan program PMTCT dengan baik, semua tenaga bidannya telah berpendidikan D3 Kebidanan, seperti diungkapkan pada kotak 9.

*Kotak 9*

*“Jumlah tenaga bidan di klinik KIA 5 orang, yang 2 orang telah mengikuti pelatihan PMTCT dan konselor, namun satu diantaranya telah pensiun...” (IU 2)*

*“Jumlahnya ada 5 orang bidan yang bertugas di klinik KIA, tapi 2 orang bertugas di posyandu jadi lebih sering keliling. Semua tenaga di puskesmas hanya sebatas memberikan informasi dasar saja pada ibu hamil....” (IU 3)*

*“Semua berkualifikasi D3 Kebidanan dan berkemampuan baik....Semua tenaga bidan juga telah mengikuti pelatihan PMTCT dan konselor...jadi ya sudah baik ya...” (IU 5)*

*“Satu orang sebagai penanggung jawab klinik dan berkualifikasi pendidikan D1 di Kebidanan, tiga orang berkualifikasi D3 Kebidanan dan 2 orang diantaranya berstatus tenaga honor..” (IU 1)*

Sumberdaya Pendanaan/Anggaran dari puskesmas yang tidak melaksanakan program PMTCT, menyatakan bahwa mereka sama sekali tidak mengetahui tentang pendanaan terkait PMTCT dengan alasan karena program PMTCT tidak dilaksanakan di puskesmasnya. Sedangkan 2 informan dari puskesmas yang melaksanakan program PMTCT menyatakan bahwa dana yang diterima oleh bidan terkait pelaksanaan PMTCT ada dengan besaran sekitar Rp 200.000,- sd Rp 250.000,- per bulan, yang merupakan dana bantuan transportasi. Dana tersebut diterima bidan secara rutin per bulan dan bersumber dari bantuan *Global Fund* (GF), UNICEF dan BOK.

Dana yang diterima tersebut seringkali harus dibagi pada ibu hamil yang melakukan konseling lanjut karena miskin. Sistem pertanggung jawaban keuangan dan pendanaan selama ini dilakukan langsung oleh bagian keuangan puskesmas, seperti ungkapan informan pada kotak 10

*Kotak 10*

*“Penggunaan untuk transportasi bidan dan bidan juga sering mesti berbagi kepada ibu hamil yang melakukan konseling lanjut.”*

*(IU 4)*

*“...sistem pertanggungjawaban langsung oleh bagian keuangan...” (IU 5)*

Sumberdaya Sarana Prasarana pada puskesmas yang tidak melaksanakan program PMTCT karena tidak tersedianya ruangan, terutama untuk ruang konseling. Sedangkan pada puskesmas yang melaksanakan program PMTCT mempunyai ruangan khusus untuk konseling, laboratorium, bahan, alat-alat dan obat-obatan yang dibutuhkan dalam pelayanan PMTCT. Alasan ketiadaan ruangan (terutama ruang konseling dan ruang laboratorium) serta keterbatasan sumberdaya tenaga bidan itulah yang mengakibatkan mereka tidak dapat melaksanakan program PMTCT, seperti terlihat pada kotak 11.

*Kotak 11*

*“Penggunaan untuk transportasi bidan dan bidan juga sering mesti berbagi kepada ibu hamil yang melakukan konseling lanjut.”*

*(IU 4)*

*“...sistem pertanggungjawaban langsung oleh bagian keuangan...” (IU 5)*

*“Kami tidak ada ruangan khusus untuk konseling, sama sekali tidak ada. Hal ini yang membuat program tidak berjalan.... Kendalanya yang ada yaitu fasilitas ruangan yang tidak ada dan tenaga yang sangat minim.” (IU 3)*

Kebijakan dalam Program PMTCT menurut semua bidan ternyata tidak mengetahui adanya

kebijakan teknis / khusus terkait pelaksanaan PMTCT di puskesmas seperti ketersediaan SK, Juklak / Juknis PMTCT, Perda ataupun SOP khusus PMTCT. Semua bidan tidak dapat memberikan jawaban pasti terkait keberadaan berbagai kebijakan dan peraturan tersebut. Sebanyak 2 orang bidan dari 3 bidan puskesmas yang tidak melaksanakan PMTCT bahkan secara jelas menyatakan kebijakan tersebut tidak ada karena memang puskesmasnya tidak melaksanakan program tersebut, namun salah seorang lainnya menyatakan tidak tahu apakah kebijakan tersebut ada atau tidak. Sementara itu dari puskesmas yang melaksanakan program PMTCT juga diperoleh jawaban sama yaitu bidan tidak tahu. Hasil konfirmasi yang dilakukan terhadap kepala puskesmas yang melaksanakan program pelayanan PMTCT, menyatakan hal yang sama bahwa peraturan atau regulasi khusus dari DKK tidak ada, karena yang dipakai adalah Pedoman Nasional yang dikeluarkan oleh pusat (Depkes/Kemenkes) sebagai acuan penatalaksanaan PMTCT di puskesmas. Sementara itu seorang kepala puskesmas lainnya menyatakan meski tidak ada peraturan yang mengikat tetapi program sebaiknya tetap harus berjalan baik dan mencapai target sesuai program nasional yang ada, seperti ungkapan pada kotak 12.

*Kotak 12*

*“Selama ini tidak ada peraturan khusus yang mengikat agar program ini harus berjalan dan harus mencapai target, namun yang terpenting kita dapat melaksanakan program ini dengan baik sesuai dengan program nasional yang ada.” (IT 4)*

*“SK dari DKK ada untuk melaksanakan program PMTCT dan langsung ditunjuk tim untuk bekerja, sedangkan juknis, juklak, dll tidak ada, namun kami membuat PROTAP dalam bentuk alur kerja berdasarkan pedoman nasional.” (IT 5)*

*“Kami melaksanakan program ini berdasarkan pedoman nasional dan itu sudah disepakati atau sudah dibicarakan dengan DKK Sorong dalam pertemuan. Dan kami sendiri punya alur pelayanan.” (IT 4)*

Dukungan Pimpinan sangat mendukung untuk keberhasilan pelayanan PMTCT di puskesmas. Sebanyak 2 orang bidan dari 3 puskesmas yang belum melaksanakan PMTCT, pimpinannya (kepala puskesmas) sebenarnya sudah beberapa kali mengusulkan agar puskesmasnya dapat memberikan pelayanan PMTCT dan meminta sarana prasarana yang dibutuhkan kepada DKK, namun belum pernah terealisasi. Permintaan tersebut dianggap oleh bidan sebagai bentuk dukungan kepala puskesmas untuk meningkatkan kinerja program PMTCT. Sedangkan seorang bidan lainnya menyatakan selama ini tidak ada dukungan pimpinan karena memang program PMTCT tidak dilaksanakan di puskesmasnya. Pada kelompok puskesmas yang melaksanakan PMTCT, dukungan pimpinan (kepala puskesmas) dilakukan dalam bentuk keterlibatan langsung kepala puskesmas sebagai manajer kasus dan sebagai penanggungjawab program. Realisasi bentuk dukungan tersebut antara lain dengan rutin melakukan kunjungan langsung ke klinik dan bersama-sama petugas menangani kasus, melakukan pengecekan dan evaluasi terhadap kinerja pegawai dan

#### *Kotak 13*

*“Pimpinan di sini sangat mendukung agar program PMTCT bisa dijalankan di puskesmas ini, namun sudah beberapa kali pimpinan masukkan usulan ke DKK untuk meminta kebutuhan program PMTCT namun tidak ada jawaban.” (IU 3)*

*“Pimpinan selalu terlibat langsung sebagai manajer kasus, setiap satu bulan ada evaluasi dan pertemuan untuk mengecek kinerja bidan dan juga sering ke klinik untuk melihat langsung kinerja dari bidan yang bertugas pada program PMTCT.” (IU 4)*

*“Pimpinan sangat mendukung program ini dan selalu mengecek apakah bidan sudah melaksanakan tugas dengan baik atau tidak. Peran pimpinan sebagai penanggungjawab program toh..” (IU 5)*

*“Ada dukungan yang baik dari Unicef, GF, KPA dan DKK Sorong...dan sering melakukan pertemuan. Koordinasinya rasanya baik.” (IU 4)*

mengadakan pertemuan-pertemuan untuk membahas permasalahan yang ada, sebagaimana terlihat pada beberapa ungkapan informan utama di kotak 13.

Dukungan Teman / Sejawat di puskesmas yang tidak melaksanakan program PMTCT, semuanya menyatakan tidak ada dukungan sejawat / teman karena memang tidak ada program tersebut di puskesmasnya. Sedangkan pada 2 puskesmas yang melaksanakan program PMTCT, semuanya menyatakan bahwa rekan kerja dan sejawatnya di setiap bagian di puskesmas sangat mendukung terlaksananya program PMTCT. Tentang dukungan tim PMTCT puskesmas juga baik. Pihak yang terlibat dalam tim VCT-PMTCT puskesmas selain bidan, terlibat juga tenaga perawat, dokter, tenaga laboratorium dan administrasi. Semuanya mendukung pelaksanaan program dan pelayanan PMTCT. Dukungan sudah sesuai kebutuhan karena sudah bekerjasama dalam kurun waktu 2 tahun dan tidak ada masalah yang terjadi. Sedangkan satu informan lainnya menyatakan bahwa bila dilihat berdasarkan kesesuaian dengan kebutuhan dirasakan masih belum memenuhi, namun hal tersebut tidak menjadi kendala karena bidan tetap berkomitmen dan bekerja dengan hati nurani, seperti ungkapan pada kotak 14.

#### *Kotak 14*

*“Semua teman sejawat yang ada di setiap bagian di puskesmas ini sangat mendukung program PMTCT di puskesmas ini....terlihat di dalam tim VCT-PMTCT ada bidan, perawat, dokter, tenaga laboratorium dan tenaga administrasi. Semuanya kerjasama, semua terlibat baik dan kerja baik.” (IU 4)*

*“Dukungan selama ini baik dan saya rasa sesuai kebutuhan,...baik karena sudah kurang lebih 2 tahun program berjalan tidak ada masalah apapun.” (IU 4)*

*“Kalau dikatakan dukungan telah memenuhi kebutuhan, sebenarnya ya belum, tetapi bidan berkomitmen agar program ini harus jalan. Bidan disini bekerja untuk program ini dengan hati nurani.” (IU 5)*

## PEMBAHASAN

Berdasarkan penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa keberhasilan program PMTCT di puskesmas kota Sorong tidak dapat dilepaskan dari keberadaan aspek karakteristik, pengetahuan dan sikap petugas / bidan sebagai pelaksana, juga ketersediaan sumberdaya yang mencukupi kebutuhan dan kebijakan pendukung yang jelas serta aspek dukungan yang diberikan, baik oleh pimpinan maupun rekan kerja.

Sesuai dengan teori perilaku kesehatan Lawrence Green dalam kerangka PRECEDE-PROCEED disebutkan bahwa dalam diagnosa perilaku disebutkan bahwa perilaku dan gaya hidup seseorang sangat dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain faktor *predisposing* (predisposisi), faktor *enabling* (pemungkin) dan faktor *reinforcing* (penguat) serta faktor lingkungan.<sup>5</sup> Faktor *predisposing* adalah faktor-faktor yang mendahului perilaku dan yang memberikan alasan atau motivasi untuk terjadinya suatu perilaku. Termasuk faktor ini yaitu pengetahuan, sikap, nilai-nilai budaya, persepsi terhadap kebutuhan dan kemampuan yang berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk berperilaku. Faktor pemungkin adalah faktor yang memungkinkan/memudahkan untuk terjadinya perubahan perilaku, meliputi ketersediaan pelayanan atau sarana prasarana yang dibutuhkan, akses untuk mencapai dan aturan-aturan penunjang. Sedangkan faktor penguat faktor yang dapat memperkuat terjadinya perubahan perilaku tertentu, seperti konsekuensi (umpan balik) yang ditimbulkan, dukungan dan sikap petugas lainnya dan masyarakat.<sup>5</sup>

Dengan mendasarkan pada model PRECEDE-PROCEED, maka diketahui bahwa keberhasilan pelaksanaan program PMTCT oleh bidan di puskesmas sangat dipengaruhi oleh komponen faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing*. Kemampuan dan keberhasilan bidan puskesmas dalam melakukan tahap-tahap sosialisasi, konseling pre tes, testing HIV maupun konseling pasca test termasuk dalam kategori baik, yang ditunjukkan dengan bidan sudah mendapat sosialisasi dan pelatihan tentang penatalaksanaan PMTCT dari DKK kota Sorong dan sekaligus dengan adanya kunjungan lapangan. Selain itu bidan juga telah melakukan

sosialisasi tentang PMTCT, VCT dan HIV/AIDS pada setiap ibu hamil yang melakukan kunjungan dan pemeriksaan kehamilan di puskesmas, baik melalui penyuluhan kelompok ataupun secara individual dengan menggunakan alat peraga. Tentang konseling pre test, testing HIV dan konseling post test memang hanya dilakukan oleh 2 puskesmas saja karena memang baru kedua puskesmas tersebut yang memiliki sarana prasarana yang memadai.

Berdasarkan hasil penelitian juga dapat disimpulkan bahwa dukungan pimpinan (kepala puskesmas) dan dukungan rekan kerja / tim kerja di lingkungan puskesmas ataupun DKK akan mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan program PMTCT melalui penyediaan berbagai fasilitas dan sarana prasarana pendukung dan alat dan sumberdaya yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan, serta penyediaan aturan-aturan dan berbagai regulasi yang menjadi landasan dasar implementasi program, baik dalam bentuk SOP, SK ataupun protap. Sementara itu, keberadaan faktor pemungkin tersebut akan mempengaruhi pengetahuan, ketrampilan dan sikap bidan untuk melaksanakan tugas-tugasnya dengan lebih baik, melalui keinginan untuk meningkatkan pengetahuan dengan ikut serta pelatihan-pelatihan yang dibutuhkan dan sikap positif yang mendukung. Hal tersebut dimungkinkan karena ketersediaan sumberdaya yang mencukupi antara lain dana tersedia, alat dan fasilitas tersedia dan mudah aksesnya serta jumlah tenaga yang mencukupi.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pada 3 puskesmas yang tidak melaksanakan program PMTCT dengan baik terutama dikarenakan tidak tersedianya sarana dan prasarana pendukung, khususnya ruangan khusus untuk konseling, laboratorium standard untuk pelaksanaan testing HIV, ruang farmasi yang memenuhi syarat serta ketenagaannya, terutama sebagai tenaga konselor yang memang harus membutuhkan kemampuan dan ketrampilan tersendiri. Belum tersedianya sarana prasarana dan fasilitas serta ketenagaan tersebut karena keterbatasan dana dan anggaran yang tersedia, baik di DKK kota Sorong ataupun Pemerintah Kota Sorong untuk memfasilitasinya. Dengan demikian, meski dari ketiga puskesmas tersebut

petugas bidannya sudah dilatih tentang PMTCT, mempunyai sikap positif dan mendukung program serta komitmen yang tinggi, namun program PMTCT di puskesmas tetap tidak dapat dilaksanakan secara penuh, kecuali hanya tahap sosialisasi pada ibu hamil saja. Sementara itu pada 2 puskesmas lainnya, semua proses dan tahapan pelaksanaan PMTCT dapat berlangsung dengan baik karena adanya semua dukungan dan fasilitas yang dibutuhkan. Hal tersebut dibuktikan dengan pernyataan informan triangulasi DKK yang menyatakan bahwa kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan PMTCT di puskesmas selama ini terutama adalah pendanaan untuk membangun fasilitas yang memang belum turun dari Pemda maupun Provinsi Papua Barat. Oleh karena itu beberapa puskesmas yang ada di kota Sorong memang belum dapat melaksanakan program PMTCT dengan sepenuhnya sesuai standar pelayanan PMTCT, yaitu sosialisasi, konseling pretest-postest dan pelaksanaan testing HIV pada ibu hamil melalui klinik VCT puskesmas.

#### **KESIMPULAN**

Disimpulkan bahwa pelaksanaan program PMCTC di puskesmas yang terkait dengan sosialisasi, faktor pendukung program PMCTC, dan regulasi belum terlaksana dengan baik karena kurang sosialisasi, SDM, sarana dan prasarana, kebijakan Kepala daerah dan belum adanya regulasi tentang program PMCTC di Provinsi Papua Barat.

#### **KEPUSTAKAAN**

1. AIDS 2011 (Accessed 20 Oktober, 2011, at <http://id.wikipedia.org/wiki/AIDS>)
2. Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia, 2011 (Accessed at <http://www.spritia.or.id/stats/statistik.php>).
3. Komisi Penanggulangan AIDS-Papua Barat Informasi HIV/AIDS (Accessed at <http://www.aidsindonesia.or.id.2011>)
4. Komisi Penanggulangan AIDS-Kota Sorong, Informasi HIV/AIDS 2011

5. Green, Lawrence W, Kreuter, Marshal W. Health Promotion Planning, An Educational And Environmental Approach, Mountain View, mayfield Publishing Company, 2nd Edition, 2000.
6. Kemenkes. *Pedoman Nasional Manajemen Program HIV dan AIDS*. Jakarta : Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2010
7. Depkes R.I. *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan Bagi ODHA*. Jakarta : Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Depkes RI : 2003
8. Dinas Kesehatan Kota Sorong. Profil Dinas Kesehatan Kota Sorong, Provinsi Papua Barat 2011.
9. Hadriah Oesman dkk. Analisa Lanjut SDKI 2002-2003 “Hubungan beberapa faktor dengan pemberitahuan dan persepsi pris terhadap HIV & AIDS dan PMS lainnya, BKKBN, 2004.
10. Leli Asih. SDKI 2002-2003 : PRIA “Partisipasi dalam perawatan kesehatan dan pengetahuan tentang HIV/AIDS. BKKBN 2004.
11. Atmaja, Atik Surya. Bapak, Ibu dan Anak Tertular HIV/AIDS dari Sang Suami. 2005. <http://www.Situskesrepro.info/pmsshivaid/eb/2005/pms02.htm>) diaccess 10 Oktober 2011.
12. DEPKES RI, Orientasi Konseling, Modul Pelatihan dan Konseling Tes Sukarela HIV. 2003
13. Depkes RI. Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA). Direktorat Bina Kesehatan Anak & Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta. 2006
14. Meninjau AAG. Manajemen Kesehatan. Jakarta: EGC, 2004.
15. Wiyono Djoko, Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan Penerbit Erlangga University Press, Surabaya 1997.