



Universitas
Esa Unggul



Univer:
Esa |
Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



**EVALUASI KEGIATAN KONSELING DAN TES HIV
SECARA SUKARELA (KTS)
DI PUSKESMAS WILAYAH JAKARTA TIMUR TAHUN 2014**



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

LAPORAN PENELITIAN



Universitas
Esa Unggul





Universitas
Esa Unggul
NAURI ANGGITA TEMESVARI
NIK. 217020659



Universitas
Esa Unggul



Unive
Esa



**PRODI MANAJEMEN INFORMATIKA KESEHATAN
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ESA UNGGUL
JAKARTA, 2015**



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Univer:
Esa 
Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

**EVALUASI KEGIATAN KONSELING DAN TES HIV
SECARA SUKARELA (KTS)
DI PUSKESMAS WILAYAH JAKARTA TIMUR TAHUN 2014**

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

LAPORAN PENELITIAN

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul
NAURI ANGGITA TEMESVARI
NIK. 217020659

Universitas
Esa Unggul

Unive
Esa

**PRODI MANAJEMEN INFORMATIKA KESEHATAN
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ESA UNGGUL
JAKARTA, 2015**

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul

Universitas
Esa Unggul



ABSTRACT

Name : Nauri Anggita Temesvari
Study Program: Post Graduate Program
Title : Evaluation of Voluntary Counselling and HIV Testing in Primary Healthcare in East Jakarta, 2014

HIV Voluntary Counseling and Testing (VCT) is the entry point of preventing HIV/AIDS. East Jakarta targeted 20.308 of key population could visited VCT in 2013, but it's just reached 67%. Thus, as researcher i would like to evaluate the implementation of VCT. Tool which is used in this research is Logical Framework Analysis (LFA). The result is that the overall implementation of VCT has gone well. However, the lack of awareness of key populations to visit healthcare centre as early as possible, the lack of accurate data collection, and the lack of socialization to the general population compared to key populations are the barriers of the implementation. Recommendations from this research are to improve outreach of key population; include in the community, to monitor all of data recording and reporting, and to improve the function of primary healthcare as Sustainable Comprehensive Services (LKB).

Keywords : VCT, HIV, LFA

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GRAFIK	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR SINGKATAN	viii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV/AIDS	9
2.1.1 Perjalanan Infeksi HIV	9
2.1.2 Cara Penularan HIV	10
2.2 Konseling dan Tes HIV Sukarela	12
2.2.1 Definisi KTS	12
2.2.2 Prinsip Pelayanan KTS	13
2.2.3 Model Layanan KTS	14
2.2.4 Sasaran KTS	14
2.2.5 Dana	15
2.2.6 Sarana, Prasarana, dan Sumber Daya Manusia	15
2.2.7 Tata Laksana Pelayanan KTS	24
2.2.8 Pembinaan dan Pengawasan	29
2.3 Puskesmas	31
2.3.1 Konsep Pengendalian HIV/AIDS di Pusesmas	33
2.3.2 Unsur Utama Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB)	35
2.4 Monitoring dan Evaluasi	36
2.5 Kerangka Kerja Logis dalam Mengevaluasi KTS	37
2.6 Kerangka Teori	42

BAB 3 KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH

3.1 Kerangka Pikir	44
--------------------------	----

3.2 Definisi Istilah	45
----------------------------	----

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian	47
----------------------------	----

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	47
---------------------------------------	----

4.3 Etika Penelitian	48
----------------------------	----

4.4 Informan Penelitian	48
-------------------------------	----

4.5 Metode Pengumpulan Data	49
-----------------------------------	----

4.5.1 Data Primer	49
-------------------------	----

4.5.2 Data Sekunder	50
---------------------------	----

4.6 Pengolahan Data	50
---------------------------	----

4.7 Upaya Menjaga Validitas Data	51
--	----

4.8 Instrumen Penelitian	51
--------------------------------	----

BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Keterbatasan Penelitian	52
-----------------------------------	----

5.2 Karakteristik Informan	52
----------------------------------	----

5.3 Evaluasi Kegiatan Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS)	54
--	----

5.3.1 Pelatihan KTS	54
---------------------------	----

5.3.1.1 Kegiatan	54
------------------------	----

5.3.1.2 Keluaran	55
------------------------	----

5.3.1.3 Masukan	56
-----------------------	----

5.3.1 Pelaksanaan KTS	58
-----------------------------	----

5.3.1.1 Kegiatan	58
------------------------	----

5.3.1.2 Keluaran	60
------------------------	----

5.3.1.3 Masukan	65
-----------------------	----

5.3.1 Pembinaan dan Pengawasan	73
--------------------------------------	----

5.3.1.1 Kegiatan	73
------------------------	----

5.3.1.2 Keluaran	74
------------------------	----

5.3.1.3 Masukan	78
-----------------------	----

5.4 Evaluasi Kerangka Kerja Logis dalam Kegiatan KTS	80
--	----

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan	88
----------------------	----

6.2 Saran	89
-----------------	----

DAFTAR PUSTAKA	91
-----------------------------	----

DAFTAR TABEL

			Hal
Tabel 2.1	Matriks Kerangka Kerja Logis		39
Tabel 2.2	Matriks Kerja Logis dalam Pelaksanaan KTS		41
Tabel 3	Definisi Istilah		45
Tabel 5.1	Karakteristik Informan		53
Tabel 5.2	Karakteristik Informan		53
Tabel 5.3	LSM yang Bekerjasama dengan KPAK Jakarta Timur	60	
Tabel 5.4	Data Sarana yang Tersedia di Puskesmas Kramat Jati dan Pasar Rebo		70
Tabel 5.5	Logika Horisontal Evaluasi Kegiatan KTS		84



DAFTAR GRAFIK

		Hal
Grafik 1.1	Jumlah Kasus HIV/AIDS di Indonesia hingga Tahun 2013	2
Grafik 1.2	Jumlah Infeksi HIV hingga Tahun 2013	2
Grafik 5.1	Laporan Kegiatan KTS di Jakarta Timur Tahun 2012-2014	61
Grafik 5.2	Jumlah Populasi Kunci yang Berkunjung ke KTS di Jakarta Timur Tahun 2013-2014	62
Grafik 5.3	Jumlah Populasi Kunci yang Melakukan Konseling Pretest di Jakarta Timur Tahun 2013-2014	63
Grafik 5.4	Jumlah Populasi Kunci yang Melakukan Test di Jakarta Timur Tahun 2013-2014	64
Grafik 5.5	Jumlah Populasi Kunci yang Melakukan Konseling Post Test di Jakarta Timur Tahun 2013-2014	64
Grafik 5.6	Jumlah Populasi Kunci yang Terinfeksi HIV di Jakarta Timur Tahun 2013-2014	65
Grafik 5.7	Estimasi dan Proyeksi Jumlah Infeksi Baru HIV/AIDS Berdasarkan Populasi Kunci Tahun 2011-2016	77



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Contoh Denah Layanan KTS	19
Gambar 2.2	Logika Vertikal dalam Kerangka Kerja Logis	38
Gambar 2.3	Kerangka Kerja Monitoring dan Evaluasi oleh KPAP	40
Gambar 2.4	Kerangka Teori Evaluasi Kegiatan KTS	43
Gambar 3	Kerangka Pikir Evaluasi Kegiatan KTS di Puskesmas Jakarta Timur Tahun 2013	44
Gambar 4	Stakeholder dalam kegiatan KTS di Puskesmas ..	49
Gambar 5.1	Alur Pelayanan KTS	73
Gambar 5.2	Alur Pelaporan KTS	80
Gambar 5.3	Logika Vertikal Evaluasi Kegiatan KTS	81
Gambar 5.4	Analisis Masalah Evaluasi Kegiatan KTS	87

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
ARV	: <i>Anti Retroviral</i>
CST	: <i>Care, Support, and Treatment</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDU	: <i>Injection Drug User</i>
KKL	: Kerangka Kerja Logis
KPA	: Komisi Penanggulangan AIDS
KTS	: Konseling dan Tes HIV Sukarela
LBT	: Laki-laki Berisiko Tinggi
LKB	: Layanan Komprehensif Berkesinambungan
LSL	: Laki-laki Seks dengan Laki-laki
PDP	: Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan
PKVHI	: Perhimpunan Konselor VCT HIV/AIDS
Penasun	: Pengguna Jarum Suntik
PPS	: Pria Pekerja Seks
Sudinkes	: Suku Dinas Kesehatan
TB	: Tuberkulosis
VCT	: <i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WBP	: Warga Binaan Pemasyarakatan
WPS	: Wanita Pekerja Seks
WPSL	: Wanita Pekerja Seks Langsung
WPSTL	: Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung

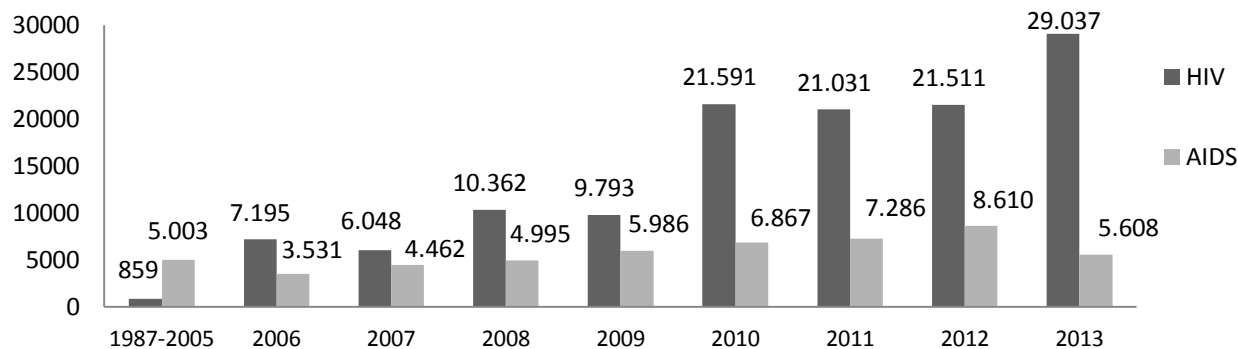
BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan syndrome atau kumpulan penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yaitu retrovirus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. HIV pertama kali didiagnosis di Amerika pada tahun 1981 dan sampai saat ini telah menjadi pandemi karena menyerang sebagian besar negara di dunia (Kemenkes, 2007). Sampai dengan tahun 2005 jumlah kasus HIV di Indonesia yang dilaporkan sebanyak 859, selanjutnya mengalami peningkatan hingga pada tahun 2013 ditemukan kasus baru sebanyak 29.037 (Grafik 1.1). Jumlah kumulatif kasus HIV sampai dengan Desember 2013 sebanyak 127.427. Jumlah infeksi tertinggi yaitu DKI Jakarta (28.790), diikuti Jawa Timur (16.253), Papua (14.087), Jawa Barat (10.198), dan Bali (8.959) (Ditjen PP & PL, 2014).

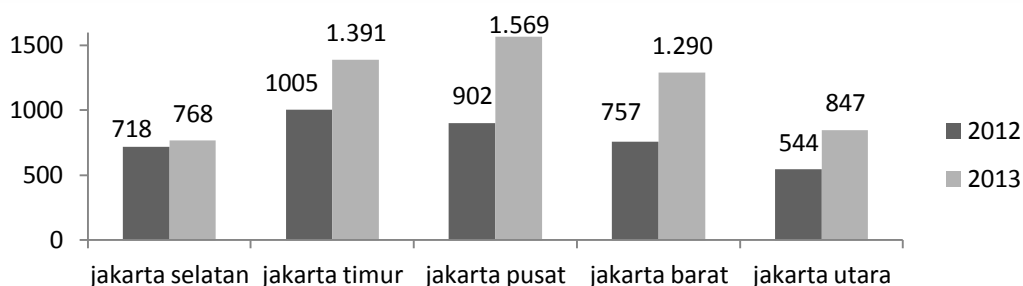
Sedangkan untuk kasus AIDS, sampai dengan tahun 2005 di Indonesia yang dilaporkan sebanyak 5.003 kasus, selanjutnya mengalami peningkatan hingga pada tahun 2013 ditemukan kasus baru sebanyak 5.608. Jumlah kumulatif AIDS dari 1987 sampai dengan Desember 2013 52.348. Jumlah AIDS terbanyak dilaporkan dari Papua (910.116), Jawa Timur (8.725), DKI Jakarta (7.477), Jawa Barat (4.131), Bali (3.985), Jawa Tengah (3.339), Sulawesi Selatan (1.703), Kalimantan Barat (1.699), Sumatera Utara (1.301), dan Banten (1.042) (Ditjen PP & PL, 2014).



Sumber: Laporan Statistik AIDS Triwulan 4 (Ditjen PP&PL, 2014)

Grafik 1.1 Jumlah Kasus HIV/AIDS di Indonesia Hingga Tahun 2013

DKI Jakarta merupakan provinsi tertinggi yang menyumbang jumlah infeksi HIV di Indonesia pada tahun 2013, yaitu 28.790. Jakarta Timur merupakan kota di Jakarta yang menyumbang kasus AIDS terbanyak pada tahun 2013 sebanyak 5% dan kasus baru HIV tiap tahunnya juga cukup tinggi (Grafik 1.2) (Ditjen PP & PL, 2014). Jakarta Timur juga menjadi kota prioritas yang didanai oleh *Global Fund* (GF) pada dukungan GF Ronde 8 (2009-2014) berdasarkan jumlah kasus HIV/AIDS di wilayah ini yang cukup tinggi pada masa itu, selanjutnya setelah jangka waktu tersebut selesai, secara bertahap pelaksanaan program beralih untuk didanai oleh daerah sendiri (KPAN, 2010).



Sumber: Laporan Statistik AIDS Triwulan 4 Tahun 2012-2013 (Ditjen PP&PL, 2014)

Grafik 1.2 Jumlah Infeksi HIV Provinsi DKI Jakarta Hingga Tahun 2013

Pada tahun 1985 mulai dibentuk kelompok kerja dari Badan Penelitian Kesehatan Depkes untuk mencegah dan menanggulangi HIV/AIDS di Indonesia. Upaya yang lebih dilakukan karena peningkatan HIV/AIDS di Indonesia yaitu

dengan dibentuknya Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) di pusat dan daerah pada tahun 1994, berdasarkan Keppres No. 36 tahun 1994, yang kemudian dilanjutkan dengan dikeluarkannya Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat/Ketua KPA Nomor 05/Kep/Menko/Kesra/II/1995 tentang Program Penanggulangan HIV/AIDS Pelita VI. Program nasional ini akhirnya dijadikan referensi dalam penanggulangan HIV/AIDS di seluruh Indonesia. Salah satu strategi yang tertulis dalam keputusan yang dikeluarkan KPA pada saat itu adalah konseling dan tes sukarela (KTS) atau *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) (KPAN, 2003). Kegiatan KTS merupakan kegiatan yang terintegrasi dengan fasilitas kesehatan yang berada di Rumah Sakit, Puskesmas, Lembaga Pemasyarakatan (LAPAS), dan LSM (Kemenkes, 2013).

Pelaksanaan KTS dimulai dari klien diberikan informasi dasar HIV sebagai bentuk tahapan awal atau pengenalan tentang HIV/AIDS, kemudian dilakukan konseling pra testing HIV/AIDS untuk membangun kepercayaan klien pada konselor sehingga terbentuk dasar utama terjaganya kerahasiaan dan sikap saling memahami, kemudian setelah klien yakin atas keputusan untuk melakukan test HIV/AIDS dengan prinsip sukarela, maka klien harus memberikan persetujuan tertulis dalam bentuk *Informed Consent*, yang berisi kerahasiaan dari status pasien atau hasil test HIV/AIDS akan terjamin. Setelah test dilakukan, maka tahapan selanjutnya adalah konseling paska testing untuk membantu klien memahami dan menyesuaikan diri dengan hasil test yang diterima (Kemenkes, 2005). Definisi klien dalam kegiatan KTS secara umum adalah masyarakat yang membutuhkan pemahaman diri akan status HIV agar dapat mencegah dirinya dari penularan infeksi penyakit lain dan penularan ke orang lain dan secara khusus kepada populasi berisiko tinggi/ populasi kunci (Kemenkes, 2005). Populasi kunci yang dimaksud adalah Wanita Pekerja Seks Langsung (WPSL), Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung (WPSTL), Waria, LSL (Lelaki Suka Lelaki), dan LBT (Lelaki Berisiko Tinggi/ High Risk Man) (KPAP DKI Jakarta, 2013).

KTS merupakan upaya yang tepat untuk deteksi dini mengetahui status HIV seseorang melalui konseling dan testing HIV/AIDS dengan prinsip sukarela. Jika tidak dilakukan KTS sedini mungkin pada populasi sasaran yang tepat, maka status HIV seseorang akan terlambat terdeteksi dan program pengobatan dan

perawatan tidak dapat dilakukan dengan segera (Kemenkes, 2005). Tahun 2014, 3 negara di Afrika mendapatkan kasus ibu hamil yang telat mengakses KTS sehingga kasus HIV terlambat diketahui (44-72% baru terdeteksi HIV pada trimester akhir kehamilan), mengakibatkan terlambatnya perawatan dan pengobatan ARV. Hasilnya, terjadi lonjakan penemuan kasus HIV pada bayi yang dilahirkan dari ibu hamil tersebut (Sherr, et al, 2014). Di DKI Jakarta menargetkan 80% populasi kunci dapat mengakses kegiatan KTS pada akhir tahun 2017. Pada tahun 2013, Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur menargetkan jumlah kunjungan pada seluruh layanan VCT yang ada di wilayahnya sebesar 20.308. Namun, capaian kunjungan VCT pada tahun 2013 yaitu 17.524.

Capaian dari kunjungan yang klien ke kegiatan KTS yang masih rendah di Jakarta Timur membutuhkan evaluasi dalam kegiatan KTS yang telah terlaksana selama ini. Salah satu model untuk mengevaluasi suatu program/kegiatan kesehatan yaitu *Logical Framework Approach* (LFA)/ Kerangka Kerja Logis (KKL). KKL mencakup analisis masalah (*problem analysis*), analisis pemangku kepentingan (*stakeholder analysis*), pengembangan suatu hirarki logis dari objektif (*objective analysis*), identifikasi risiko yang mungkin terjadi, dan pemilihan strategi implementasi yang diunggulkan. KKL memuat 4 faktor yang diteliti, yaitu masukan (*input*), keluaran (*output*), hasil (*outcomes*), dan dampak (*impact*) (AusAid, 2003). Kerangka kerja monitoring dan evaluasi strategi dan rencana aksi nasional (SRAN) penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010-2014. oleh KPAP dalam mengevaluasi kegiatan penanggulangan HIV/AIDS juga menggunakan pendekatan serupa KKL yang berisi beberapa indikator, yaitu: indikator masukan, yaitu sumberdaya yang dibutuhkan dalam kegiatan KTS; kegiatan, yaitu proses pelayanan yang diberikan kepada klien; keluaran, yaitu tenaga terlatih dan populasi terjangkau; hasil, yaitu perubahan perilaku klien yang tadinya berisiko menjadi aman; dan dampak dari kegiatan KTS ini, yaitu penurunan prevalensi HIV dan IMS. (KPAN, 2010).

Semakin pesatnya peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia mendukung Puskesmas untuk dilibatkan dalam program penanggulangan HIV/AIDS (PERSI, 2007). Apalagi, dengan peran utama Puskesmas dalam fungsi promotif dan preventif dalam lingkup masyarakat menjadikan Puskesmas sebagai

salah satu pintu masuk pelayanan HIV/AIDS. Sampai dengan Desember 2013, di Jakarta Timur terdapat 20 layanan KTS yang tersebar di rumah sakit, puskesmas, lembaga pemasyarakatan, dan lembaga sosial. Dari tahun 2012, penambahan layanan KTS di Jakarta Timur sebanyak 6 layanan (Ditjen PP & PL, 2014). Puskesmas Kramat Jati dan Puskesmas Pasar Rebo merupakan 2 Puskesmas dengan jumlah kunjungan klien untuk KTS tertinggi pada tahun 2013, dari 2.133 klien yang berkunjung ke layanan KTS di Puskesmas Kramat Jati sebanyak 2% terdeteksi HIV, sedangkan dari 2.644 klien yang berkunjung ke layanan KTS di Puskesmas Pasar Rebo sebanyak 6% terdeteksi HIV. Pada tahun 2014, Puskesmas Kramat Jati meningkatkan pelayanan HIV/AIDS dengan dijadikannya Puskesmas Kramat Jati sebagai Puskesmas mandiri HIV, dengan harapan bagi klien yang terdeteksi HIV dan memenuhi prasyarat pengobatan ARV dapat langsung melakukan pengobatan, sehingga perawatan dan pengobatan klien dapat terpantau lebih mudah. Oleh karena itu, peneliti mengasumsikan dari kegiatan KTS di kedua Puskesmas ini dapat mewakili evaluasi kegiatan KTS di seluruh Puskesmas Jakarta Timur.

1.2 Rumusan Masalah

Dari tahun 2012 hingga 2013, penambahan kasus baru HIV di Jakarta Timur sebanyak 386 kasus. Jakarta Timur juga menyumbang kasus AIDS terbanyak pada tahun 2013 sebanyak 5%. Pada tahun 2013, Suku Dinas Kesehatan (Sudinkes) Jakarta Timur menargetkan jumlah kunjungan pada seluruh layanan VCT yang ada di wilayahnya sebesar 20.308. Namun, capaian kunjungan VCT pada tahun 2013 yaitu 17.524. Evaluasi melalui Kerangka Kerja Logis diperlukan untuk menemukan solusi dan pemecahan masalah. Puskesmas dengan fungsi utamanya dalam menegakkan promosi dan preventif bermasyarakat membuat peneliti tertarik untuk melihat bagaimana pelaksanaan KTS di Puskesmas Pasar Rebo dan Kramat Jati

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana evaluasi kegiatan KTS di Puskesmas wilayah Jakarta Timur Tahun 2014?
2. Bagaimana analisis faktor pelatihan KTS dilihat dari faktor masukan di Puskesmas wilayah Jakarta Timur Tahun 2014?
3. Bagaimana analisis faktor pelaksanaan KTS dilihat dari faktor masukan di Puskesmas wilayah Jakarta Timur Tahun 2014?
4. Bagaimana analisis faktor pembinaan dan pengawasan dilihat dari faktor masukan di Puskesmas wilayah Jakarta Timur Tahun 2014?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum Penelitian

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis evaluasi kegiatan KTS di Puskesmas wilayah Jakarta Timur Tahun 2014.

1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian

1. Menganalisis evaluasi kegiatan KTS di Puskesmas wilayah Jakarta Timur Tahun 2014
2. Menganalisis faktor pelatihan KTS dilihat dari faktor masukan di Puskesmas wilayah Jakarta Timur Tahun 2014
3. Menganalisis faktor pelaksanaan KTS dilihat dari faktor masukan di Puskesmas wilayah Jakarta Timur Tahun 2014
4. Menganalisis faktor pembinaan dan pengawasan dilihat dari faktor masukan di Puskesmas wilayah Jakarta Timur Tahun 2014

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat yang diperoleh dari penelitian ini adalah :

- a. Bagi Fasilitas Kesehatan yang diteliti
 1. Mendapatkan umpan balik (*feed back*) terkait pelaksanaan KTS di masing-masing fasilitas kesehatan
 2. Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan bahan evaluasi untuk meningkatkan kualitas kegiatan KTS
 3. Hasil dari penelitian ini juga dapat dijadikan sebagai bahan untuk pengambilan keputusan dan kebijakan rumah sakit terkait pencegahan penularan HIV di masing-masing fasilitas kesehatan
- b. Bagi Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur

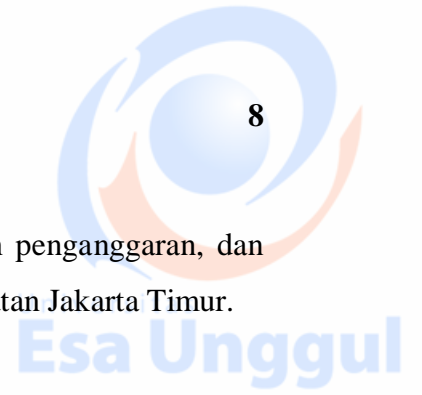
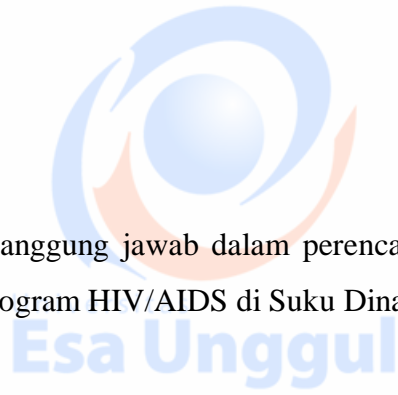
Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan bahan evaluasi untuk meningkatkan kualitas kegiatan KTS di wilayah Jakarta Timur
- c. Bagi Peneliti Lainnya

Mendapatkan pengetahuan tentang evaluasi kegiatan KTS. Selain itu, diharapkan dari penelitian ini, peneliti lainnya dapat mengembangkan instrumen penelitian yang lebih baik

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini menganalisis evaluasi melalui *Logical Framework Approach* (LFA) atau Kerangka Kerja Logis (KKL) pada kegiatan KTS di Puskesmas Jakarta Timur. Sebagai unit analisis mewakili seluruh Puskesmas yang melaksanakan kegiatan KTS, maka dipilih 2 (dua) Puskesmas, yaitu Puskesmas Kramat Jati dan Puskesmas Pasar Rebo. Faktor yang diteliti adalah faktor masukan (*input*), faktor keluaran (*output*), faktor hasil (*outcome*), dan dampak (*impact*). Penelitian ini dilaksanakan selama 1 bulan (1 April – 31 Mei 2015). Penelitian ini merupakan kualitatif analitik dengan metode wawancara mendalam dengan informan terpilih dan telaah dokumen. Informan dalam penelitian ini adalah *stakeholder* yang terlibat dalam pelaksanaan KTS di Puskemas, mulai dari klien, petugas layanan yang terlibat langsung dalam pelaksanaan KTS, petugas

puskesmas yang bertanggung jawab dalam perencanaan dan penganggaran, dan penanggung jawab program HIV/AIDS di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 HIV/AIDS

Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan syndrom atau kumpulan penyakit yang disebabkan oleh Human Immunodeficiency Virus (HIV) yaitu retrovirus yang menyerang sistem kekebalan tubuh (Kemenkes, 2007). HIV dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih (sel CD4), sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia yang pada akhirnya tidak dapat bertahan bahkan pada gangguan penyakit yang ringan (Kemenkes, 2005).

WHO mengembangkan definisi AIDS untuk orang dewasa dan anak. AIDS pada orang dewasa didefinisikan jika terdapat dua gejala mayor seperti penurunan badan yang signifikan, diare kronis, demam berkepanjangan dan satu gejala minor seperti kandidiasis, batuk, kudis, atau pembengkakan getah bening. Sedangkan pada anak-anak, dikatakan AIDS jika minimal terdapat dua gejala mayor dan dua gejala minor (Aggleton, P, et al, 1994).

2.1.1 Perjalanan Infeksi HIV

HIV akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dengan menghasilkan antibodi HIV. Masa antara masuknya infeksi dan terbentuknya antibody yang dapat dideteksi melalui pemeriksaan laboratorium adalah selama 2-12 minggu, masa ini disebut dengan masa jendela (*window period*). Selama masa jendela, pasien akan sangat infeksius, yaitu dapat dengan mudah menularkan HIV kepada orang lain, meskipun hasil pemeriksaan di laboratorium masih menunjukkan non reaktif (Dirjen PP & PL, 2004).

Infeksi HIV tidak secara langsung menunjukkan tanda atau gejala tertentu. Sebagian memperlihatkan gejala tidak khas pada infeksi HIV akut

3-6 minggu setelah terinfeksi. Gejala yang terjadi adalah demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk. Setelah infeksi akut, dimulailah infeksi HIV asimtomatik. Masa tanpa gejala ini umumnya berlangsung selama 8-10 tahun. Namun, ada sekelompok kecil orang yang perjalanan penyakitnya amat cepat, dapat hanya sekitar dua tahun, dan ada pula yang perjalanannya lambat (*non-progressor*). Seiring dengan makin memburuknya kekebalan tubuh, ODHA mulai menampakkan gejala-gejala akibat infeksi oportunistik (infeksi tuberkulosis (TB), herpes zoster (HSV), *oral hairy cell leukoplakia* (OHL), *oral candidiasis* (OC), *papular pruritic eruption* (PPE), *Pneumocystis carinii pneumonia* (PCP), *cryptococcal meningitis* (CM), *retinitis Cytomegalovirus* (CMV), dan *Mycobacterium avium* (MAC)), seperti berat badan menurun, demam lama, rasa lemah, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes, dan lain-lain. Tanpa pengobatan ARV, walaupun selama beberapa tahun tidak menunjukkan gejala, secara bertahap sistem kekebalan tubuh orang yang terinfeksi HIV semakin menurun, dan akhirnya pasien menunjukkan gejala klinik yang makin berat, sehingga pasien akan masuk pada tahap AIDS (Djoerban, 2001).

2.1.2 Cara Penularan HIV

Penularan HIV sendiri hanya akan terjadi jika: 1) virus HIV berhasil hidup di dalam tubuh manusia, 2) virus harus dalam jumlah yang besar, 3) HIV harus masuk ke tubuh orang melalui cara penularan tertentu (Aggleton, P, et al, 1994).

HIV dapat ditularkan melalui tiga cara, yaitu: 1) melalui hubungan seksual, 2) pajanan oleh darah, produk darah, atau organ dan jaringan yang terinfeksi, dan 3) melalui ibu hamil dengan HIV kepada janin di kandungannya atau bayi yang disusunya. Ketiga cara penularan tersebut dapat terjadi melalui darah, air mani, dan cairan vagina seorang dengan HIV dalam jumlah yang cukup untuk menginfeksi orang lain (Djoerban, 2001).

1. Hubungan Seksual

Penularan melalui hubungan seksual adalah cara yang paling dominan dari semua cara penularan. Penularan melalui hubungan seksual dapat terjadi selama sanggama laki-laki dengan perempuan atau laki-laki dengan laki-laki. Sanggama berarti kontak seksual dengan penetrasi vaginal, anal, atau oral antara dua individu. Risiko tertinggi adalah penetrasi vaginal atau anal yang tak terlindung dari individu yang terinfeksi HIV. Kontak seksual oral langsung (mulut ke penis atau mulut ke vagina) termasuk dalam kategori risiko rendah tertular HIV. Tingkatan risiko tergantung pada jumlah virus yang ke luar dan masuk ke dalam tubuh seseorang, seperti pada luka sayat/gores dalam mulut, perdarahan gusi, dan atau penyakit gigi mulut atau pada alat genital (Kemenkes, 2012).

Seperti telah dijelaskan sebelumnya penularan HIV juga dapat terjadi pada homoseksual, hal ini diperkuat dengan adanya survei di Amerika Serikat pada tahun 2005, 49% kasus infeksi HIV ditemukan pada pasangan homoseksual. Virus HIV dapat ditemukan di cairan semen, sediaan apus serviks, dan cairan vagina. Berbagai macam infeksi menular seksual yang menimbulkan ulserasi di daerah genital juga meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi HIV. Oleh karena itu, pencegahan infeksi menular seksual dapat mencegah penularan HIV. Selain itu, pada beberapa penelitian, ditemukan bahwa pria yang disunat memiliki risiko penularan HIV yang lebih rendah dibandingkan pria yang tidak disunat (Facusi, AS, et al, 2008).

2. Pajanan oleh Darah, Produk Darah, atau Organ dan Jaringan yang Terinfeksi

Penularan dari darah dapat terjadi jika darah donor tidak dilakukan pemeriksaan HIV, penggunaan ulang jarum dan semprit suntikan, atau penggunaan alat medik lainnya yang dapat menembus kulit. Hal tersebut dapat terjadi pada semua pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, poliklinik, pengobatan tradisional melalui alat penusuk/jarum,

juga pada pengguna napza suntik (penasun). Paparan HIV pada organ dapat juga terjadi pada proses transplantasi jaringan/organ di fasilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2012).

Diperkirakan di Amerika Serikat, risiko penularan HIV melalui jalur transfusi darah sekitar 1 per 1,5 juta darah donor. Penularan HIV melalui darah atau produk darah masih merupakan ancaman di negara berkembang, khususnya di negara-negara di sub-Sahara Afrika, yang tidak rutin melakukan skrining terhadap darah donor (Facusi, AS, et al, 2008). Penelitian yang dilakukan di beberapa pusat hemodialisis di Columbia, Amerika Serikat, pada tahun 1993 menunjukkan dari 59 sampel darah yang diperiksa, didapatkan 13 sampel darah yang positif HIV. Hal ini menunjukkan terjadinya penularan infeksi HIV di pusat hemodialisis (CDC, 1995).

3. Ibu Hamil dengan HIV

Lebih dari 90% anak terinfeksi HIV dari ibunya. Infeksi HIV bisa ditransmisikan dari ibu yang terinfeksi ke bayi ketika dalam kandungan, proses persalinan, dan menyusui (Kemenkes, 2012). Di negara industri transmisi HIV dari ibu ke fetus sebesar 15-25%, sementara di negara berkembang sebesar 25-35%. Tingginya angka transmisi ini berkaitan dengan tingginya kadar virus dalam plasma ibu (Facusi, AS, et al, 2008).

2.2 Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS)

2.2.1 Definisi KTS

VCT atau dalam Bahasa Indonesia Konseling dan Testing HIV/AIDS Sukarela adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi, dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggung jawab, pengobatan ARV, dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS (Kemenkes, 2005). KTS merupakan pintu masuk dalam pencegahan dan perawatan HIV secara berkelanjutan, dimana dari KTS maka dapat dilakukan upaya:

1. Penerimaan status dan perawatan diri klien
2. Fasilitasi perubahan perilaku klien
3. Fasilitasi pencegahan penularan HIV/AIDS dari Ibu ke Bayi
4. Manajemen dini infeksi oportunistik & Infeksi Menular Seksual (IMS) serta pengenalan ARV
5. Terapi pencegahan & perawatan reproduksi
6. Rujukan dan dukungan sosial/sebaya
7. Normalisasi kasus HIV/AIDS
8. Perencanaan masa depan klien

2.2.2 Prinsip Pelayanan KTS

Prinsip pada pelayanan KTS terdiri dari 4 (Kemenkes, 2005), yaitu:

1. Sukarela

Pemeriksaan HIV dilaksanakan jika klien menyetujui tanpa ada paksaan atau tekanan, kecuali testing HIV yang dilakukan dalam donor darah di unit transfusi dan tranplatasi jaringan, organ tubuh dan sel.

2. Saling Mempercayai Dan Terjaminnya Konfidensialitas

Layanan harus bersifat profesional, menghargai hak dan martabat semua klien. Semua informasi yang disampaikan klien harus dijaga kerahasiaanya oleh konselor dan petugas kesehatan, tidak diperkenankan didiskusikan di luar konteks kunjungan klien. Semua informasi tertulis harus disimpan dalam tempat yang tidak dapat dijangkau oleh pihak yang tidak berkepentingan. Untuk penanganan kasus klien selanjutnya dengan seizin klien, informasi kasus dari diri klien dapat diketahui.

3. Mempertahankan Hubungan Relasi Konselor-Klien Yang Efektif

Konselor mendukung klien untuk kembali mengambil hasil testing dan mengikuti pertemuan konseling pasca testing untuk mengurangi perilaku berisiko. Dalam KTS dilihat juga respon

dan perasaan klien dalam menerima hasil testing dan tahapan penerimaan hasil testing positif.

4. Testing merupakan Salah Satu Komponen Dari KTS

Penerimaan hasil testing akan dilanjutkan dengan tahapan KTS selanjutnya, yaitu konseling pasca testing oleh konselor yang sama atau konselor lainnya yang disetujui oleh klien.

2.2.3 Model Layanan KTS

1. Mobile KTS (penjangkauan dan keliling)

Model layanan KTS ini dapat dilaksanakan oleh LSM atau layanan kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat yang memiliki perilaku berisiko tertular HIV/AIDS di wilayah tertentu. Layanan ini diawali dengan survei terhadap kelompok masyarakat di wilayah tersebut tentang layanan kesehatan dan layanan dukungan lainnya yang berkaitan dengan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di daerah tersebut (Kemenkes, 2005).

2. Statis KTS (klinik KTS tetap)

Statis KTS adalah layanan KTS yang terintegrasi dengan sarana kesehatan, yaitu menjadi bagian dari sarana kesehatan yang telah ada. Sarana kesehatan yang dapat melakukan KTS harus memiliki kemampuan memenuhi kebutuhan masyarakat akan konseling dan testing HIV/AIDS, layanan pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan terkait dengan HIV/AIDS. Contoh dari statis KTS, yaitu: KTS di Rumah Sakit dan Puskesmas (Kemenkes, 2005).

2.2.4 Sasaran KTS

Sasaran KTS adalah masyarakat yang membutuhkan pemahaman diri akan status HIV agar dapat mencegah dirinya dari penularan infeksi penyakit yang lain dan penularan kepada orang lain. Adaptasi untuk pelayanan KTS memiliki sasaran antara lain: pengungsi, narapidana, penjaja seks, lelaki suka berhubungan seks

dengan lelaki, kaum migrant, tentara militer, manajemen pajanan okupasional, pencegahan penularan ibu hamil ke anak (PPIA), anak dan remaja korban kekerasan seksual, mereka yang tidak dapat memberikan persetujuan karena keterbatasan fisik dan mental, pasien TB, dan pasien IMS (Kemenkes, 2005). Penelitian di 20 negara Asia menyatakan hanya 8% dari kelompok LSL yang memperoleh layanan pencegahan HIV dan 75% dari negara tersebut tidak memasukkan program penanganan dan pencegahan HIV/AIDS pada program nasional (UNAIDS, 2007).

2.2.5 Dana

Dana adalah anggaran yang dibutuhkan dalam operasional kegiatan KTS dan untuk pelatihan dan dukungan bagi tenaga kesehatan (UNAIDS, 2000). Penelitian di Jember menyebutkan bahwa dalam pembiayaan pelayanan KTS di wilayah tersebut mendapat dukungan dari *Global Fund* untuk insentif petugas, pembelian reagen, bahan habis pakai, dan ARV, sedangkan pemerintah daerah bertanggung dalam pembiayaan infeksi oportunistik (Baroya & Sulistiyani, 2008)

2.2.6 Sarana, Prasarana, dan Sumber Daya Manusia

2.2.6.1 Sarana

1. Papan nama/ petunjuk

Papan petunjuk lokasi dipasang secara jelas sehingga memudahkan akses klien ke klinik KTS, demikian juga di depan ruang klinik KTS dipasang papan bertuliskan pelayanan KTS

2. Ruang tunggu

Ruang tunggu yang nyaman hendaknya di depan ruang konseling atau di samping tempat pengambilan sampel darah.

Dalam ruang tunggu tersedia:

- a. Materi KIE: poster, *leaflet*, brosur yang berisi bahan pengetahuan tentang HIV/AIDS, IMS, KB, ANC, TB,

- hepatitis, penyalahgunaan Napza, perilaku sehat, nutrisi, pencegahan penularan, dan seks yang aman
- b. Informasi prosedur konseling dan testing
 - c. Kotak saran
 - d. Tempat sampah, tissue, dan persediaan air minum
 - e. Bila memungkinkan, disediakan TV, video, dan mainan anak
 - f. Buku catatan tessepsionis untuk perjanjian klien, jika memungkinkan komputer untuk mencatat data
 - g. Meja dan kursi yang tersedia dan nyaman
 - h. Kalender

Sesudah jam layanan selesai, ruang ini dapat dipakai untuk dinamika kelompok, diskusi, proses edukasi, pertemuan para konselor, dan pertemuan pengelola layanan konseling dan jejaringnya.

3. Jam Kerja Layanan

Jam kerja layanan KTS mengikuti jam kerja institusi pelayanan kesehatan setempat. Dibutuhkan jumlah konselor yang cukup, sehingga klien tidak harus menunggu lama. Layanan konseling penjangkauan (Mobile KTS) dilakukan atas kesanggupan jam kerja para penjangkau dan ketersediaan waktu klien. Oleh karena itu, jam kerja KTS disesuaikan dengan jam kerja pelayanan kesehatan lain yang terkait konseling dan testing seperti KIA, TB, IMS, dan IDU

4. Ruang Konseling

Ruang konseling harus nyaman, terjaga kerahasiaannya, dan terpisah dari ruang tunggu dan ruang pengambilan darah. Ruang konseling dilengkapi dengan:

- a. Tempat duduk bagi klien maupun konselor
- b. Buku catatan perjanjian klien dan catatan harian, formulir *informed concent*, catatan medis klien, formulir pra dan

paska testing, buku rujukan, formulir rujukan, kalender, dan alat tulis.

- c. Kondom dan alat peraga penis, jika memungkinkan alat peraga alat reproduksi perempuan.
- d. Gambar penyakit oportunistik dan alat peraga menyuntik yang aman.
- e. Buku resep gizi seimbang
- f. Tisu
- g. Air minum
- h. Kartu rujukan
- i. Lemari arsip atau lemari dokumen yang dapat dikunci

Ruang konseling sebaiknya cukup luas untuk 2 atau 3 orang, dengan penerangan yang cukup untuk membaca dan menulis, ventilasi lancar, suhu yang nyaman untuk kebanyakan orang. Pohan (2007) menyatakan kenyamanan tidak berhubungan langsung dengan efektivitas layanan kesehatan, tetapi mempengaruhi kepuasan klien sehingga membuat klien kembali ke layanan. Pasien yang merasa nyaman dengan pelayanan kesehatan yang diberikan akan memberikan penilaian yang baik tentang pelayanan kesehatan di tempat tersebut dan menganggapnya sebagai pelayanan kesehatan yang berkualitas (Satriani, dkk, 2012).

5. Ruang pengambilan darah

Lokasi ruang pengambilan darah harus dekat dengan ruang konseling, jadi dapat terpisah dari ruang laboratorium. Peralatan yang harus ada dalam ruang pengambilan darah adalah:

- a. Jarum dan semprit steril
- b. Tabung dan botol tempat penyimpanan darah
- c. Stiker kode
- d. Kapas alkohol
- e. Cairan desinfektan
- f. Sarung tangan karet

- g. Apron plastic
- h. Sabun dan tempat cuci tangan dengan air mengalir
- i. Tempat sampah barang terinfeksi, barang tidak terinfeksi, dan barang tajam (sesuai petunjuk kewaspadaan Universal Kementerian Kesehatan)
- j. Petunjuk pajanan okupasional dan alur permintaan pertolongan paska pajanan okupasional

6. Ruang petugas kesehatan dan petugas non kesehatan.

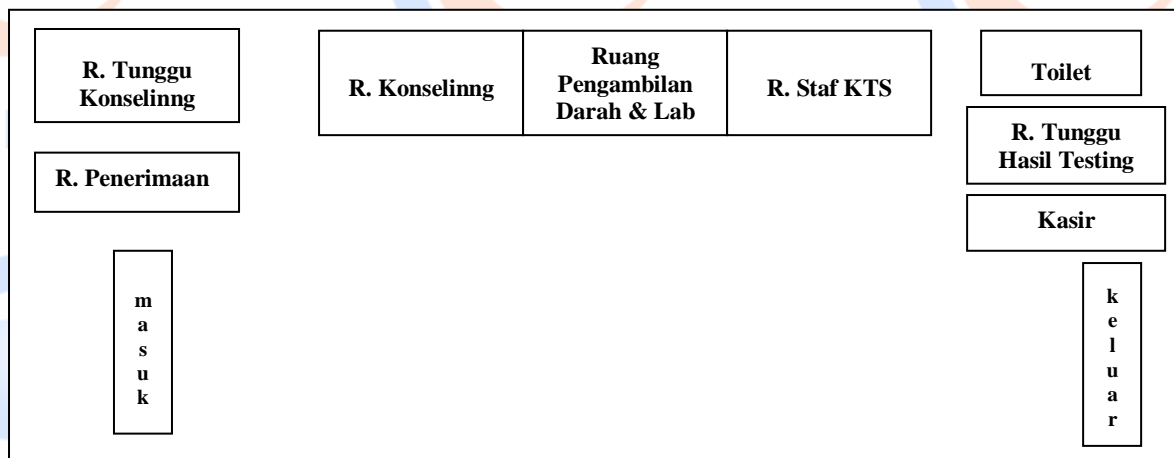
Ruang ini berisi: Meja dan kursi, Tempat pemeriksaan fisik, Stetoskop & tensimeter, Kondom dan alat peraga penggunaannya, KIE HIV/AIDS dan infeksi oportunistik, Blanko resep, dan Alat timbangan badan

7. Ruang laboratorium

Di dalam sarana kesehatan, laboratorium berada di bagian Patologi Klinik atau di layanan KTS sendiri. Materi yang harus tersedia dalam laboratorium adalah

- a. Reagen untuk testing dan peralatannya
- b. Sarung tangan karet
- c. Jas laboratorium
- d. Lemari pendingin
- e. Alat selat sentrifusi
- f. Ruang penyimpanan *testing-kit*, barang habis pakai
- g. Buku-buku tesgister (stok barang habis pakai, penerimaan sampel, hasil testing, penyimpanan sampel, kecelakaan okupasional), dan komputer pencatat
- h. Cap tanda Positif atau Negatif
- i. Cairan desinfektan
- j. Pedoman testing HIV
- k. Pedoman pajanan okupasional
- l. Lemari untuk menyimpan arsip yang dapat dikunci

Lokasi sarana dalam layanan KTS dapat terlihat secara jelas dari contoh gambar di bawah ini (Gambar 2.1).



Gambar 2.1 Contoh Denah Layanan KTS

Sumber: Pedoman KTS (Kemenkes, 2005)

2.2.6.2 Prasarana

1. Aliran Listrik

Dibutuhkan aliran listrik untuk penerangan yang cukup baik untuk membaca dan menulis, serta untuk alat pendingin ruangan

2. Air

Diperlukan air yang mengalir untuk menjaga kebersihan ruangan dan mencuci tangan serta membersihkan alat-alat

3. Sambungan telepon

Diperlukan sambungan telepon, terutama untuk berkomunikasi dengan layanan terkait.

4. Pembuangan limbah padat dan limbah cair

Mengacu kepada pedoman pelaksanaan kewaspadaan baku dan kewaspadaan transmisi di pelayanan kesehatan tentang pengelolaan limbah yang memadai.

2.2.6.3 Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia pada layanan KTS merupakan petugas yang bertanggung jawab atas konfidensialitas klien, terdiri dari:

1. Kepala klinik KTS

Kepala klinik KTS adalah seorang yang memiliki keahlian manajerial dan program terkait pengembangan layanan KTS

dan penanganan program perawatan, dukungan, dan pengobatan HIV/AIDS. Kepala klinik KTS bertanggung jawab terhadap Direktur Utama atau Direktur Pelayanan. Kepala klinik KTS mengelola seluruh pelaksanaan kegiatan di dalam/ di luar unit, serta bertanggung jawab terhadap seluruh kegiatan yang berhubungan dengan institusi pelayanan lain yang berkaitan dengan HIV/AIDS.

Tugas kepala klinik KTS:

- a. Menyusun perencanaan kebutuhan operasional
- b. Mengawasi pelaksanaan kegiatan
- c. Mengevaluasi kegiatan
- d. Bertanggung jawab untuk memastikan bahwa layanan secara keseluruhan berkualitas sesuai dengan pedoman KTS yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan RI
- e. Mengkoordinir pertemuan berkala dengan seluruh staf konseling dan testing, minimal satu bulan sekali
- f. Melakukan jejaring kerja dengan rumah sakit, lembaga-lembaga yang bergerak dalam bidang KTS untuk memfasilitasi pengobatan, perawatan, dukungan
- g. Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan setempat dan Kementerian Kesehatan RI serta pihak terkait lainnya.
- h. Melakukan monitoring internal dan penilaian berkala kinerja seluruh petugas layanan KTS, termasuk konselor KTS
- i. Mengembangkan standar prosedur operasional pelayanan KTS
- j. Memanfaatkan sistem atau mekanisme monitoring dan evaluasi layanan yang tepat
- k. Menyusun dan melaporkan laporan bulanan dan laporan tahunan kepada Dinas Kesehatan setempat
- l. Memastikan logistik terkait dengan KIE dan bahan lain yang dibutuhkan dalam pelayanan KTS

m. Memantapkan pengembangan diri melalui pelatihan dan peningkatan keterampilan dan pengetahuan HIV/AIDS

2. Sekretaris/Administrasi

Sekretaris/ administrasi adalah seorang yang memiliki keahlian di bidang administrasi dan bertalantar belakang minimal setingkat SLTA. Tugas sekretaris/administrasi:

- a. Bertanggung jawab terhadap kepala unit KTS
- b. Bertanggung jawab terhadap pengurusan perizinan klinik KTS dan registrasi konselor KTS
- c. Melakukan surat menyurat dan administrasi terkait
- d. Melakukan tata laksana dokumen, pengarsipan, melakukan Pengumpulan, pengolahan, dan analisis data
- e. Membuat pencatatan dan pelaporan

3. Koordinator Pelayanan Medis

Koordinator pelayanan medis adalah seorang dokter yang bertanggung secara teknis medis dalam penyelenggaraan layanan KTS. Koordinator pelayanan medis bertanggung jawab kepada kepala klinik KTS. Tugas Koordinator pelayanan medis:

- a. Melakukan koordinasi pelaksanaan pelayanan medis
- b. Melakukan pemeriksaan medis, pengobatan, perawatan maupun tindak lanjut terhadap klien
- c. Melakukan rujukan (pemeriksaan penunjang, laboratorium, dokter ahli, dan konseling lanjutan)
- d. Melakukan konsultasi kepada dokter ahli
- e. Membuat laporan kasus

4. Koordinator Pelayanan Non Medis

Koordinator pelayanan non medis adalah seorang yang mampu mengembangkan program perawatan, dukungan dan pengobatan HIV/AIDS terkait psikologis, sosial, dan hukum. Koordinator pelayanan non medis minimal sarjana

kesehatan/non kesehatan yang berlatar belakang pendidikan sarjana psikologi atau ilmu sosial yang sudah terlatih KTS.

Tugas koordinator pelayanan non medis:

- a. mengusulkan perencanaan kegiatan dan kebutuhan operasional
- b. Melakukan koordinasi dengan konselor dan petugas manajemen kasus
- c. Menyelenggarakan layanan KTS sesuai dengan pedoman nasional Kementerian Kesehatan RI
- d. Membantu melakukan jejaring kerja dengan rumah sakit, lembaga-lembaga yang bergerak dalam bidang KTS untuk memfasilitasi pengobatan, perawatan dan dukungan
- e. Melakukan monitoring internal dan penilaian berkala kinerja konselor KTS dan manajer kasus
- f. Mengembangkan dan melaksanakan standar prosedur operasional pelayanan KTS
- g. Mengajukan draft laporan bulanan dan laporan tahunan kepada kepala klinik KTS
- h. Menyiapkan logistik terkait dengan KIE dan alat peraga yang dibutuhkan untuk pelayanan KTS
- i. Memantapkan pengembangan diri melalui pelatihan peningkatan keterampilan dan pengetahuan HIV/AIDS

5. **Konselor KTS**

Konselor KTS adalah tenaga kesehatan atau non kesehatan yang telah mengikuti pelatihan KTS. Tenaga konselor KTS minimal dua orang dan tingkat pendidikan konselor KTS minimal adalah SLTA. Tugas konselor KTS adalah:

- a. mengisi kelengkapan pengisian formulir klien, pendokumentasian dan pencatatan konseling klien dan menyimpannya agar terjaga kerahasiaannya
- b. Pembaruan data dan pengetahuan HIV/AIDS

- c. Membuat kekarung eksternal dengan layanan pencegahan dan dukungan di masyarakat dan jejaring internal dengan berbagai bagian rumah sakit yang terkait
- d. Memberikan informasi HIV/AIDS yang relevan dan akurat, sehingga klien merasa berdaya untuk membuat pilihan untuk melaksanakan testing atau tidak.
- e. Menjaga agar informasi yang disampaikan oleh klien kepada konselor bersifat pribadi dan rahasia. Selama konseling paska testing, konselor harus memberikan informasi lebih lanjut, seperti: dukungan psikososial dan rujukan. Informasi ini diberikan baik kepada klien dengan HIV positif atau negatif
- f. Pelayanan khusus diberikan kepada kelompok perempuan dan mereka yang dipinggirkan, sebab mereka sangat rawan terhadap tindakan kekerasan dan diskriminasi.

6. Petugas manajemen kasus

Petugas manajemen kasus adalah tenaga non kesehata yang telah mengikuti pelatihan manajemen kasus dengan pendidikan minimal SLTA. Tugas petugas manajemen kasus adalah:

- a. Bertanggung jawab untuk penggalan kebutuhan klien, terkait dengan kebutuhan psikologis, sosial, dan mengkoordinasi pelayanan komprehensif
- b. Berpartisipasi dalam penanganan kegiatan advokasi yang sesuai
- c. Mengadakan kunjungan ke rumah klien sesuai dengan kebutuhan
- d. Menyiapkan klien dan keluarga dengan informasi HIV/AIDS dan dukungan dengan tepat dan sesuai
- e. Melakukan rujukan ke sarana pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh klien
- f. Berpartisipasi dalam supervisi dan monitoring rutin terjadwal untuk konselor/petugas manajemen kasus.

- g. Membantu penanganan perawatan di rumah

7. Petugas laboratorium

Petugas laboratorium minimal petugas pengambil darah yang berlatar belakang perawat. Petugas laboratorium telah mengikuti pelatihan tentang teknik memproses testing HIV dengan cara ELISA, testing cepat, dan mengikuti algoritma testing yang diadopsi dari WHO. Tugas petugas laboratorium adalah;

- a. Mengambil darah klien sesuai SOP
- b. Melakukan pemeriksaan laboratorium sesuai prosedur dan standar laboratorium yang telah ditetapkan
- c. Menerapkan kewaspadaan baku dan transmisi
- d. Melakukan pencegahan paska pajanan okupasional
- e. mengikuti perkembangan kemajuan teknologi pemeriksaan laboratorium
- f. mencatat hasil testing HIV dan menyesuaikan dengan nomor identifikasi klien
- g. Menjaga kerahasiaan hasil testing HIV
- h. Melakukan pencatatan, menjaga kerahasiaan, dan merujuk ke laboratorium rujukan

2.2.7 Tata Laksana Pelayanan KTS

2.2.7.1 Tahapan Pelayanan KTS

1. Konseling Pra Testing

Penatalaksanaan pada konseling pra testing adalah:

- a. Penerimaan klien:
 - Menginformasikan kepada klien tentang pelayanan tanpa nama (anonimus) sehingga nama tidak dinyatakan
 - Memastikan klien datang tepat waktu dan tidak menunggu
 - Menjelaskan tentang prosedur KTS

- Membuat catatan rekam medik klien dan memastikan setiap klien mempunyai nomor kodenya sendiri
- b. **Konseling pra testing HIV/AIDS**
 - Memeriksa ulang nomor kode klien dalam formulir
 - Melakukan perkenalan dan arahan
 - membangun kepercayaan klien pada konselor yang merupakan dasar utama terjalinnya hubungan yang baik dan saling memahami
 - Menanyakan alasan kunjungan dan klarifikasi tentang fakta dan mitos tentang HIV/AIDS
 - Melakukan penilaian risiko untuk membantu klien mengetahui faktor risiko dan menyiapkan diri untuk pemeriksaan darah
 - Memberikan pengetahuan akan dampak terinfeksi atau tidak terinfeksi HIV dan memfasilitasi diskusi tentang cara menyesuaikan diri dengan staus HIV
 - Konselor KTS harus dapat membuat keseimbangan antara pemberian informasi, penilaian risiko dan merespon kebutuhan emosi klien
 - Konselor KTS melakukan penilaian sistem dukungan
 - Klien memberikan persetujuan tertulisnya dalam bentuk *Informed Consent* sebelum dilakukan testing HIV/AIDS (Kemenkes, 2012)

2. *Informed Consent*

Semua klien sebelum menjalani testing HIV harus memberikan persetujuan tertulis dalam bentuk formulir *informed consent*.

Aspek penting di dalam persetujuan ini adalah:

- Klien telah diberi penjelasan cukup tentang risiko dan dampak sebagai akibat dari tindakannya dan klien menyetujuinya

- Klien mempunyai kemampuan menangkap pengertian dan mampu menyatakan persetujuannya (secara intelektual dan psikiatris)
- Klien tidak dalam paksaan untuk memberikan persetujuan meski konselor memahami bahwa mereka sangat memerlukan pemeriksaan HIV
- Untuk klien yang tidak mampu mengambil keputusan bagi dirinya karena keterbatasan dalam memahami informasi, maka konselor harus berlaku jujur dan objektif dalam menyampaikan informasi sehingga klien memahami dengan benar dan dapat menyatakan persetujuannya (Kemenkes, 2012).

3. Testing HIV

Pada tahapan testing HIV yang dilakukan adalah untuk menegakkan diagnosis. Testing HIV terdiri dari serangkaian tes yang berbeda karena perbedaan prinsip yang digunakan. Testing yang digunakan adalah testing serologis untuk mendeteksi antibodi HIV dalam serum atau plasma. Spesimen adalah darah klien yang diambil secara intravena, plasma, atau serumnya. Penggunaan metode testing cepat (*rapid test*) memungkinkan klien mendapatkan hasil tes pada hari yang sama. Tujuan testing HIV ada 4, yaitu: 1) untuk membantu menegakkan diagnosis, 2) pengamanan darah donor (skrining), 3) untuk surveilans, dan 4) untuk penelitian. Seperti yang dijelaskan sebelumnya bahwa serangkaian testing berbeda, yaitu diagnosis HIV harus memperhatikan gejala atau tanda klinis serta prevalensi HIV di wilayah. Prevalensi HIV di atas 30% digunakan strategi I, prevalensi HIV untuk di atas 10% dan dibawah 30% dapat menggunakan strategi II menggunakan reagen yang berbeda sensitifitas dan spesifisitasnya, dan untuk prevalensi HIV di bawah 10% dapat menggunakan strategi III, menggunakan tiga jenis reagen yang berbeda sensitifitas dan

spesifisitasnya (Kemenkes, 2012). Ketepatan metode tes HIV yang digunakan di layanan dan upaya meminimalkan kesalahan dalam penentuan hasil dari tes HIV dengan melakukan kontrol kualitas (*quality control*).

4. Konseling pasca testing

Konseling pasca testing membantu klien memahami dan menyesuaikan diri dengan hasil testing. Dalam tahapan ini, konselor mempersiapkan klien untuk menerima hasil testing, memberikan hasil testing, dan menyediakan informasi selanjutnya (Kemenkes, 2012). Penatalaksanaan konseling pasca testing adalah:

a. Penerimaan klien

- Memanggil klien secara wajar
- Memastikan klien datang tepat waktu dan tidak menunggu

b. Pedoman penyampaian hasil testing negatif

- Memeriksa kemungkinan terpapar dalam periode jendela
- Membuat ikhtisar dan menggali lebih lanjut berbagai hambatan untuk seks yang aman, pemberian makanan pada bayi dan penggunaan jarum suntik yang aman
- Memeriksa kembali reaksi emosi klien
- Membuat rencana lebih lanjut

c. Pedoman penyampaian hasil testing positif

- Memperhatikan komunikasi non verbal saat memanggil klien memasuki ruang konseling
- Memastikan klien siap menerima hasil
- Menjaga kerahasiaan
- Menyampaikan hasil secara jelas dan langsung
- Menyediakan waktu cukup kepada klien untuk menyerap informasi tentang hasil
- Menjelaskan dengan tenang arti hasil pemeriksaan

- Menggali ekspresi dan emosi klien

d. Menerangkan secara ringkas tentang:

- Fasilitas untuk tindak lanjut dan dukungan
- Strategi mekanisme penyesuaian diri
- Memberikan klien kesempatan untuk mengajukan pertanyaan

e. Konfidensialitas

Konselor bertanggung jawab mengkomunikasikan secara jelas perluasan konfidensialitas yang ditawarkan kepada klien. Perluasan konfidensialitas artinya rahasia status dari klien diperluas kepada orang lain. Orang lain adalah anggota keluarga, orang yang dicintai, orang yang merawat, teman yang dipercaya, atau rujukan pelayanan lainnya.

f. KTS dan Etik Pemberitahuan kepada pasangan

Dalam konteks HIV/AIDS, UNAIDS dan WHO mendorong pengungkapan status HIV/AIDS. Pengungkapan bersifat sukarela, menghargai otonomi dan martabat individu yang terinfeksi, mempertahankan kerahasiaan sebisa mungkin sehingga lebih menguntungkan individu, pasangan seksual, dan keluarga, membawa keterbukaan lebih besar kepada masyarakat tentang HIV/AIDS, dan memenuhi etik sehingga memaksimalkan hubungan baik antara mereka yang terinfeksi dan tidak.

5. Pelayanan Dukungan Berkelanjutan

Pelayanan dukungan berkelanjutan dapat berupa: konseling lanjutan, kelompok dukungan KTS, pelayanan penangan manajemen kasus, perawatan dan dukungan, layanan psikiatrik, dan rujukan (Kemenkes, 2005). KTS dapat menerima rujukan dari fasilitas kesehatan manapun dan merujuk ke fasilitas kesehatan lanjutan jika dibutuhkan penanganan yang tidak tersedia di layanan. Penelitian di Papua Nugini menyebutkan

bahwa ketersediaan layanan yang menyediakan KTS semakin banyak jumlah pada tahun 2013, tetapi pelayanan rujukan yang terbatas menyebabkan klien banyak yang tidak dapat tertangani, sehingga menyebabkan *loss to follow up* (Peter Godwin, et al, 2013)

6. Promosi Pelayanan KTS

Promosi KTS dilaksanakan berdasarkan sasaran, tempat, waktu, dan metode yang digunakan dengan tujuan merubah perilaku masyarakat sehingga tergerak untuk memanfaatkan KTS. Promosi KTS harus dapat dilakukan dengan cara edukatif melalui berbagai media dengan melakukan pemasaran sosial dan membuat publik sadar akan keberadaan KTS.

7. Kendali Mutu KTS

Untuk menjaga kualitas layanan KTS harus dilakukan pengukuran kinerja petugas, kepuasan pelanggan atau klien, dan menilai ketepatan protokol konseling dan testing. Metode yang digunakan misalnya dalam konseling KTS klien diberikan kesempatan untuk mengisi formulir kepuasan pelanggan, lalu pada testing dilakukan supervisi laboratorium secara berkala dan validasi peralatan testing HIV (Kemenkes, 2005). Salah satu kunci utama klien kembali melanjutkan konseling adalah sikap dari konselor. Penelitian di Durban (2012) menyebutkan bahwa klien memutuskan untuk datang kembali ke layanan karena konselor dapat menjelaskan informasi yang dapat dengan mudah dimengerti (Mujiyambere, 2012)

2.2.8 Pembinaan dan Pengawasan

Pembinaan dan pengawasan pelayanan KTS dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan/Kota Madya setempat. Kegiatan pembinaan dan pengawasan meliputi:

- Pencatatan dan Pelaporan

Dokumen klien disimpan di tempat terkunci dan hanya bisa diakses oleh petugas yang berwenang dan diarsipkan sesuai dengan prinsip catatan medik pasien di sarana kesehatan. Pelaporan KTS di sarana kesehatan dilaporkan sesuai standar baku untuk pencatatan medik, data yang dilaporkan adalah: data jumlah klien yang melaksanakan konseling, testing, yang hasilnya negatif, positif, interdeterminan atau diskordan, yang dapat dianalisa setiap tahun untuk perbaikan kinerja

- Perijinan
Izin mendirikan dan terdaftar menyelenggarakan layanan KTS diberika oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota Madya setempat. Sedangkan layanan KTS yang terintegrasi dengan layanan kesehatan, izin dikaitkan dengan izin operasional institusi kesehatan dimaksud sesuai dengan hukum yang berlaku.
- Pelatihan Konselor
Pelatihan konselor dapat dilakukan oleh atau bekerja sama antara penyelenggara dari masyarakat dengan Kementerian Kesehatan/ Dinas Kesehatan setempat. Pelatihan yang diselenggarakan harus kompeten/ profesional dengan menggunakan Modul Konseling dan Testing secara Sukarela HIV Depkes RI tahun 2000/2004. Pada akhir pelatihan, konselor akan mendapatkan sertifikat yang ditandatangani oleh pejabat yang berwenang. Modul pelatihan konselor terdiri dari modu dasar dan modul khusus dengan sasaran tertentu (Migran, Populasi berpindah-pindah, IDU, narapidana, PPIA, pekerja seks, LSL)

- Registrasi Konselor
Untuk melaksanakan KTS, para konselor yang telah bersertifikat perlu mendaftar diri melalui lembaganya ke Dinas Kesehatan setempat dan dalam melaksanakan fungsinya mereka dibawah bimbingan/ pengawasan konselor KTS profesional.
- Dukungan Konselor
Untuk menghindari kejenuhan dan menjaga mutu konselor, perlu diberikan dukungan dan pembelajaran melalui pertemuan berkala dengan supervisor yang profesional dengan cara: berbagi beban mental dan pengalaman selama menghadapi klien, meningkatkan pemahaman dan keterampilan konseling, memperbarui pengetahuan HIV/AIDS.
(Kemenkes, 2005)

2.3 Puskesmas

Puskesmas adalah suatu satuan organisasi yang diberikan kewenangan kemandirian oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota untuk melaksanakan tugas-tugas operasional pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan (Kemenkes, 2002). Puskesmas merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama dimana dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia dilaksanakan melalui kerja sama timbal balik antara masyarakat dengan puskesmas beserta rujukannya (Azwar, 1980).

Fungsi Puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan.

Puskemas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu Puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan Puskesmas adalah

mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

2. Pusat Pemberdayaan Masyarakat

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya, serta ikut menerapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

3. Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas meliputi :

a. Pelayanan Kesehatan Perseorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan. Tanpa mengabaikan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk Puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*). Dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga,

keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sehingga bertanggung jawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sebaliknya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggungjawab membina dan memberikan bantuan administratif dan teknis kepada Puskesmas. Dalam menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat, Puskesmas menjalin kerjasama dengan unit pelayanan kesehatan rujukan (rumah sakit, balai kesehatan paru masyarakat, balai kesehatan olahraga masyarakat, balai kesehatan kerjamasyarakat, balai kesehatan mata masyarakat, balai kesehatan indera masyarakat, balai teknik kesehatan lingkungan, balai laboratorium kesehatan dll).

Upaya kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas terdiri dari upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan. Upaya kesehatan wajib Puskesmas adalah Upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah :

1. Upaya promosi Kesehatan
2. Upaya Kesehatan Lingkungan
3. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
4. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
5. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit menular
5. Upaya Pengobatan

Sedangkan upaya kesehatan pengembangan Puskesmas adalah upaya selain dari upaya kesehatan wajib, yang ditetapkan berdasarkan permasalahan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas.

2.3.1 Konsep Pengendalian HIV/AIDS di Puskesmas

Dalam upaya pengendalian HIV/AIDS di Indonesia, puskesmas dibekali pengetahuan mengenai konsep pengendalian penyakit HIV/AIDS melalui Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB). Layanan

tersebut menggunakan pendekatan sistematis dan komprehensif, serta dengan perhatian khusus pada kelompok kunci dan kelompok populasi yang sulit dijangkau.

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

LKB adalah pemberian layanan HIV & IMS secara paripurna, yaitu sejak dari rumah atau komunitas, ke fasilitas layanan kesehatan seperti puskesmas, klinik dan rumah sakit dan kembali ke rumah atau komunitas; jugaselama perjalanan infeksi HIV (semenjak belum terinfeksi sampai stadium terminal). Kegiatan ini harus melibatkan seluruh pihak terkait, baik pemerintah, swasta, maupun masyarakat (kader, LSM, kelompok dampingan sebaya, ODHA, keluarga, PKK, tokoh adat, tokoh agama dan tokoh masyarakat serta organisasi/kelompok yang ada di masyarakat). LKB juga memberikan dukungan baik aspek manajerial, medis, psikologis maupun sosial ODHA selama perawatan dan pengobatan untuk mengurangi atau menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya (Kemenkes, 2013). Komponen LKB terdiri dari 5 komponen utama dalam pengendalian HIV di Indonesia yaitu:

1. Pencegahan
2. Perawatan
3. Pengobatan
4. Dukungan, dan
5. Konseling

2.3.2 Unsur Utama Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB)

Unsur utama LKB dalam kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas terdiri dari 6 pilar (Kemenkes, 2013), yaitu:

1. Pilar 1: Koordinasi dan kemitraan dengan semua pemangku kepentingan di setiap lini.

Tujuan dari pilar 1 adalah mendapatkan dukungan dan keterlibatan aktif semua pemangku kepentingan. Dalam pengembangan layanan komprehensif HIV yang berkesinambungan perlu suatu mekanisme koordinasi dan kemitraan dengan semua pemangku kepentingan.

2. Pilar 2: Peran aktif komunitas termasuk ODHA dan Keluarga.

Tujuan pilar 2 adalah meningkatkan kemitraan, dan akseptabilitas layanan, meningkatkan cakupan, dan retensi, serta mengurangi stigma dan diskriminasi. Peningkatan peran serta ODHA dan kelompok dukungan sebaya secara efektif dalam meningkatkan kualitas layanan bagi ODHA secara umum.

3. Pilar 3: Layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat.

Tujuan pilar 3 adalah tersedianya layanan terintegrasi sesuai dengan kondisi setempat. Integrasi layanan dan desentralisasi pengelolaan sumber daya diadaptasi sesuai situasi epidemi HIV dan kondisi di kabupaten/kota (yaitu epidemi terkonsentrasi atau meluas, kapasitas sistem layanan kesehatan, LSM pemberi layanan, termasuk layanan bagi kelompok populasi kunci, dsb). Banyak layanan PDP yang menuju layanan “satu atap dan satu hari” yang sebaiknya terus diupayakan secara bertahap, dengan prioritas integrasi layanan HIV di layanan lainnya seperti di layanan TB, layanan IMS, KIA, KB, PTRM, LASS dan kesehatan reproduksi remaja.

4. Pilar 4: Paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan.

Tujuannya adalah tersedianya layanan berkualitas sesuai kebutuhan individu.

5. Pilar 5: Sistem rujukan dan jejaring kerja.

Tujuannya adalah adanya jaminan kesinambungan dan membentuk jaringan antara komunitas dan layanan kesehatan. Kunci keberhasilan dari LKB adalah sistem rujukan dan jejaring kerja yang akan menghasilkan perbaikan akses dan retensi dalam pengobatan.

6. Pilar 6: Akses Layanan Terjamin.

Tujuannya adalah terjangkaunya layanan baik dari sisi geografis, financial dan sosial, termasuk bagi kebutuhan populasi kunci.

2.4 Monitoring dan Evaluasi

Salah satu elemen penting dalam suatu program/ kegiatan adalah monitoring dan evaluasi, atau lebih dikenal dengan sistem monitoring dan evaluasi (M&E), berkaitan dengan tahapan dalam kegiatan lainnya, yaitu: perencanaan dan pelaksanaan/ implementasi program. Perbedaan mendasar antara monitoring dan evaluasi adalah monitoring dilakukan untuk menyediakan informasi apakah kebijakan atau program yang dilaksanakan sesuai rencana dalam upaya mencapai tujuan, sedangkan evaluasi melakukan penilaian lebih kompleks dari monitoring.

Monitoring menjadi alat yang efektif dalam manajemen untuk mengidentifikasi masalah dalam pelaksanaan program yang berbeda dari rencana untuk kemudian dicari penyelesaiannya. Dengan kata lain monitoring menjadi alat pendeteksi penyimpangan program. Evaluasi melihat dampak dari suatu program. Evaluasi dapat berupa apakah program berjalan sesuai tujuan awal, apa saja keuntungan yang diterima oleh penerima manfaat program, atau analisa biaya suatu program tersebut (Bappenas, 2008). Monitoring (sering disamakan dengan evaluasi proses) dapat diartikan sebagai sistem pengumpulan data/informasi secara regular dan terus menerus-menerus yang dapat menghasilkan indikator-

indikator perkembangan dan pencapaian suatu kegiatan program/proyek terhadap tujuan yang ditetapkan. Indikator tersebut berguna untuk pemangku program (*stakeholders*). Komponen dalam suatu program adalah:

1. Tujuan (*goal*) adalah sebuah objektif dengan kurun waktu pencapaian cukup panjang yang ingin dicapai oleh suatu organisasi, kebanyakan dinyatakan dengan ukuran nonteknis (kualitatif)
2. Sasaran (*target*) adalah tingkat pencapaian yang terukur (kuantitatif) yang ingin dicapai oleh suatu organisasi
3. Indikator adalah alat ukur untuk melihat tingkat pencapaian output terhadap sasaran dan tujuan yang ditetapkan
4. aktivitas/ masukan (*input*) adalah berbagai bentuk sumber daya dan kegiatan yang perlu dilakukan untuk mencapai sasaran dan tujuan yang ditetapkan (Bappenas, 2008)

2.5 Kerangka Kerja Logis dalam Mengevaluasi KTS

Dalam melakukan sistem monitoring dan evaluasi dapat digunakan *Logical Framework Approach* atau Kerangka Kerja Logis. *Logical Framework Approach* (LFA) adalah alat untuk membantu perencanaan dan implementasi program. Alat ini membantu pembuatan dan analisa tujuan dari pengembangan program serta asumsinya secara sistematis. LFA bersifat analitis bagi para perencana atau manajer dalam (AusAid, 2003):

1. Melakukan analisis situasional pada tahap penyiapan program
2. Menetapkan suatu hirarki logis dari tujuan yang ingin dicapai
3. Mengidentifikasi potensi risiko upaya pencapaian tujuan dan hasil yang berkelanjutan
4. Menetapkan suatu cara agar keluaran dan hasil proyek dapat dimonitor dan dievaluasi dengan baik
5. Menyajikan rangkuman proyek dalam format yang standar, dan
6. Memonitor dan mengkaji ulang pelaksanaan proyek

LFA terdiri dari 4 (empat) elemen, yaitu: masukan (*input*), keluaran (*output*), hasil (*outcome*), dan dampak (*impact*). Masukan (*input*) berupa sumber daya, seperti sumber daya manusia, finansial, dan sarana dan prasarana,

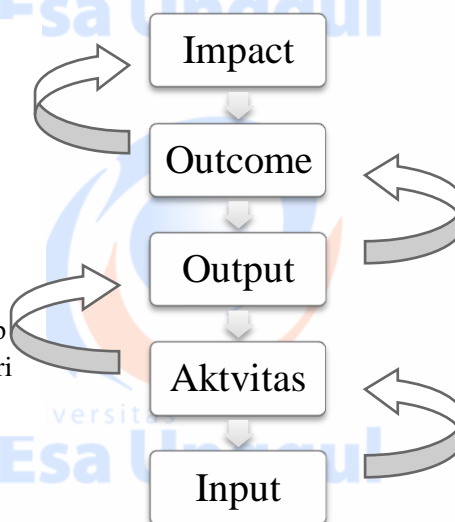
merupakan prasyarat pelaksanaan kegiatan-kegiatan proyek. Kegiatan-kegiatan tersebut menghasilkan keluaran (*output*) berupa barang dan jasa. Untuk melihat kecukupan masukan dan volume hasil dari kegiatan-kegiatan yang dilakukan diperlukan ukuran, yaitu indikator, yang pada kedua tahapan/fase ini menggunakan indikator antara (*intermediate indicators*). Dari rangkaian proses tersebut, selanjutnya diperoleh hasil (*outcomes*) dan dampak (*impact*) yang pada umumnya baru dapat dilihat setelah kurun waktu tertentu tergantung dari jenis proyek. Untuk mengukur dua element terakhir tersebut digunakan indikator akhir (*final indicators*).

Keempat elemen LFA (masukan, keluaran, dampak, dan hasil), selanjutnya dituangkan dalam suatu matriks kerangka kerja logis (*Logical Framework Matrix/LFM*) secara tepat dan jelas. Dalam pengisian bagan dalam matriks digunakan dua macam kerangka pikir logis, yaitu logika vertikal dan logika horisontal.

Logika vertikal digunakan untuk mengidentifikasi proyek yang akan dijalankan, mengklarifikasi hubungan sebab-akibat/jika-maka (*if-then causality*), serta menentukan asumsi-asumsi penting yang mendasari, dan ketidakpastian/risiko yang mungkin terjadi di luar kontrol (*necessary-sufficient condition*).

Jika perubahan perilaku terjadi organisasi, *maka* diharapkan perubahan terhadap sistem

Jika semua program terlaksana sesuai dengan rencana, *maka* target grup mendapatkan manfaat dari program



Jika hasil program dirasakan manfaatnya oleh target grup, *maka* diharapkan perubahan perilaku organisasi

Jika sumberdaya tercukupi, *maka* pelaksanaan program terlaksana

Gambar 2.2 Logika Vertikal dalam Kerangka Kerja Logis

Sumber: (AusAid, 2003)

Sedangkan logika horisontal menjelaskan tujuan/objektif yang ditetapkan dalam deskripsi proyek terukur sehingga ukuran tersebut dapat diverifikasi. Selain itu, logika horisontal juga membantu menentukan komponen pokok dalam evaluasi, seperti menentukan indikator yang digunakan untuk mengukur perkembangan pencapaian tujuan dan *mean of verifications*/MoV yang mendeskripsikan dengan jelas sumber data/informasi yang dibutuhkan, metode, penanggung jawab, dan waktu (frekuensi dan periode) pengumpulan data (AusAid, 2003).

Dalam pengisian LFM, yang pertama harus ditentukan adalah tujuan dari organisasi, kemudian diikuti dengan tujuan program/kegiatan, keluaran program/kegiatan, dan masukan yang disertai dengan indikator-indikator yang terukur sesuai dengan elemen LFM, termasuk sumber informasi indikator tersebut dapat diukur (metode dan sumber data). Untuk mempermudah pendeskripsian, di bawah ini tabel matriks kerangka kerja logis.

Tabel 2.1 Matriks Kerangka Kerja Logis

Deskripsi	Indikator	MoV	Asumsi
Dampak			
Hasil			
Keluaran			
Aktivitas			

Sumber: (AusAid, 2003)

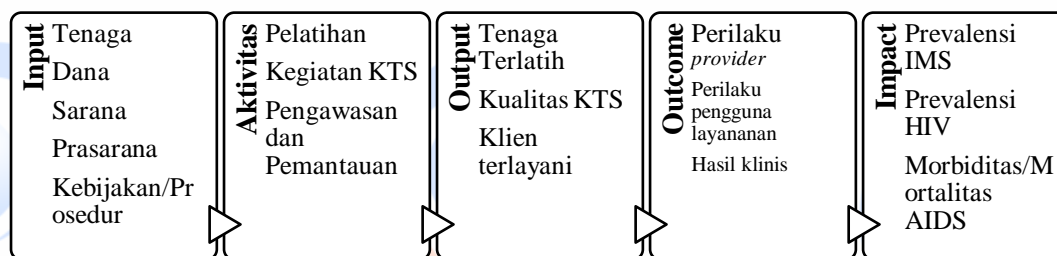
Dengan menggunakan LFA, kebutuhan informasi dapat dikelompokkan menjadi empat kategori berdasarkan peruntukannya, yaitu

1. **Monitoring input**, dilakukan untuk memonitor sumber daya yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program. Data dapat diperoleh dari catatan keuangan, personil, dan material,
2. **Monitoring program**, dilakukan untuk memonitor jenis dan pelaksanaan program. Data dapat diperoleh dari catatan administratif dan data statistik terkait,
3. **Monitoring penerima program (beneficiary)**, dilakukan untuk memonitor ketepatan sasaran, penggunaan, dan kesesuaian program

dengan kebutuhan pengguna. Data diperoleh melalui survei atau pengumpulan data yang spesifik,

4. **Evaluasi dampak**, dilakukan untuk memonitor dampak program terhadap kondisi pelaksanaan program. Seperti halnya monitoring penerima program, data untuk evaluasi dampak diperoleh melalui survei atau pengumpulan data yang spesifik.

Dalam Strategi Rencana dan Aksi Provinsi Penanggulangan HIV/ AIDS (SRAP) 2010-2014, disebutkan bahwa dalam monitoring evaluasi dalam penanggulangan HIV/AIDS menggunakan kerangka kerja yang sejenis dengan kerangka kerja logis (*Logical Framework*) seperti yang telah dijelaskan sebelumnya yaitu berupa: input, aktivitas, output, outcome, dan dampak terlihat seperti gambar di bawah ini:



Gambar 2.3 Kerangka Kerja Monitoring dan Evaluasi oleh KPAP

Sumber: SRAP 2013-2017 (KPAP DKI Jakarta, 2013)

Berdasarkan kerangka kerja pada Gambar 2.3, maka yang termasuk dalam indikator dalam layanan KTS adalah sebagai berikut;

- Indikator masukan adalah tenaga atau manusia yang terlibat, dana yang diperlukan untuk pelaksanaan kegiatan, kebijakan dan prosedur yang menjadi acuan layanan melaksanakan KTS
- Indikator aktivitas adalah kegiatan KTS itu sendiri, pelatihan tenaga kesehatan, dan supervisi kegiatan KTS secara rutin
- Indikator keluaran adalah kualitas dari tenaga kesehatan juga jumlah kunjungan klien untuk KTS sehingga persentase populasi berisiko yang menjadi target dari kegiatan KTS tercapai
- Indikator hasil adalah perubahan perilaku *provider*, perilaku klien, dan hasil klinis

- e. Indikator dampak adalah prevalensi IMS, prevalensi HIV, morbiditas, dan mortalitas AIDS

Pada tahun 2000, UNAIDS mengeluarkan alat yang digunakan sebagai panduan untuk mengevaluasi kegiatan pada KTS, dimana pada panduan ini dapat menilai untuk beberapa aspek, yaitu: komitmen pemangku kebijakan pusat/daerah dalam pelaksanaan kegiatan KTS, evaluasi operasional dan kegiatan KTS, kepuasan konselor sebagai tenaga kesehatan yang paling banyak akan berhubungan langsung dengan klien, kepuasan klien terhadap layanan yang diberikan, dan evaluasi keuangan terkait KTS (UNAIDS, 2000). Maka, dalam pelaksanaan kegiatan KTS menggunakan matriks kerangka kerja logis dapat terlihat pada tabel 2.2.

Tabel 2.2 Matriks Kerangka Kerja Logis dalam Pelaksanaan KTS

Deskripsi	Indikator	MoV	Asumsi
Dampak			
Penurunan Prevalensi HIV	Angka prevalensi HIV	Laporan KTS	Komitmen semua <i>stakeholder</i>
Penurunan Pevalensi IMS	Angka prevalensi IMS		
Penurunan Morbiditas/Mortalitas HIV	Angka morbiditas/mortalitas HIV		
Hasil			
Ketepatan hasil klinis	Tingkat ketepatan hasil tes HIV	Laporan KTS	Komitmen semua <i>stakeholder</i>
Meningkatnya Perilaku Aman pada Populasi Berisiko	Persentase populasi berisiko yang berperilaku aman	Survei Terpadu Biologi dan perilaku	Populasi berisiko ikut berperan aktif untuk berperilaku aman
Keluaran			
Kepuasan Klien	Tingkat kepuasan klien terhadap pelayanan KTS	Survei kepuasan klien	Komitmen semua <i>stakeholder</i>
Kepuasan Tenaga Kesehatan	Tingkat kepuasan tenaga kesehatan yang puas terhadap kinerjanya	Laporan kinerja pegawai	
Peningkatan Kapasitas Tenaga Kesehatan	Jumlah tenaga kesehatan yang terlatih dan terampil	Data kepegawaian	Pemahaman Nakes dalam setelah pelatihan
Peningkatan Jumlah populasi berisiko yang memanfaatkan KTS	Jumlah populasi berisiko yang memanfaatkan KTS	Laporan KTS	Sasaran kegiatan berpartisipasi aktif dalam KTS

Aktivitas

Pembinaan dan pengawasan	Frekuensi pembinaan dan pengawasan	Laporan KTS	Komitmen semua <i>stakeholder</i>
Pelatihan Tenaga Kesehatan	Frekuensi pelatihan tenaga kesehatan	Data kepegawaian	Komitmen semua <i>stakeholder</i>
Pelaksanaan KTS	Jumlah layanan yang terintegrasi dengan KTS	Laporan KTS	

2.6 Kerangka Teori

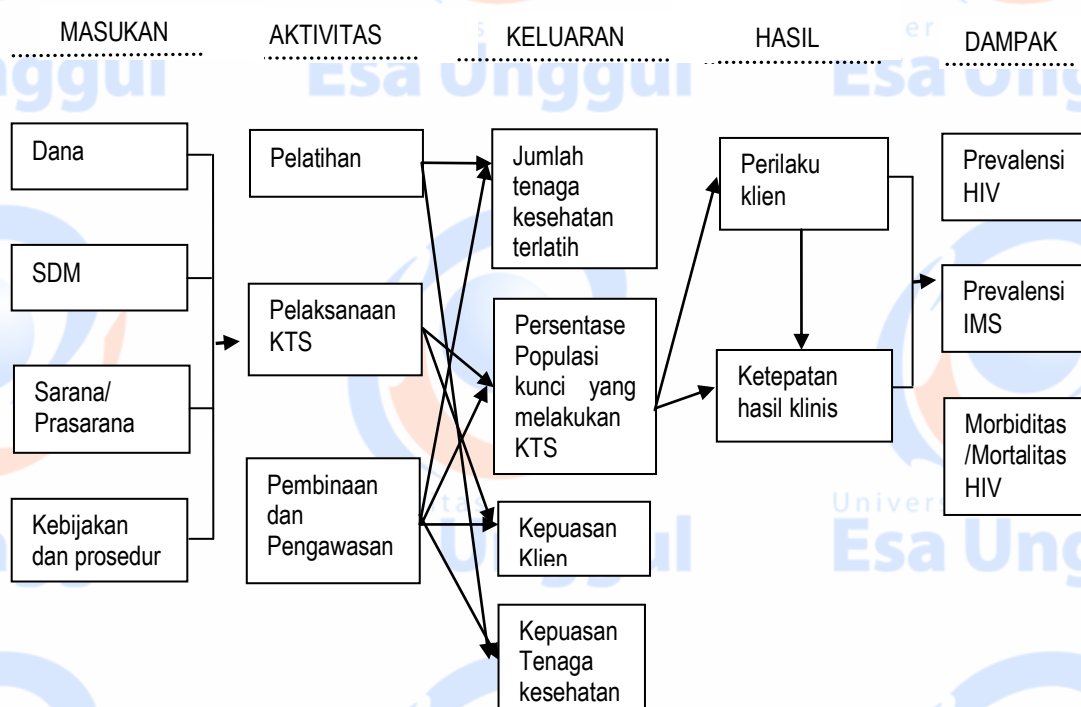
Kerangka kerja (*framework*) yang dikeluarkan oleh KPAP sebagai dasar untuk melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan KTS, meliputi masukan (segala sumber daya yang dibutuhkan dalam kegiatan KTS), aktifitas (proses kegiatan KTS), keluaran (meliputi kualitas dan cakupan dari program yang kemudian didapatkan persentase populasi berisiko yang memanfaatkan layanan, hasil (perubahan perilaku dari klien dan keefektifan KTS), dan dampak (penurunan prevalensi HIV dan morbiditas/mortalitas HIV/AIDS) (KPAP DKI Jakarta, 2013). Selanjutnya, peneliti menggabungkan alat untuk mengevaluasi kegiatan KTS dari UNAIDS yang terdiri dari komitmen pemangku kebijakan, kegiatan operasional KTS, kepuasan tenaga konselor, dan kepuasan klien (UNAIDS, 2000) ke dalam Kerangka Kerja Logis.

Pada gambar 2.4 dapat dilihat pada faktor masukan akan evaluasi dana yang terkait dengan SDM, sarana/ prasarana, kebijakan dan prosedur, pelatihan, pelaksanaan KTS, dan pembinaan dan pengawasan. Pada SDM akan dilihat pelatihan yang telah dilakukan, SDM yang terlibat dalam pelaksanaan KTS juga pembinaan dan pengawasan. Pada sarana/ prasarana akan dievaluasi terkait pelaksanaan KTS dan pembinaan pengawasan. Pada sarana/prasana dilihat dari aspek kenyamanan, kerahasiaan, dan tempat tunggu. Pada kebijakan dan prosedur akan dilihat yang terkait dengan pelaksanaan KTS juga pembinaan dan pengawasan.

Pada komponen aktivitas, dari pelatihan akan dilihat jumlah tenaga kesehatan terlatih dan kepuasa tenaga kesehatan. Pada kegiatan KTS akan dilihat persentase populasi kunci yang melaksanakan kegiatan KTS, kepuasan tenaga kesehatan, dan kepuasan klien. Untuk pelaksanaan kegiatan KTS dilihat dari kerahasiaan informasi, jejaring, metode tes HIV, dan sasaran. Selanjutnya untuk

kualitas diperoleh dari kepuasan klien dan kepuasan tenaga kesehatan. Pada pembinaan dan pengawasan, akan dilihat jumlah tenaga kesehatan yang terlatih persentase populasi kunci yang melaksanakan kegiatan KTS, kepuasan tenaga kesehatan, dan kepuasan klien.

Pada komponen keluaran, dari persentase populasi kunci yang melaksanakan kegiatan KTS akan dilihat perubahan perilaku klien dan ketepatan hasil klinis sehingga didapatkan penurunan prevalensi HIV, IMS, dan morbiditas juga mortalitas HIV.



Gambar 2.4 Kerangka Teori Evaluasi Kegiatan KTS

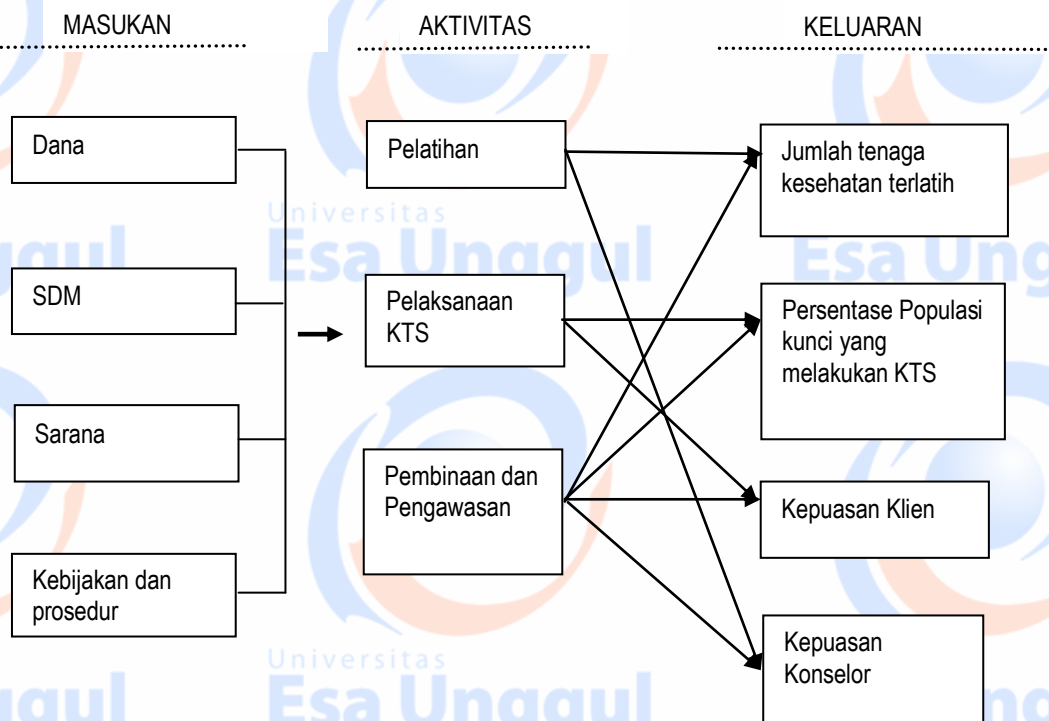
Sumber: SRAP DKI Jakarta 2013-2017 (KPAP DKI Jakarta, 2013) dan Tools for Evaluating HIV Voluntary and Testing (UNAIDS, 2000)

BAB 3

KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH

3.1 Kerangka Pikir

Kerangka kerja yang menjadi acuan dalam evaluasi kegiatan KTS dalam penelitian ini hanya dilihat hingga faktor keluaran, yaitu persentase populasi kunci yang terjangkau oleh kegiatan KTS (KPAP DKI Jakarta, 2013) dengan menggunakan alat evaluasi Kerangka Kerja Logis (KKL). Faktor masukan merupakan faktor yang mendukung terlaksananya kegiatan KTS, yaitu: kebijakan dan prosedur, SDM, dana, dan sarana. Faktor aktivitas yang meliputi: kegiatan KTS, pelatihan, dan pembinaan dan pemantauan menjadi faktor penentu tercapainya persentase populasi kunci yang melakukan KTS juga kepuasan klien dan kepuasan konselor (Gambar 3).



**Gambar 3 Kerangka Pikir Evaluasi Kegiatan KTS
di Puskesmas Jakarta Timur Tahun 2014**

3.1 Definisi Istilah

Tabel 3 Definisi Istilah

No.	Nama Variabel	Definisi Istilah	Cara Ukur	Alat Ukur
1.	Sumber Daya Manusia	Jumlah tenaga kesehatan dan non kesehatan, latar belakang pendidikan, perencanaan kebutuhan pelatihan, dan penlian kinerja dalam melaksanakan layanan KTS di puskesmas dan hambatanannya	- Wawancara mendalam	- Pedoman wawancara mendalam
2.	Dana	Sumber, pemanfaatan, serta kecukupan anggaran untuk melaksanakan kegiatan yang berkaitan dengan layanan KTS di puskesmas	- Wawancara mendalam	- Pedoman wawancara mendalam
3.	Sarana	Ketersediaan alat dan bahan yang menunjang dalam melaksanakan KTS, jam pelayanan KTS, dan kenyamanan ruangan KTS	- Wawancara mendalam	- Pedoman wawancara mendalam
4.	Kebijakan/Prosedur	Ketersediaan standar operasional prosedur (SOP), pedoman, dan alur pelayanan dalam melaksanakan layanan KTS di puskesmas dan hambatanannya	- Wawancara mendalam - Telaah dokumen	- Pedoman wawancara mendalam - SOP dan alur pelayanan,
5.	Kegiatan KTS	Pelaksanaan konseling pra tes, kerahasiaan informasi, tes HIV, konseling paska tes, promosi, pelayanan dukungan berkelanjutan, dan kendali mutu KTS	- Wawancara mendalam - Telaah dokumen	- Pedoman wawancara mendalam - Laporan evaluasi kegiatan KTS
6.	Pelatihan	Upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan/non	- Wawancara	- Pedoman

		kehatan yang terlibat di layanan KTS untuk meningkatkan kunjungan klien dan hambatannya	mendalam	wawancara mendalam
7.	Pembinaan dan pengawasan	Pengumpulan dan pelaporan data terkait kegiatan KTS secara rutin dan dukungan konselor	- Wawancara mendalam	- Pedoman wawancara mendalam
8.	Kepuasan klien	Penilaian klien terhadap pelayanan pada kegiatan KTS dilihat dari alasan, dorongan, dan sikap petugas ketika melaksanakan KTS	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara
9.	Kepuasan konselor	Penilaian konselor terhadap pekerjaannya dilihat dari pelatihan, dukungan, dan beban kerja	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara
10.	Jumlah tenaga kesehatan terlatih	Pelatihan yang telah diterima tenaga kesehatan yang terlibat dalam KTS	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara
11.	Persentase populasi kunci yang melakukan KTS	Persentase populasi berisiko tinggi yang memanfaatkan layanan untuk kegiatan KTS dan hambatannya	- Wawancara mendalam - Telaah dokumen	- Pedoman wawancara mendalam - Laporan evaluasi kegiatan KTS

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan metode penelitian yang menjadi dasar untuk melaksanakan penelitian. Bab ini berisi tentang jenis penelitian, lokasi dan waktu penelitian, informan penelitian, etika penelitian, metode pengumpulan data, rencana analisis data, upaya menjaga validitas data, instrumen penelitian, dan teknik penyajian data.

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menyajikan fakta-fakta yang terjadi dalam pelaksanaan KTS, menggali masalah yang terjadi, dan membuat penyelesaian masalahnya. Pendekatan kualitatif digunakan karena dapat dianalisis secara mendalam evaluasi kegiatan KTS dan menemukan masalah juga penyelesaiannya dilihat dari sudut pandang *stakeholder* yang terlibat dalam KTS.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas wilayah Jakarta Timur dengan kriteria memiliki kegiatan KTS, yaitu Puskesmas Kramat Jati yang telah menjadi Puskesmas Mandiri ARV pada tahun 2014 dan Puskesmas Pasar Rebo yang baru menjadi Mandiri ARV pada tahun 2015. Oleh karena itu, peneliti memilih 2 Puskesmas ini sebagai lokasi penelitian, dengan harapan dapat dijadikan perbandingan dalam melaksanakan kegiatan KTS pada fasilitas kesehatan tingkat pertama di wilayah Jakarta Timur. Pengumpulan data dilakukan pada bulan April hingga Mei 2015.

4.3 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menanyakan kembali kesediaan dari calon informan untuk dijadikan informan. Sebelum memulai wawancara mendalam, peneliti memperkenalkan diri untuk membuat proses wawancara lebih nyaman. Setelah itu, peneliti menjelaskan latar belakang serta tujuan dari penelitian dan memberikan *informed consent*.

Dalam *informed consent*, dijelaskan secara singkat terkait penelitian dan untuk menjaga *privacy* juga melindungi hak-hak dari informan. Setelah informan mengerti dan bersedia untuk diwawancarai, maka informan menandatangani *informed consent* tersebut.

4.4 Informan Penelitian

Peneliti memilih informan/ sumber informasi dalam penelitian ini yaitu dengan cara ditetapkan secara langsung, berdasarkan prinsip-prinsip yang berlaku sebagai berikut:

a. Kesesuaian (*appropriateness*)

Peneliti memilih informan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki informan sesuai dengan topik penelitian ini yaitu kegiatan KTS di Puskesmas wilayah Jakarta Timur Tahun 2014.

b. Kecukupan (*adequacy*)

Informan yang dipilih harus memenuhi kategori yang berkaitan dengan topik penelitian agar data yang diperoleh cukup lengkap serta mampu menggambarkan seluruh kejadian yang berkaitan dengan pelaksanaan KTS di Puskesmas wilayah Jakarta Timur Tahun 2014.

Dalam pemilihan informan pada penelitian ini, peneliti memperhatikan *stakeholder* yang terlibat dalam kegiatan KTS di Puskesmas. Pada Bab 2 telah dijelaskan tenaga kesehatan/ non kesehatan yang terlibat dalam kegiatan KTS (hal. 11), maka gambaran *stakeholder* yang terkait dalam kegiatan KTS di Puskesmas wilayah Jakarta Timur adalah sebagai berikut (Gambar 4).



Gambar 4 Stakeholder dalam Kegiatan KTS di Puskesmas

Dari Gambar 4, dapat dilihat *stakeholder* yang terlibat dalam kegiatan KTS di Puskesmas, maka informan dalam penelitian ini adalah

1. 1 orang Penanggung Jawab Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur
2. 2 orang Penanggung Jawab Program HIV/AIDS dari masing-masing Puskesmas
3. 2 orang Konselor/ Tenaga Medis Kegiatan KTS masing-masing Puskesmas
4. 1 orang staf Monitoring dan Evaluasi KPAK Jakarta Timur
5. 14 klien

4.5 Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini metode pengumpulan data yang digunakan antara lain:

4.5.1 Data Primer

Data primer dilakukan dengan wawancara mendalam dengan tujuan untuk mengumpulkan data secara mendalam dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang mampu menggali informasi lebih banyak lagi berdasarkan keahlian, pengetahuan, dan deskripsi kerja informan. Pertanyaan yang diajukan pada penelitian ini bersifat terbuka dan tertutup, yaitu pertanyaan terbuka menggali pertanyaan lebih dalam dan pertanyaan tertutup untuk melakukan validasi.

4.5.2 Data Sekunder

Data sekunder dilakukan dengan telaah data sekunder terhadap laporan evaluasi kegiatan KTS, SOP, dan alur pelayanan.

4.6 Pengolahan Data

Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam untuk menganalisis kegiatan KTS dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam, dimanana meskipun sudah tersedia daftar pertanyaan jika dari jawaban informan ada hal yang perlu digali lebih lanjut maka diberikan pertanyaan lebih lanjut. Pengolahan data tersebut dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

1. Ketika pengumpulan data melalui wawancara mendalam dilakukan, dilakukan juga pengumpulan dokumen terkait yang diperlukan dari *stakeholder*
2. Rekaman dari wawancara mendalam informan diubah menjadi transkrip kemudian direduksi ke dalam bentuk matriks berdasarkan variabel yang ditanyakan
3. Dari matriks tersebut kemudian dilakukan analisis data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis penelitian kualitatif model Miles dan Huberman (1984). Langkah-langkah yang dilakukan pada analisis model Miles dan Huberman terdiri dari:

a. *Data Reduction* (Reduksi Data)

Melakukan reduksi data berarti merangkum, memilih hasil wawancara mendalam dan memfokuskan pada hal-hal yang penting yang terkait dengan penelitian ini. Dengan demikian data yang telah direduksi, diharapkan akan memberikan gambaran yang lebih jelas.

b. *Data Display* (Penyajian Data)

Setelah data direduksi, maka langkah selanjutnya adalah menyajikan data. Dalam penelitian ini, penyajian data akan dilakukan dalam bentuk uraian singkat, tabel, gambar, dan grafik. Dengan menyajikan data, maka akan memudahkan untuk memahami apa yang terjadi.

c. *Conclusion Drawing/verification* (Menarik kesimpulan)

Penarikan kesimpulan dilakukan dengan membuat kesimpulan secara umum dari data dalam uraian singkat yang telah disajikan sebelumnya.

(Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini, evaluasi kegiatan KTS

4.7 Upaya Menjaga Validitas Data

Validasi data diperlukan agar informasi yang diperoleh dalam penelitian valid. Validasi dalam penelitian kualitatif dilakukan dengan cara mengecek atau memeriksa data yang telah didapatkan. Jenis triangulasi yang digunakan agar data tetap terjaga validitasnya yaitu dengan triangulasi sumber dan metode.

a. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber dapat dilakukan dengan melakukan *cross check* data dengan fakta ke sumber lainnya melalui informan yang berbeda atau teknik riset lainnya. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan *cross check* ke informan dari sisi *provider* (penyedia layanan) dan klien.

b. Triangulasi Metode

Triangulasi metode yang dilakukan yaitu data yang diperoleh dari metode wawancara mendalam dilakukan *cross check* dengan data yang didapatkan dari telaah dokumen.

4.8 Instrumen Penelitian

a. Pedoman Wawancara Mendalam

Pedoman wawancara mendalam berisi pertanyaan-pertanyaan terkait dengan topik penelitian ini yaitu evaluasi kegiatan KTS di Puskesmas wilayah Jakarta Timur Tahun 2014.

b. *Check List*

Check list dalam penelitian ini ditujukan untuk membantu mengetahui kelengkapan pengumpulan data pada saat telaah data sekunder.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini merupakan uraian hasil dan pembahasan terkait evaluasi kegiatan konseling dan test HIV secara sukarela di Puskesmas Wilayah Jakarta Timur. Pada bagian pertama akan dijelaskan mengenai karakteristik informan dalam penelitian. Pada bagian kedua akan dijelaskan mengenai hasil dan analisis dari pembahasan terkait evaluasi kegiatan konseling dan test HIV.

Pada penelitian ini, pengumpulan data dilakukan dengan mengumpulkan data primer dan data sekunder. Data primer didapat dengan melakukan wawancara mendalam kepada informan, sedangkan data sekunder didapat dari telaah dokumen terkait penelitian ini. Pengumpulan data pada penelitian ini berlangsung dari tanggal 1 April -31 Mei 2015

5.1 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti memiliki beberapa kendala yang menyebabkan terhambatnya proses pengumpulan, pengolahan, serta analisis data. Kesibukan informan dalam pekerjaannya membuat pengumpulan data terlaksana beberapa hari setelah perizinan untuk pengumpulan data telah dikeluarkan. Selain itu, karena pengambilan data dilakukan bersamaan dengan jam kerja informan, terkadang informan tidak fokus pada pertanyaan yang diajukan. Keengganan dari informan klien untuk melakukan wawancara mendalam dalam penelitian ini juga menjadi faktor penghambat dalam pengumpulan data.

5.2 Karakteristik Informan

Informan yang berkontribusi dalam penelitian ini sebanyak 6 orang dari pihak penyelenggara kesehatan. Setiap informan dilakukan wawancara mendalam

sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk menganalisis evaluasi kegiatan konseling dan tes secara sukarela. Karakteristik informan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Karakteristik Informan

No.	Informan	Jabatan	Usia (th)	Lama Kerja	Pendidikan
1.	Informan 1 (I1)	PJ HIV PKM Ps. Rebo	45	>5 tahun	D3
2.	Informan 2 (I2)	Konselor	39	>5 tahun	D3
3.	Informan 3 (I3)	PJ HIV PKM Kr. Jati	52	>5 tahun	S1
4.	Informan 4 (I4)	Konselor	32	>5 tahun	D3
5.	Informan 5 (I5)	Staf PM Sudinekes	34	>5 tahun	S1
6.	Informan 6 (I6)	Staf Monev KPAK	50	>5 tahun	S1

Sedangkan untuk klien dilakukan wawancara dengan teknik *snowball*, dimana penentuan informan berdasarkan kebutuhan kelengkapan data yang diperoleh. Dalam penelitian ini informan klien berjumlah 14 orang, dengan kriteria informan sebagai berikut:

Tabel 5.2 Karakteristik Informan

No.	Informan	Usia (th)	Jenis Kelamin	Status Kawin
1.	Informan 1 (K1)	42	Laki-laki	Single
2.	Informan 2 (K2)	23	Perempuan	Menikah
3.	Informan 3 (K3)	32	Perempuan	Menikah
4.	Informan 4 (K4)	30	Laki-laki	Menikah
5.	Informan 5 (K5)	20	Laki-laki	Single
6.	Informan 6 (K6)	54	Perempuan	Janda
7.	Informan 7 (K7)	45	Perempuan	Janda
8.	Informan 8 (K8)	26	Perempuan	Menikah
9.	Informan 9 (K9)	35	Laki-laki	Menikah
10.	Informan 10 (K10)	42	Laki-laki	Menikah
11.	Informan 11 (K11)	26	Laki-laki	Single
12.	Informan 12 (K12)	23	Laki-laki	Single
13.	Informan 13 (K13)	26	Laki-laki	Single
14.	Informan 14 (K14)	18	Laki-laki	Single

5.3 Evaluasi Kegiatan Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS)

Evaluasi kegiatan Konseling dan Tes HIV Secara Sukarela (KTS) dilihat dari variabel yang merupakan komponen masukan, aktivitas, dan keluaran dari KTS di Puskesmas Wilayah Jakarta Timur. Berikut uraian hasil dari penelitian ini.

5.3.1 Sumber Daya Manusia

5.3.1.1 Pelaksanaan KTS

Dalam pelaksanaan KTS di fasilitas kesehatan, standar minimum SDM yang harus tersedia adalah dokter, konselor, bagian pencatatan dan pelaporan, dan laboratorium. Kesemua informan menyetujui untuk melaksanakan KTS harus tersedia SDM tersebut, berikut pernyataan dari informan.

“Kita yang penting terdiri dari 4 tim, 4 tim itu terdiri dari dokter, perawat/bidan yang sudah jadi konselor, ada RR sebagai pencatatan pelaporan, sama laboratorium”. (I5)

“Untuk VCT sebenarnya yang dibutuhkan kan konselor dan lab ya, tapi kita disini tetap harus (ada) dokter jadi vct ada 5, dokternya dokter wiwi, konselornya siwi, mas novi, dan saya, dan RR nya ada 2, jadi kalau kita bekerja ya itu orangnya”. (I1)

Di Puskesmas Kramat Jati, dalam pelaksanaan KTS tenaga kesehatan yang terlibat adalah 1 orang dokter, 2 orang konselor, 1 bagian pencatatan dan pelaporan, dan 2 orang bagian laboratorium. Sedangkan di Puskesmas Pasar Rebo, tenaga kesehatan yang terlibat dalam KTS adalah 1 orang dokter, 3 orang konselor, 2 orang bagian pencatatan dan pelaporan, dan 2 orang bagian laboratorium.

Penambahan SDM dari LSM dibutuhkan ketika melakukan *mobile VCT*, hal ini diberlakukan karena LSM membantu penjangkauan ke masyarakat dan populasi kunci ketika *mobile VCT*. Berikut pernyataan informan:

“...orang puskesmas juga misal mau liat ke hotspot ngajak lsm, jadi lsm itu kerjasama yang ga boleh putus”. (I6)

Terkadang terjadi kondisi dimana salah satu standar minimum SDM yang harus tersedia dalam pelaksanaan KTS tidak tersedia karena pemindahan lokasi kerja. Jika hal tersebut terjadi, maka pelaksanaan KTS dilaksanakan seperti biasa dengan menunggu pergantian SDM.

5.3.1.2 Pelatihan

Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan SDM dalam pelaksanaan KTS, maka dibutuhkan pelatihan. Semua informan menyatakan bahwa mereka telah mendapatkan pelatihan sesuai dengan tanggung jawab pekerjaannya masing-masing. Perencanaan pelatihan tiap SDM dalam KTS ditentukan oleh Suku Dinas Kesehatan/Dinas Kesehatan Provinsi, bukan dari masing-masing Puskesmas. Berikut pernyataan dari informan:

“...(Pelatihan dilaksanakan oleh) dinas kesehatan, kalo kita hanya refreshing aja”. (I5)

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang pedoman pelayanan KTS dijelaskan bahwa SDM yang terlibat dalam pelaksanaan KTS yang penting pernah mengikuti pelatihan pelayanan KTS dan memiliki keterampilan di bidangnya masing-masing (Kemenkes, 2005). Semua informan menyetujui telah mendapatkan pelatihan konselor HIV. Pelatihan dirasakan sangat penting untuk meningkatkan keterampilan dalam menangani klien saat konseling. Informan menyatakan untuk saat ini kita hanya *refreshing* dari pelatihan. *Refreshing* pelatihan dijelaskan oleh Sudinkes Jakarta Timur biasanya dilakukan 1 tahun sekali, tetapi pada tahun ini belum dilakukan karena anggaran belum cair. Berikut pernyataan dari informan:

“kalau saya mah kalau disuruh pelatihan tiap tahun ga apa apa, ilmu tiap tahun kan berubah, tapi saya yang belum di ikutin pelatihan itu yang TB-HIV”. (I3)

Hal yang sama juga dinyatakan informan lainnya:

“kayanya perlu (Pelatihan yang diperlukan) refreshing aja sih mba”. (I2)

Pelatihan yang pernah diikuti dari informan kedua Puskesmas memiliki kesamaan yaitu sudah pernah mendapatkan pelatihan sebagai konselor. Hal ini merupakan syarat wajib sebagai konselor KTS (Kemenkes, 2005). Pelatihan lain yang pernah diikuti antara lain untuk Puskesmas Kramat Jati, petugas kesehatan yang terlibat KTS sudah mendapatkan pelatihan tentang PICT dan *Training of Trainer* (TOT) terakhir pada tahun 2014, sedangkan pelatihan yang belum didapatkan adalah kolaborasi TB-HIV. Untuk di Puskesmas Pasar Rebo, petugas kesehatan yang terlibat dalam KTS telah mendapatkan pelatihan kolaborasi TB-HIV & Pengobatan, Perawatan, dan Dukungan (PDP) yang dilaksanakan terakhir pada tahun 2012.

Informan menyatakan tidak memahami bagaimana kriteria penetapan siapa saja yang mendapatkan pelatihan. Pelatihan biasanya diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan bekerjasama atau Dinas Kesehatan Provinsi dengan Instansi atau LSM tertentu. Selanjutnya, Puskesmas mendapatkan informasi dari Dinas Kesehatan Provinsi yang disampaikan ke Suku Dinas Kesehatan Kota Madya setempat.

5.3.1.3 Pembinaan dan Pengawasan

Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan KTS dilakukan dengan menginput kinerja harian ke Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA), yang mana dalam SIHA ini dapat diakses baik itu oleh fasilitas kesehatan, Suku Dinas Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan. Selanjutnya, laporan bulanan dilakukan setiap tanggal 26 tiap bulannya.

Untuk konselor, pembinaan dilakukan selain internal juga eksternal melalui perhimpunan seluruh konselor HIV/AIDS. Lembaga yang menaungi konselor di Indonesia adalah Perhimpunan Konselor VCT HIV/AIDS Indonesia (PKVHI). Semua informan menyatakan mereka tergabung dalam PKVHI, selain dapat bertukar ilmu dan pengalaman dari berbagai konselor, tetapi juga sebagai pelindung terhadap konseling yang mereka lakukan terhadap klien.

5.3.2 Dana

Perencanaan anggaran KTS dilakukan 1 tahun sebelumnya dan disusun oleh tim pelaksana. Sedangkan untuk pendanaan KTS di Puskesmas dibagi menjadi 2, yaitu APBD dan lembaga donor. Hal ini sejalan dengan penelitian Ni'mal Baroya (2008) yang menyatakan bahwa dalam pembiayaan KTS di RSUD dr. Soebandi mendapat dukungan dari *Glofal Fund* yang dialokasikan untuk insentif pelaksana, pembelian reagen, pembelian bahan habis pakai, dan ARV. Sedangkan untuk pengobatan infeksi oportunistik pembiayaannya diberikan tanggung jawab kepada APBD (Baroya & Sulistiyani, 2008).

Dalam Surat Edaran HK.02.03/D/III.2/823/2013 tentang Alokasi pembiayaan logistik program pengendalian HIV/AIDS dan IMS disebutkan bahwa reagen diagnostik dan bahan laboratorium untuk HIV dengan menggunakan RDT (*Rapid Diagnostic Test*), pemerintah daerah harus mengalokasikan kebutuhan RDT sebesar 50% dari kebutuhan masing-masing wilayah, sedangkan Kementerian Kesehatan akan mengalokasikan sebesar 50% dari kebutuhan nasional, sedangkan reagens IMS terutama Sifilis, pemerintah daerah mengalokasikan kebutuhan reagen sifilis sebesar 50% dari kebutuhan masing-masing wilayah, sedangkan kementerian kesehatan mengalokasikan 50% dari kebutuhan nasional (Ditjen PP&PL, 2013). Hal ini juga disebutkan oleh informan bahwa Puskesmas wajib menganggarkan untuk reagen pemeriksaan sebesar 50% dari capaian tiap tahunnya.

“Untuk pemeriksaan untuk reagensnya, jadi kita katakanlah kalo sudah ditanggung pemerintah dikatakan gratis, tapi kita puskesmas wajib merencanakannya..jadi misalnya kita punya data..yang harus diperiksa itu kan populasi kunci..katakanlah ada 6000 populasi kunci, nah 3000 nya kita rencanakan..gitu, sedangkan dari GF tergantung pencapaian kita bulan ini..misalnya pencapaian kita bulan ini 500 berarti dikali 10 ribu”.

(I3)

Puskesmas mengakui dari realisasi anggaran kegiatan yang direncanakan, terdapat penambahan kegiatan yang tidak ada dalam anggaran. Penambahan anggaran terjadi pada kegiatan penyuluhan karena pada perencanaan anggaran

kegiatan penyuluhan saat ini dibatasi, sehingga ketika ada hal seperti ini informan menyatakan pendanaan kegiatan berasal dari swadana masyarakat. Berikut pernyataan dari informan:

“..Kita kadang penyuluhan yang diminta oleh masyarakat diluar anggaran, kalo yang dianggarkan kan dibatasi ga boleh banyak2, ga mungkin..jadi sekarang tuh udah dibikin e-budgeting sama DKI..jadi swadana dari mereka”. (I1)

Untuk klien peserta BPJS, dalam KTS tidak dikenakan biaya. Semua informan juga menyatakan bahwa untuk mengikuti KTS tidak dikenakan biaya, berikut salah satu pernyataan informan:

“ngga vct, tapi untuk cd4 aku bayar”. (K5)

Namun, yang menjadi permasalahannya adalah terdapat klien dari masing-masing Puskesmas yang belum terdaftar dalam BPJS, sehingga ketika dia telah diketahui lebih dahulu terkena Infeksi Oportunistik (IO), maka ia butuh penanganan untuk IO-nya juga, dan harga obat tersebut jika tidak ditanggung cukup mahal membuat klien untuk tidak melakukan KTS.

“Kalo yang vct itu gratis, kalo yang Infeksi Menular Seksual (IMS) kalo yang kutil kelamin itu berbayar sesuai tarif yang dikeluarkan oleh pergub, kan pergubnya 55 ribu kalo ga salah, itu untuk yang umum”. (I1)

Hal ini sejalan dengan pernyataan yang dikatakan oleh informan, bahwa sebelum terdaftar BPJS, informan membayar sendiri pengobatan IO-nya. berikut pernyataan informan:

“kalo ini kan buat tes jadi gratis..tapi kalo pengobatan kan di kelaminnya ada kutilnya itu bayar, karena itu ga ditanggung, dan itu obat langka..tapi harga disini lumayan dibandingkan di tempat rs lain, kita periksa ini bayar, belum lagi obatnya bisa sampe ratusan ribu, kalo disini kan bahkan obat sifilis aja gratis”. (K12)

5.3.3 Sarana

Sarana yang harus tersedia dalam kegiatan KTS dalam pedoman kegiatan KTS Tahun 2005 (Kemenkes, 2005) adalah sebagai berikut:

1. Papan nama/ petunjuk

Papan nama/ petunjuk penting untuk memudahkan klien menuju ke layanan KTS. Di kedua Puskesmas kegiatan KTS tergabung dalam Poli HIV dan IMS. Informasi penyediaan KTS disampaikan melalui papan yang berisi layanan yang diberikan di Poli HIV dan IMS, salah satunya KTS.

2. Ruang tunggu

Di dalamnya terdapat materi KIE, kondom, informasi prosedur dan testing, kotak saran, tempat sampah, tisu, air minum, meja kursi yang nyaman kalender. Untuk menunjang kegiatan KTS, dibutuhkan media Konseling Informasi dan Edukasi (KIE) sehingga klien lebih mudah memahami penjelasan dari tenaga medis maupun konselor. Setiap Puskesmas mengakui ketersediaan media KIE di Puskesmas selalu mencukupi, demikian juga kondom. Untuk media KIE dan kondom selain KPA, LSM lain juga terkadang memberikan media KIE ke Puskesmas.

“ya itu (distribusi ke puskesmas), kondom, lubricant, jarum, ditanya apa perlu..kie-kie” (I6)

3. Jam kerja layanan

Untuk jam buka layanan, semua Puskesmas menyetujui jam layanan sesuai dengan operasional Puskesmas, yaitu jam 07.30-16.00. Di Puskesmas Pasar Rebo menambahkan waktu operasional pada Hari Sabtu sebulan sekali karena permintaan dari klien yang tidak bisa ke layanan pada hari kerja. Berikut pernyataan informan:

”...Sabtu sehat 1 bulan sekali karena itu permintaan dari komunitas, mereka banyak yang kerja dari senin-jumat kerja, kita coba bantu fasilitasi, ternyata cukup efektif juga untuk mereka tes hiv.”. (II)

4. Ruang konseling

Di dalamnya terdapat tempat duduk klien konselor, buku catatan harian, kondom dan alat peraga, lemari arsip, dan kartu rujukan.

5. Ruang pengambilan darah

Di dalamnya terdapat jarum, labu darah, kapas alcohol, tempat cuci tangan.

6. Ruang petugas kesehatan

Di dalamnya terdapat meja kursi, stetoskop, tensimeter, kondom, KIE HIV AIDS, alat timbangan

7. Ruang laboratorium

Di dalamnya terdapat reagen, sarung tangan, ruang penyimpanan, dan pedoman tes HIV

Reagen pemeriksaan HIV didanai oleh APBD. Prosedur pendistribusian reagen hingga sampai ke Puskesmas adalah sesuai dengan laporan pencapaian kunjungan klien dari masing-masing Puskesmas. Namun, karena kunjungan klien yang tidak menentu tiap waktunya, kadang membuat stok reagen di suatu Puskesmas juga kehabisan, maka pihak Puskesmas yang kehabisan reagen dapat melapor ke Sudin, kemudian Sudin akan mengecek Puskesmas mana yang masih memiliki banyak persediaan sehingga bisa diberikan ke Puskesmas yang kosong.

Tabel 5.3 Data Sarana yang Tersedia di Puskesmas Kramat Jati dan Pasar Rebo

No.	Sarana	Puskesmas Kramat Jati	Puskesmas Pasar Rebo
1.	Papan Nama/Petunjuk	Poli HIV/IMS	Poli HIV IMS
2.	Ruang Tunggu	Ruang tunggu di dalam poli: kondom, leaflet, air minum, tisu, meja, kursi, kalender Ruang tunggu di luar poli: Kursi, poster, leaflet, informasi layanan, kotak saran, tempat sampah	Ruang tunggu di luar poli: kursi, poster, informasi layanan, leaflet
3.	Jam Kerja Layanan	Senin-jumat 07.30-16.00	Senin-jumat 07.30-16.00 Sabtu: 1 bulan 1x
4.	Ruang Konseling	Tempat duduk klien konselor, meja, buku catatan, kondom dan alat peraga, lemari arsip, dan kartu rujukan	Tempat duduk klien konselor, meja, buku catatan, kondom dan alat peraga, lemari arsip, dan kartu rujukan
5.	Ruang Pengambilan Darah	Jarum, labu darah, kapas alcohol, tempat cuci tangan.	Jarum, labu darah, kapas alcohol, tempat cuci tangan.
6.	Ruang Petugas Kesehatan	Meja kursi, stetoskop, tensimeter, kondom, buku saku, alat timbangan	Meja kursi, stetoskop, tensimeter, kondom, KIE HIV AIDS, alat timbangan
7.	Ruang Laboratorium	Reagen, sarung tangan, ruang penyimpanan, testing kit, dan pedoman tes HIV	Reagen, sarung tangan, testing kit, ruang penyimpanan, dan pedoman tes HIV

Selain kelengkapan sarana untuk menunjang pelaksanaan KTS, hal lain yang diperlukan adalah kenyamanan. Semua informan klien menyetujui ruang tunggu dan ruang konseling cukup nyaman. Untuk mencegah infeksi nosokomial, petugas kesehatan menganjurkan klien untuk memakai masker yang tersedia di ruangan atau membawanya sendiri, selain disediakannya tempat cuci tangan yang

diperuntukan bagi tenaga kesehatan atau klien sebelum dan setelah pemeriksaan.

Berikut pernyataan informan:

“...makanya kita bilang ke klien kalo kesini usahakan pakai masker”. (I3)

Kenyamanan tidak berhubungan langsung dengan efektifitas layanan kesehatan, tetapi mempengaruhi kepuasan klien, sehingga mendorong klien untuk berobat kembali ke tempat tersebut (Pohan, 2007).

5.3.4 Kebijakan/Prosedur

5.3.4.1 Pelaksanaan Kegiatan KTS

Setiap informan menyatakan bahwa prosedur yang digunakan dalam pelaksanaan KTS adalah Keputusan Menteri Kesehatan yang berisi pedoman pelayanan KTS. Ada dua pedoman pelaksanaan KTS yang digunakan yaitu Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela (Kemenkes, 2002) dan Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS secara Sukarela (Kemenkes, 2005). Berikut pernyataan informan:

“Sesuai dengan kementerian kesehatan, mulai dari penerimaan pasien, pengambilan darah, konseling, semua ada..cuman memang kita sesuaikan dengan kondisi layanan”. (I1)

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan 1507/SK/Menkes/2005 dijelaskan bahwa prosedur dalam pelaksanaan KTS dimulai dari:

1. Penerimaan klien dengan menginformasikan tentang pelayanan tanpa nama, prosedur KTS, dan membuat catatan rekam medis pasien
2. Lalu dilanjutkan dengan konseling pra testing, dimana konselor memperkenalkan diri, membangun kepercayaan klien kepada konselor, menjelaskan alasan penting mengikuti KTS, melakukan penilaian risiko untuk membantu klien mengetahui faktor risiko dan menyiapkan diri untuk pemeriksaan darah
3. Selanjutnya klien diberikan persetujuan tertulis berupa Informed Consent. Aspek penting dalam persetujuan ini adalah:

- klien telah diberi penjelasan cukup tentang risiko dan dampak sebagai akibat dari tindakannya dan klien menyetujuinya
 - klien mempunyai kemampuan memahami isi dari persetujuan tersebut
 - klien tidak dalam paksaan untuk memberikan persetujuan, dan
 - bagi klien yang tidak mampu mengambil keputusan, dapat dibantu oleh konselor sampai klien mengerti
4. Selanjutnya adalah melakukan testing HIV
 5. Selesai melakukan test HIV, dilakukan konseling paska testing dimana hal ini dilakukan untuk membantu klien memahami dan menyesuaikan diri dengan hasil testing yang diterima. Dalam konseling paska testing, tahapannya adalah sebagai berikut:
 - Penerimaan klien
 - Menyampaikan hasil testing dengan menyesuaikan kondisi klien dan memberikan kesempatan klien untuk bertanya
 - Dan yang paling utama adalah menekankan konfidensial (kerahasiaan) tidak menyebarkan hasil test tanpa persetujuan dari klien
 - Dan yang terakhir adalah merencanakan perawatan, dukungan, dan pengobatan klien
- (Kemenkes, 2005)

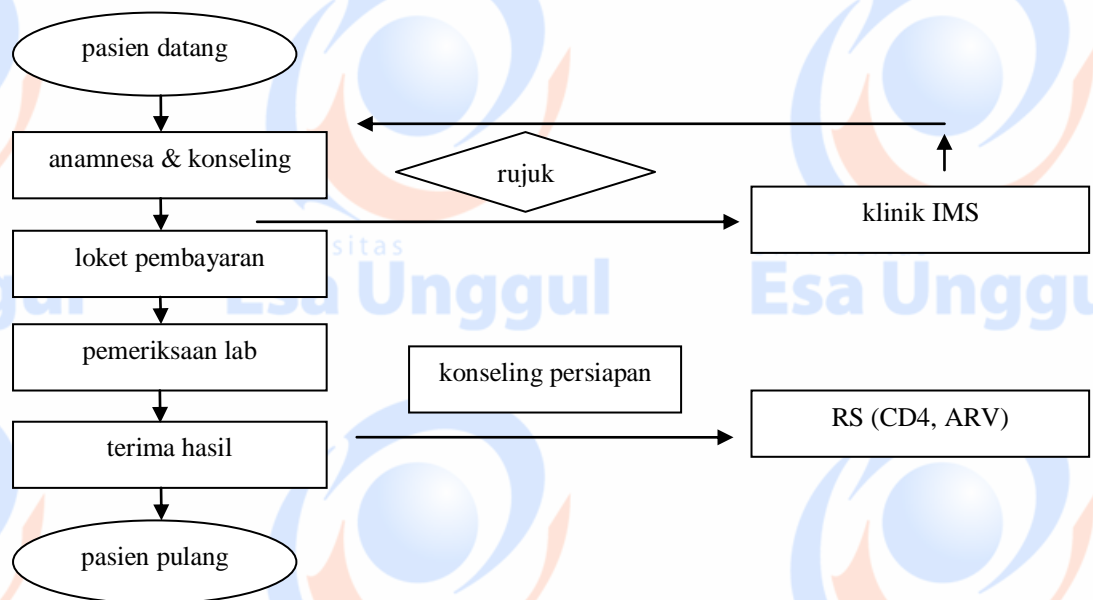
Selain prosedur pelaksanaan KTS, masing-masing Puskesmas juga memiliki alur pelayanan yang memudahkan klien ketika berkunjung ke Puskesmas tidak mengalami kesulitan. Berikut pernyataan informan:

“kita bikin alur yang sesimple mungkin..kita bikin semua sample diambil disini, nanti petugas yang mengantar sample ke lab, nanti petugas lagi yang ngambil hasilnya ke lab, jadi pasien ga kemana-mana, cuman disini aja, cuman kalo obat mereka tetep harus ngambil di apotik”. (I1)

Gambaran alur pelayanan klien ketika melaksanakan KTS adalah:

1. Klien datang ke Puskesmas dengan mendaftar ke bagian pendaftaran

2. Ketika antrian klien telah tiba, klien dilakukan konseling pra tes dan anamnesa. Dalam hal ini bisa terjadi dua kemungkinan, yaitu:
 - a) Klien yang terlebih dahulu terdeteksi IMS, lalu dirujuk untuk KTS atau
 - b) Klien datang dengan keluhan IMS dirujuk ke Klinik IMS
3. Setelah menyetujui pemeriksaan klien dengan menandatangani informed consent, maka:
 - a) Klien umum membayar pendaftaran sebesar 5.000
 - b) Klien dengan jaminan kesehatan melaporkan diri ke bagian jaminan
4. Selanjutnya, klien melakukan antrian untuk pemeriksaan laboratorium dengan kurun waktu 1-2 jam
5. Setelah hasil pemereksiaan selesai, petugas kesehatan memanggil klien untuk dilakukan pembukaan hasil dan konseling paska testing yang kemudian dilanjutkan dengan perencanaan tindakan lanjutan



Gambar 5.1 Alur Pelayanan KTS

5.3.4.1 Pelatihan

Kebijakan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan menjelaskan bahwa petugas kesehatan yang terlibat dalam kegiatan KTS, terutama konselor harus mengikuti pelatihan tentang konseling (Kemenkes, 2005). Hal yang sama

juga dinyatakan oleh informan bahwa seluruh petugas kesehatan wajib mengikuti pelatihan konseling. Berikut pernyataan informan:

“Kita disini semuanya sudah ikut pelatihan, satu lagi sedang ikut pelatihan saat ini. Ya itu, karena kan untuk jadi konselor harus ikut pelatihan nanti dapat sertifikat”. (I1)

5.3.4.2 Pembinaan dan Pengawasan

Kebijakan dalam pembinaan dan pengawasan yaitu pada pencatatan pelaporan, dokumen klien disimpan di tempat terkunci dan hanya bisa diakses oleh petugas yang berwenang dan diarsipkan sesuai dengan prinsip catatan medik pasien di sarana kesehatan (Kemenkes, 2005). Di kedua Puskesmas juga menerapkan hal yang sama dengan menyimpan dokumen klien pada lemari khusus setelah kegiatan berlangsung agar menjaga kerahasiaan informasi dari klien.

SIHA adalah suatu perangkat lunak aplikasi sistem informasi HIV/AIDS dan IMS yang mampu menangkap data yang berasal dari Unit Pelayanan Kesehatan (UPK), dengan memanfaatkan perangkat server Pusat Data dan Informasi (Pusdatin Kementerian kesehatan). Manfaat aplikasi SIHA terutama adalah:

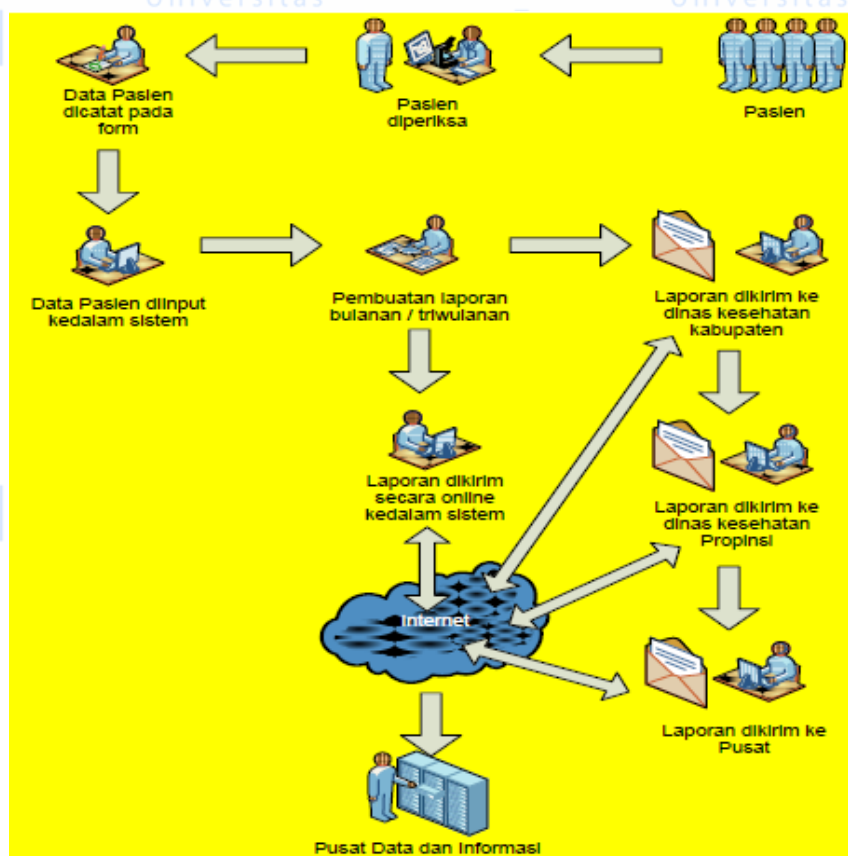
- a. Untuk mendukung manajemen data program pengendalian HIV/AIDS dan IMS pada tingkat layanan, kabupaten/kota, provinsi, dan tingkat nasional
- b. Untuk meningkatkan kualitas informasi yang meliputi validitas, akurasi, dan ketepatan waktu
- c. Untuk meningkatkan efisiensi program dengan cara memproses dan menganalisis data dalam jumlah besar dengan cepat

Sistem informasi dibuat sedemikian rupa untuk meminimalkan kesalahan dalam memasukkan data. SIHA dilengkapi dengan menu yang didesain sedemikian rupa untuk menghindari kesalahan. Namun, dalam sistem ini masih terdapat berbagai kelemahan yang dapat diminimalkan dengan keakuratan informasi dari data yang ada di catatan medis klien. Kualitas semua data yang dimasukkan sangat tergantung pada keakuratan catatan medisnya. Petugas pencatatan dan pelaporan

memiliki tugas untuk memasukkan data ke dalam SIHA (Ditjen PP&PL, 2013). Hal ini juga disampaikan oleh informan bahwa terkadang pengentrian data klien ke SIHA mengalami kesalahan. Berikut pernyataan informan:

“kadang SIHA suka error, jadi kita tetap suruh layanan untuk kirim laporannya ke kita”. (I5)

Untuk pelaporan kegiatan harian dan bulanan dilakukan secara offline tiap harinya melalui SIHA, lalu dilanjutkan dengan pelaporan bulanan secara online tiap tanggal 26. Mekanisme pelaporan kegiatan KTS dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 5.2 Alur Pelaporan KTS

5.3.5 Pelatihan

Pelatihan Tes dan Konseling HIV (TKHIV) merupakan paduan kegiatan antara pelatihan Tes dan Konseling HIV. Petugas kesehatan yang menangani pasien dan sudah mendapat pembekalan pengetahuan terkait

TKHIV diharapkan menawarkan tes HIV kepada pasiennya. Seorang dinyatakan sebagai konselor HIV apabila telah mengikuti pelatihan dengan menggunakan Modul Pelatihan Konseling dan Tes terbitan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yang senantiasa diperbarui sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan perubahan peraturan perundangan serta kebijakan negara. Sedangkan sertifikasi dilakukan oleh Kementerian Kesehatan/Dinas kesehatan, sesudah modul dan pelatihan diakreditasi oleh Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (BPPSDM) Kementerian Kesehatan. Peserta pelatihan dapat berasal dari jajaran Dinas Kesehatan, Kementerian Kesehatan, LSM, RS pemerintah dan swasta, institusi kesehatan lainnya atau mereka yang peduli HIV. Registrasi keanggotaan konselor HIV dilakukan oleh perhimpunan konselor seminat di wilayah dan pusat (Ditjen PP&PL, 2013).

5.3.5.1 Tenaga Kesehatan yang Mendapatkan Pelatihan

Pelatihan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan formal, yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan atau keterampilan kerja seseorang atau kelompok. Pelatihan lebih terkait dengan peningkatan kemampuan atau keterampilan pegawai yang sudah memiliki tanggung jawab/ tugas yang harus dilakukan di tempat kerja (Marbun, 2009). 3 Konselor pada Puskesmas Pasar Rebo telah mengikuti pelatihan dan mendapatkan sertifikat konselor, begitu juga di Puskesmas Kramat Jati 2 Konselor telah mengikuti dan mendapatkan sertifikat serupa. Pelatihan juga dirasakan amat penting oleh konselor karena menambah kemampuan saat melakukan konseling dengan klien dan lebih.

5.3.5.2 Kepuasan Konselor

Selain teknik konseling didapatkan dari pelatihan, konselor juga tergabung dalam Perhimpunan Konselor VCT HIV/AIDS (PKVHI). Semua informan menyatakan mereka tergabung dalam PKVHI, selain dapat bertukar ilmu dan pengalaman dari berbagai konselor, tetapi juga sebagai pelindung terhadap konseling yang mereka lakukan terhadap klien. Berikut pernyataan informan:

“saya bilang banyak manfaatnya yah, misalnya saya punya temen orang batak, jadi lebih punya pengalaman gimana ngadepin masyarakat yang heterogen”. (I4)

Hal yang sama dinyatakan oleh informan lainnya:

“biasanya sih kalo di pertemuan sharing kalo kita lagi konseling, ada klien yang menuntut atau apa jadi bisa tau gimana penanganannya paling tidak ada yang melindungi, paling tidak kita bekerja tidak asal bekerja, tidak illegal”. (I2)

Konselor adalah petugas kesehatan yang paling sering ditemui oleh klien. Semua konselor merasa tidak terbebani dengan pekerjaannya sebagai konselor. Berikut pernyataan informan:

“Untuk konseling 2-3 orang per hari, selama kurang lebih ½ jam itu kita harus benar-benar mengerti kondisi dia, jangan sampai membuat mereka down, itulah yang tiap hari dikerjain, enjoy aja..karena sudah biasa, malah kalau ada hal baru bisa jadi pengalaman kan”. (I4)

Hal yang sama dinyatakan oleh konselor di Puskesmas lainnya:

“Saya biasa 3-5 orang, ga ditargetkan..ada klien yang malu datang ke layanan, hubungin call center disini, kalo kita ga sibuk kita bisa langsung kesana, yah harus gimana kitanya lah gimana supaya mereka mau tes”. (I2)

Petugas kesehatan memiliki tanggung jawab moral untuk memberikan tanggapan yang cepat, akurat, dan dilandasi empati. Dengan memiliki perilaku seperti ini, petugas kesehatan mendapatkan nilai tambah dari klien dalam hal kepuasan klien dan juga akan menjamin partisipasi aktif dari klien dalam proses pengobatannya (Muninjaya, 2012).

Namun demikian, banyaknya pelatihan maupun pengalaman yang didapat dalam PKVHI, tetap saja menimbulkan hambatan dalam diri konselor ketika melakukan pekerjaannya, salah satunya adalah sebagai call center pelayanan dimana klien dapat berkonsultasi tanpa harus hadir di layanan. Call

center yang seharusnya melayani 24 jam baik itu panggilan ataupun sms dari klien, nyatanya tidak berjalan sepenuhnya karena kesibukan dari konselor ketika sudah selesai bekerja dan kembali ke rumah, maka akan sulit menjawab seluruh keluhan klien karena sudah terbagi menjadi urusan keluarga masing-masing.

5.3.6 Kegiatan KTS

Pemberian pemahaman kepada klien mengenai apa itu HIV/AIDS, IMS, pencegahan, serta penanganannya menjadi sangat penting bagi klien, sehingga klien yakin untuk tes dan setelah tes klien dapat memulai untuk mencegah perilaku berisiko. Berikut pernyataan salah satu klien:

“kalo datang (pertama kali) kita belum tau sama sekali tentang hiv, dikasih tau satu-satu, trus penyakit-penyakit yang ditimbulin dari hiv apa, sifilis, gonore kutil kelamin”. (K2)

Pada prinsipnya, semua orang yang berisiko terkena HIV wajib dilakukan KTS. Namun, wajib dalam pengertian ini tidak bersifat memaksa, melainkan yang berisiko ditawarkan untuk KTS (Kemenkes, 2005). Pada kasus klien tertentu, seperti ibu hamil, pasien IMS, dan pasien TB langsung diarahkan untuk melakukan KTS. Berikut pernyataan dari informan:

“tidak diwajibkan, dianjurkan, tapi sebaiknya dalam IMS kita informasikan untuk tes HIV, tapi tetap perhatikan informed concent..klo ibu hamil kan beda dia ada peraturanya bahwa tiap ibu hamil wajib diperiksa hiv, kalo IMS dan TB kan baru dianjurkan, diberikan penjelasan juga”. (I3)

Kerahasiaan menjadi kunci terbentuknya kepercayaan antara klien dan petugas kesehatan (Kemenkes, 2005). Maka dari itu, sebelum dilakukan pemeriksaan HIV, klien harus menandatangani *informed concent* atau lembar kerahasiaan. Semua klien menyetujui bahwa *informed concent* menjadi sangat penting karena menjaga kerahasiaan klien. Berikut pernyataan salah satu klien:

“..cuman kita juga ada kan perjanjiannya, menjaga privasi, dipoto ngga?..katanya ngga, anonim juga”. (K14)

Untuk meningkatkan kunjungan klien KTS, Puskesmas melakukan promosi, baik itu ke LSM atau melalui media elektronik, berikut pernyataan dari informan:

“kita dulu pake promkes, kita share di media elektronik, kita juga bekerja sama dengan media sosial dibantu sama FHI, sama kader PSN, trus kita juga yang pasti dari temen-temen yang mengakses kesini ya mereka puas ngajak temennya”. (I1)

KPA selain menjalin kerja sama dengan LSM untuk menjangkau ke populasi kunci juga ikut aktif dalam mempromosikan layanan-layanan di Jakarta Timur yang dapat diakses oleh klien. Berikut pernyataan dari informan:

“Kita selalu membuka kesempatan dari LSM untuk kerjasama dengan kita, biasa kita bareng puskesmas ke hotspot atau kalo jalan sendiri kita sebar leaflet ke hotspot, bilang disini sini yang dekat kalo mau periksa, atau hubungi call center kami.” (I6)

Sampai saat ini KPA Jakarta Timur telah bekerjasama dengan LSM dari berbagai kelompok mulai dari ODHA, penasun, WPS, GWL, hingga masyarakat umum. Berikut Daftar LSM yang bekerjasama dengan KPA Jakarta Timur:

Puskesmas juga melakukan *mobile VCT*. Hal ini dilakukan untuk menjangkau ke seluruh populasi di masyarakat. Namun dari hasil wawancara dengan informan *mobile VCT* yang dilakukan masih kurang dilakukan pada populasi umum. Dengan adanya LKB di Puskesmas seharusnya pemberian layanan HIV & IMS dapat dilakukan secara paripurna, yaitu sejak dari rumah atau komunitas, ke fasilitas layanan kesehatan. Namun, yang diperlukan adalah komitmen dari seluruh pihak terkait, baik pemerintah, swasta, maupun masyarakat (Kemenkes, 2013). Berikut pernyataan informan:

“kita biasanya ke ibu kader masyarakat, panti pinjet, kalo ga ke PSKW (Panti Sosial Karya Wanita)...jadi yang disitu itu sudah

ketangkep sama kemensos, WPSTL dibina disitu, lalu kita vctnya disitu..., kalo dulu tiap ada tangkapan kita dihubungkan, tapi kita sekarang rutin seminggu sekali”. (11)

“mobile vct kan 3 bulan 1 x di satu tempat, misalnya saya bulan ini ke rw 1 jadi 3 bulan setelahnya saya harus balik lagi ke rw 1..siapa tau kan mereka lagi masa jendela jadi diperiksa kembali..tapi tergantung mood juga turunnya”. (13)

“kita juga ngadain pertemuan dengan sudin, lsm, sampai kelurahan juga, tapi ya itu lagi kurang responnya..kaya kita minta kelurahan laporannya selama di lapangan mana..ditunggu ga datang”. (16)

Tabel 5.4 LSM yang Bekerjasama dengan KPAK Jakarta Timur

No.	Nama LSM	Jangkauan	Program/Kegiatan
1.	PKBI DKI Jakarta	Masyarakat	Penyuluhan, pendidikan dan pelatihan, pelayanan kesehatan, testing, konseling, pendampingan
2.	Centra Mitra Muda (CMM)	Anak, remaja, sopir	Penelitian, pengembangan pendidikan dan pelatihan, konseling, pendampingan
3.	Yayasan Bandung Wangi	Pekerja seks	Pendidikan, pelatihan, pendampingan
4.	Yayasan Srikandi Sejati	Waria	Pendidikan, pelatihan, pendampingan
5.	PKBI Cab Jakarta Timur	Masyarakat	Pendidikan, pelatihan, penyuluhan, pendampingan
6.	LPA Karya Bhakti	Remaja, pelajar, LSL	Pendidikan, pelatihan, penyuluhan, pendampingan
7.	Yayasan Layak	Pekerja seks, pelajar	Pendidikan, pelatihan, pendampingan
8.	Yayasan karisma	Penasun dan Keluarga	Pendidikan, pelatihan, pendampingan, penjangkauan
9.	Wahana Visi Indonesia	Anak sekolah	Pendidikan, pelatihan, pendampingan
10.	Yayasan Hidup Positif	ODHA	Pendidikan, pelatihan, pendampingan
11.	Yayasan Swara	Waria	Pendidikan, pelatihan, pendampingan

Sumber: KPAK Jakarta Timur (2015)

5.3.6.1 Kepuasan Klien

Setelah komponen dari kegiatan telah terpenuhi, maka kepuasan klien seharusnya akan terbentuk. Semua klien yang ditanyakan tentang sikap petugas di masing-masing puskesmas, menyatakan bahwa baik itu petugas yang melakukan KTS maupun tidak sama-sama ramah terhadap klien. Keramahan menjadi salah satu alasan dari klien juga untuk datang ke Puskesmas, bahkan merekomendasikan temannya untuk melakukan KTS di Puskesmas. Keramahan petugas dideskripsikan klien dengan petugas menyamakan klien dengan pasien umum lainnya, konselor menerima keluhan klien dengan respon yang baik, dan klien dapat bercerita dengan konselor layaknya keluarga sendiri. Berikut pernyataan klien:

“disini ramah-ramah, semuanya baik sama kita”. (K1)

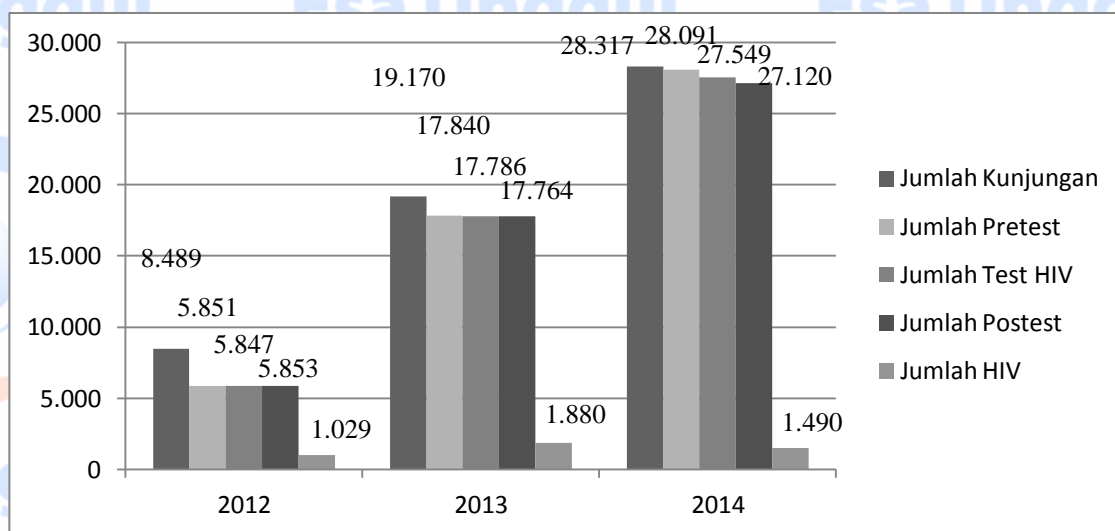
“dokternya baik sih, justru ada beberapa teman ditempat lain yang cerita disana cuman datang, ambil obat selesai, nah disini kita bisa sharing..kalo tiap ketemu ditanya kabarnya..trus kita enak nanyanya juga”. (K4)

Dukungan dari teman sebaya dan petugas kesehatan merupakan dukungan yang bersifat eksternal. Manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat hidup sendiri tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan fisik, sosial, psikis, termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain. Ketika seseorang mengalami masalah, pada saat itulah orang tersebut mencari dukungan dari orang sekitar sehingga dirinya merasa diperhatikan (Kuntjoro, 2002).

5.3.6.2 Populasi Kunci Yang Memanfaatkan KTS

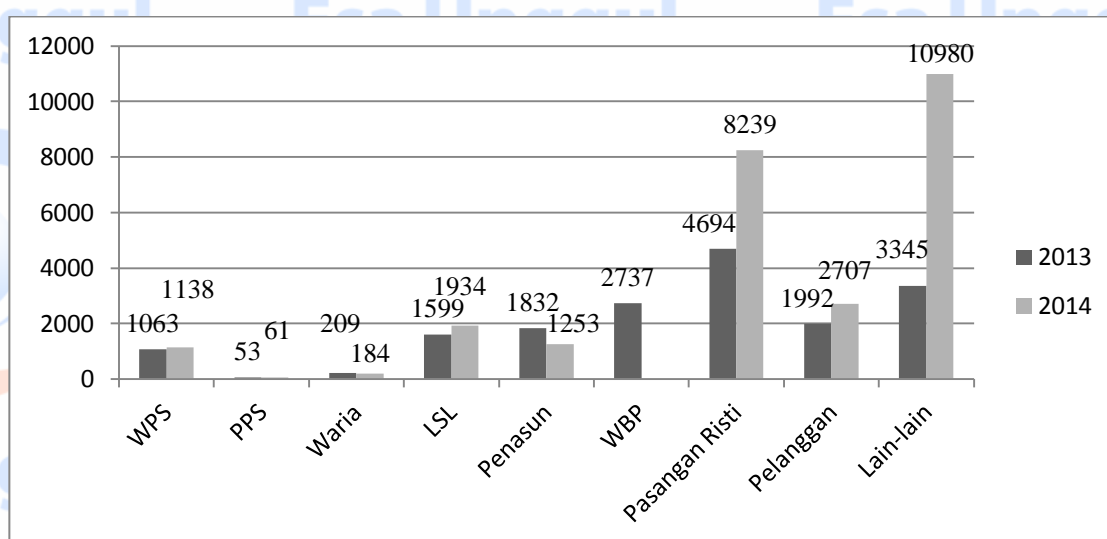
Jumlah kunjungan KTS di wilayah Jakarta Timur dari tahun 2012-2014 semakin meningkat. Namun, peningkatan dari kunjungan tidak sebanding dengan jumlah yang hasil test yang reaktif, penurunan hasil test reaktif terjadi pada tahun 2013 ke 2014, dari 1.880 menjadi 1.490 (Grafik 5.1). Ini pun dijelaskan oleh KPA bahwa kasus HIV/AIDS ibarat gunung es, karena

pengidap yang berhasil terdata baru sebagian kecil. sementara pengidap yang belum terdata masih banyak menularkan HIV kepada orang lain.



Grafik 5.1 Laporan Kegiatan KTS di Jakarta Timur Tahun 2012-2014

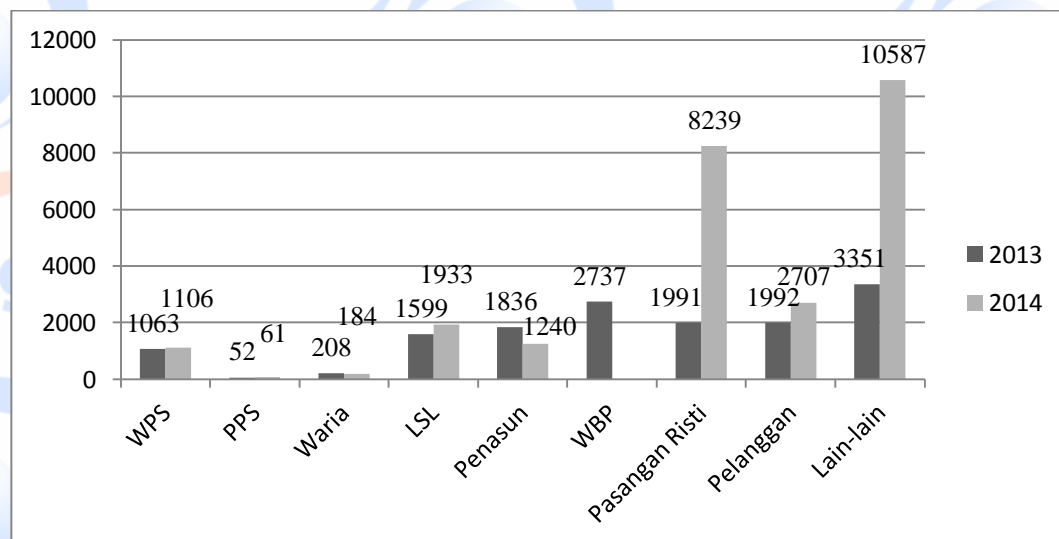
Pada Grafik 5.2 dari keseluruhan populasi kunci yang melakukan kunjungan ke KTS di Jakarta Timur, semua populasi mengalami jumlah peningkatan kunjungan, kecuali pada kelompok penasun. Selain itu masih banyaknya kelompok lain-lain yang belum terdefinisi memungkinkan penambahan jumlah kunjungan pada populasi kelompok tertentu.



Grafik 5.2 Jumlah Populasi Kunci Yang Berkunjung Ke KTS di Jakarta Timur Tahun 2013-2014

Pada Grafik 5.3 semua populasi kunci mengalami peningkatan melakukan konseling pra test, kecuali pada kelompok waria dan penasun. Selain itu juga masih banyaknya kelompok lain-lain yang belum terdefinisi memungkinkan penambahan jumlah konseling pra test pada populasi kelompok tertentu. Dari jumlah kunjungan pada Grafik 5.2 terlihat bahwa jumlah yang melakukan kunjungan dan pretest tidak sama kemungkinan dikarenakan data yang terinput *error* atau klien yang menunda untuk melakukan pre test. Menurut informan, seharusnya jumlah kunjungan KTS sama dengan jumlah yang melakukan pretest, alasan hal itu bisa terjadi adalah karena kesalahan sistem.

“Nah itu dia mba, seharusnya yang berkunjung dan yang pretest jumlahnya sama, tapi kalo dilihat kan ada yang beda itu dia saya bingung kenapa bisa dari layanan begitu, mungkin sistemnya error ya.” (I5)

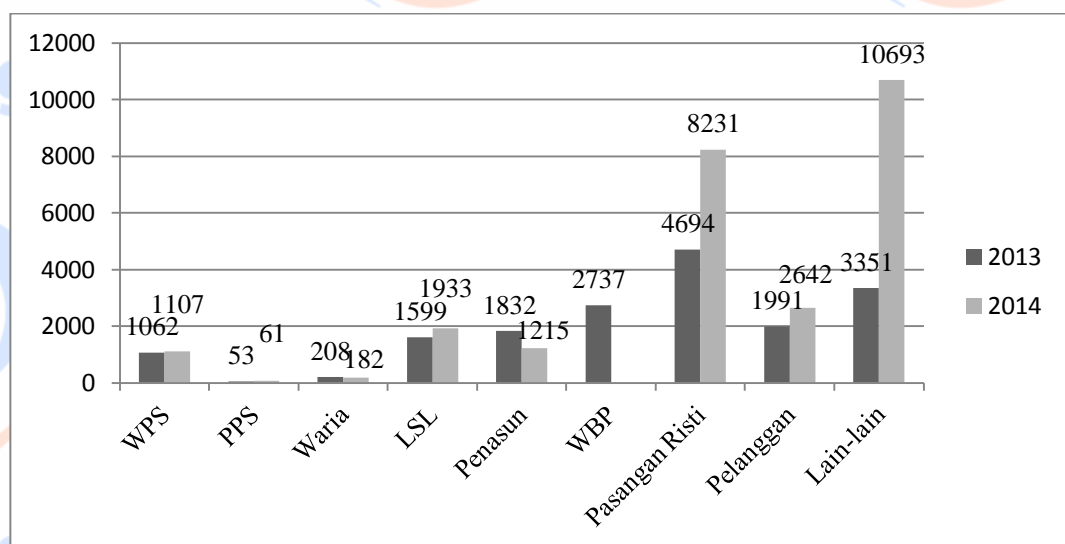


Grafik 5.3 Jumlah Populasi Kunci Yang Melakukan Konseling Pretest di Jakarta Timur Tahun 2013-2014

Pada Grafik 5.4 semua populasi kunci mengalami peningkatan melakukan test, kecuali pada kelompok waria dan penasun. Selain itu juga masih banyaknya kelompok lain-lain yang belum terdefinisi memungkinkan penambahan jumlah yang melakukan test pada populasi kelompok tertentu. Dari Grafik 5.3 jumlah populasi kunci yang melakukan konseling pre test dan

yang melakukan test terlihat terjadi penurunan dan peningkatan. Hal ini dikarenakan sifat dari KTS yang tidak boleh memaksakan hak klien untuk melakukan test (Kemenkes, 2005). Hal yang sama juga dinyatakan oleh konselor terkait hal ini, berikut pernyataannya:

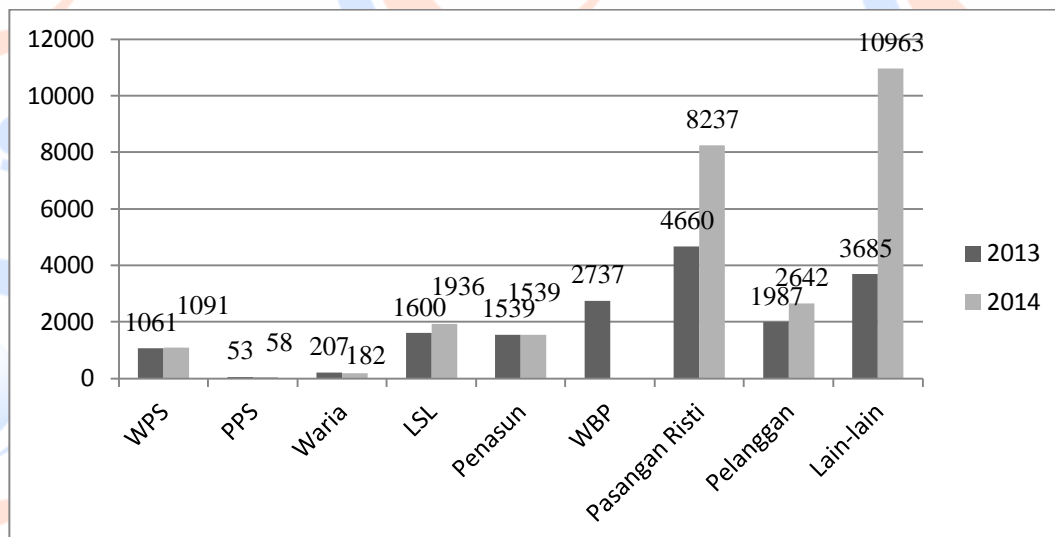
“Kami tidak memaksakan klien, ada yang langsung siap untuk test, ada juga yang masih ragu, kita persilahkan mereka kapan siapnya, karena ya itu tadi kita berusaha kasih pandangan ke mereka risiko nya ini, akibatnya ini, setelah itu kan keputusan ada di mereka”. (I2)



Grafik 5.4 Jumlah Populasi Kunci Yang Melakukan Test

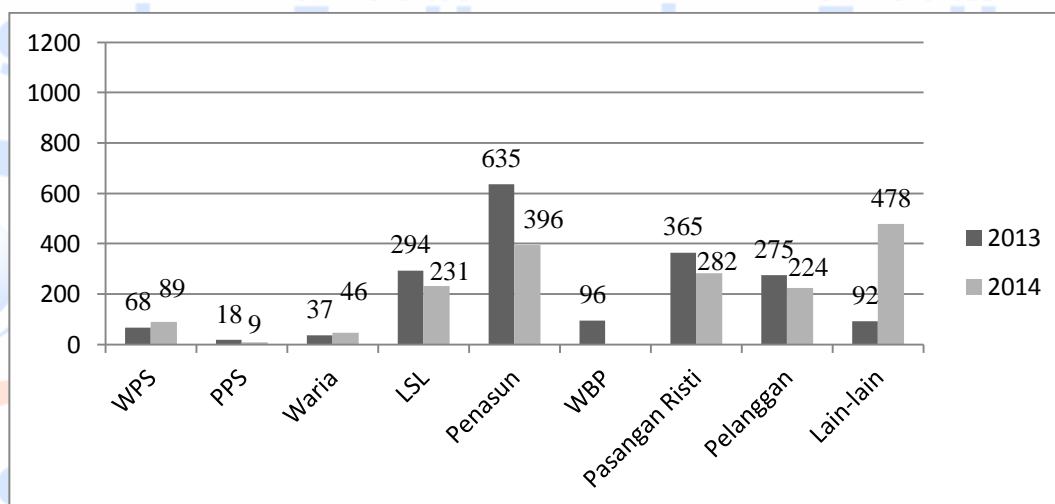
di Jakarta Timur Tahun 2013-2014

Pada Grafik 5.5 semua populasi kunci mengalami peningkatan melakukan post test, kecuali pada kelompok waria dan penasun. Selain itu juga masih banyaknya kelompok lain-lain yang belum terdefinisi memungkinkan penambahan jumlah konseling post test pada populasi kelompok tertentu. Dari Grafik 5.4 jumlah populasi kunci yang melakukan test dan yang yang melakukan konseling post test terlihat terjadi penurunan dan peningkatan. Hal ini diakibatkan terdapat klien yang lansung mengambil hasil test pada saat itu juga dan dilanjutkan konseling post test, ada juga yang mungkin karena kesibukan dan kesiapan mental memilih mengambi hasil test di lain waktu.



Grafik 5.5 Jumlah Populasi Kunci Yang Melakukan Konseling Post Test di Jakarta Timur Tahun 2013-2014

Pada Grafik 5.6 semua populasi kunci mengalami penurunan dalam jumlah yang terinfeksi HIV, kecuali pada kelompok waria dan pria pekerja seks (PPS). Selain itu juga masih banyaknya kelompok lain-lain yang belum terdefinisi memungkinkan penambahan jumlah kasus HIV pada populasi kelompok tertentu yang mengikuti test.



Grafik 5.6 Jumlah Populasi Kunci Yang Terinfeksi HIV di Jakarta Timur Tahun 2013-2014

5.3.7 Pembinaan dan Pengawasan

Pembinaan dan pengawasan kegiatan KTS di layanan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten setempat (Kemenkes, 2005). Untuk meningkatkan pelayanan KTS di Puskesmas, maka dibentuklah Puskesmas Mandiri ARV, dimana klien dengan rencana tindak lanjut pengobatan dapat melanjutkan pengobatan di Puskesmas, tanpa harus merujuk ke layanan tingkat lanjut. Selain itu, Puskesmas yang menyediakan obat ARV dapat memudahkan klien untuk terkontrol dalam pengobatannya. Puskesmas Kramat Jati sudah menjadi Puskesmas Mandiri ARV dari tahun 2014, sementara Puskesmas Pasar Rebo baru memulai pada April 2015. Manfaat dari penunjukan Puskesmas sebagai Mandiri ARV dirasakan oleh Puskesmas Pasar Rebo, berikut pernyataan dari informan:

“masih banyak yang lost karena dulu kan masih belum ada arv..kalo tahun ini yang baru masuk arv ada 14”. (I1)

Pembinaan dan pengawasan yang dilakukan oleh Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur dalam pelaksanaan kegiatan KTS adalah dengan melakukan pencatatan pelaporan data klien yang melakukan KTS. Selain itu, juga diadakan pertemuan rutin tiap bulannya untuk mengevaluasi kegiatan KTS bersama dengan seluruh komponen yang terlibat dalam program KTS ini, termasuk LSM. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan kualitas layanan KTS. Meskipun rutin dilakukan pertemuan untuk terus mengevaluasi kegiatan, tetapi penetapan pendataan sasaran kegiatan masih dirasakan kurang tepat antar pemangku kepentingan. Berikut pernyataan informan:

“nah itu dia sekarang, kan yang tahu berapa populasi kunci kan yang melakukan itu KPA dengan LSM, itu yang kita pakai sebagai data kita, kayak kemarin itu di 2015 saya dibilang LSL (di wilayah kerja Puskesmas) saya banyak nah itu saya bingung gimana bisa gitu, nah yang itu kadang saya bingung pas ditampilin, itu darimana ya, karena mereka kerja dengan target inilah kadang kita ragu data itu bener atau ngga”. (I3)

5.3.7.1 Kepuasan Konselor

Kendala ketika konseling dialami oleh informan adalah terdapat klien menyangkal terhadap hasil status yang reaktif (*denial*), sehingga dia tidak meneruskan pengobatan. Hal lain yang dialami adalah terdapat klien yang baru sadar dirinya terkena HIV dan mau memeriksakan diri ke Puskesmas ketika sudah sakit parah. Berikut pernyataan informan:

“ada, tapi banyak juga yang kembali lagi..biasanya mereka yang denial..kita telpon atau sms, kalo ngga datang juga yasudah..kita mau melacaknyanya juga gimana..biasanya kan mereka berpindh-pindah”.

(I4)

“ada yang datang sudah parah seharusnya dia tidak perlu menunggu lagi masa jendela untuk datang kesini, kalau sudah tau berisiko ga usah nunggu-nunggu terus”. (I2)

Hal serupa dinyatakan oleh informan klien yang mengakui dirinya sempat menyangkal atas hasil tes yang ia dapat pada pemeriksaan pertamanya.

“anak dulu yang ketahuan karena sakit..sudah itu kami tes di cipto, tapi tak percaya..jadi setelah beberapa tahun kami tes lagi disini karena koq badan sakit terus, ternyata positif juga..setelah itu mulai menerima, dan lanjut arv..tapi kami tetap tertutup.”

Hal lain yang menjadi masalah konselor ketika melakukan konseling adalah ketika pasangan klien yang tidak mengetahui status HIV pasangannya sendiri. Pasangan yang tidak mengetahui status HIV dari pasangannya sendiri biasanya baru mengetahui ketika mengalami sakit. Seperti yang dinyatakan oleh salah satu informan yang awalnya dia berpikir sakit yang dideritanya hanya sakit biasa. Berikut pernyataan informan:

“suami saya kan belum lama meninggal..nah terus katanya saya penyakitnya boleh ketularan dari suami gitu ya.. lima bulan lalu jalan enam bulan ini..saya kan diambil darahnya..katanya saya positif..positif apa tuh..HIV..yaudah seminggu sekali kan saya kontrol kesini.”

Banyak perempuan pasangan penasun di Indonesia yang mengetahui status HIV pasangannya ketika kondisi suami sudah parah, meninggal, atau bahkan ketika virus itu sudah menginfeksi tubuh anaknya (AusAid, 2009). Hal serupa terjadi pada kelompok LSL di Afrika Selatan melaporkan hanya setengah LSL yang akses ke KTS dan tidak semua dari mereka mau membuka status HIV kepada pasangannya (HSRC, 2009).

Buku pedoman KTS Tahun 2005 menguraikan bahasan tentang membuka status kepada pasangan klien, dimana tertulis dalam uraian tersebut lebih mengarah kepada konfidensialitas bagi petugas, artinya petugas kesehatan harus menjaga kerahasiaan informasi dari klien, bukan memuat manfaat membuka status bagi klien, pasangan, dan keluarga pada masa mendatang. Sedangkan pada Modul 2002 menguraikan bahasan tentang strategi pengurangan risiko. Uraianannya kurang jelas karena tidak memuat seperti apa strateginya serta tidak ada contoh cara buka status bagi ODHA laki-laki dan ODHA Perempuan. Konselor juga pada akhirnya enggan memberikan dorongan kepada klien untuk membuka status HIV justru karena alasan konfidensialitas.

5.3.7.2 Kepuasan Klien

Salah satu penilaian dalam kinerja SDM dalam pelaksanaan KTS adalah rendahnya komplain dari klien. Ini dibuktikan di kedua Puskesmas, selama ini belum terdapat komplain. Jika terjadi masalah dalam pelaksanaan KTS, tiap Puskesmas akan mendiskusikan terlebih dahulu bersama tim, meskipun salah satu tim berada di lapangan, tetapi komunikasi dapat berlangsung melalui media elektronik. Berikut pernyataannya:

“Kita sebenarnya ada semacam pertemuan rutin lah ya, kadang kalo hari itu ada masalah kita langsung bicarakan atau kalau ga bisa ketemu, kita ada grup WA langsung ngabarin dari situ..”. (I1)

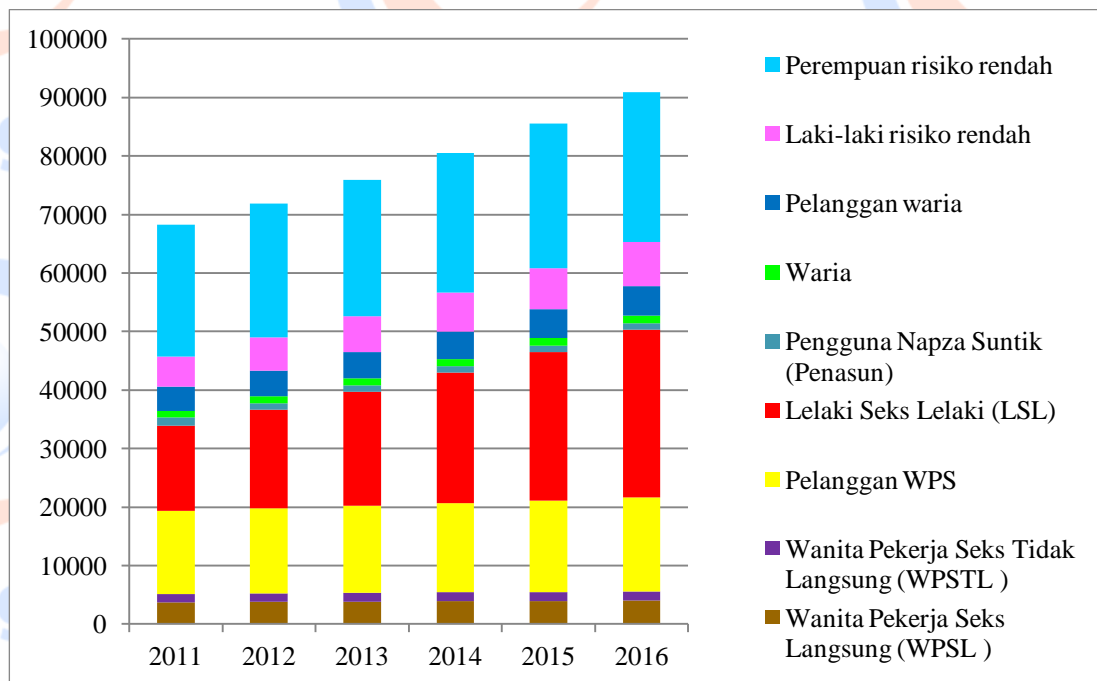
Kedua Puskesmas, baik Puskesmas Pasar Rebo dan Puskesmas Kramat Jati, menyediakan kotak saran untuk mengetahui komplain apa yang diberikan klien kepada petugas selama pelaksanaan KTS. Di kedua Puskesmas

menyatakan bahwa selama ini belum ada komplain dari klien terhadap layanan yang diberikan. Berikut pernyataan dari informan:

“ada survei pelanggan..kapan dilakukannya juga kita ga tau, jadi kan biasanya ada minlok, jadi biasanya kalo ada keluhan di laporkan disitu, tapi selama ini kita ga pernah dapat teguran minlok”. (I3)

5.3.7.3 Populasi Kunci Yang Memanfaatkan KTS

Dari data KTS di Jakarta Timur yang telah diperlihatkan sebelumnya dapat dilihat bahwa populasi kunci mengalami peningkatan dalam kunjungan ke KTS dan penurunan jumlah infeksi HIV. Namun, yang perlu dilihat bahwa pada kelompok Penasun, pasangan risti, LSL, dan pelanggan merupakan kelompok yang menyumbang kasus HIV terbanyak dari tahun 2013-2014 dalam pelaksanaan KTS. Hal ini sesuai dengan epidemi yang diperkirakan terjadi di Indonesia. Meskipun epidemi HIV di Indonesia biasanya dihubungkan dengan pengguna jarum suntik (Penasun) dan pekerja seks perempuan (WPS), ternyata situasi epidemi HIV dan AIDS telah berubah. Diperkirakan, jumlah terbesar infeksi HIV baru akan terjadi di antara laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), diikuti oleh perempuan pada populasi umum (perempuan risiko rendah), yang terdiri dari perempuan terinfeksi melalui berhubungan seks dengan pasangan yang terinfeksi serta wanita yang mereka sendiri mungkin telah terlibat dalam perilaku berisiko pada tahun sebelumnya dan mereka yang sebenarnya telah terinfeksi HIV dan baru dapat terdeteksi di kemudian hari. Jumlah infeksi yang cukup besar terjadi pada laki-laki yang merupakan pelanggan pekerja seks dan laki-laki populasi umum (laki-laki risiko rendah), yang terdiri dari laki-laki yang terinfeksi melalui hubungan seksual dengan istri mereka ditambah dengan laki-laki yang berhubungan seks dengan WPS pada tahun sebelumnya (Kemenkes, 2013)



Grafik 5.7 Estimasi dan Proyeksi Jumlah Infeksi Baru HIV/AIDS Berdasarkan Populasi Kunci Tahun 2011-2016

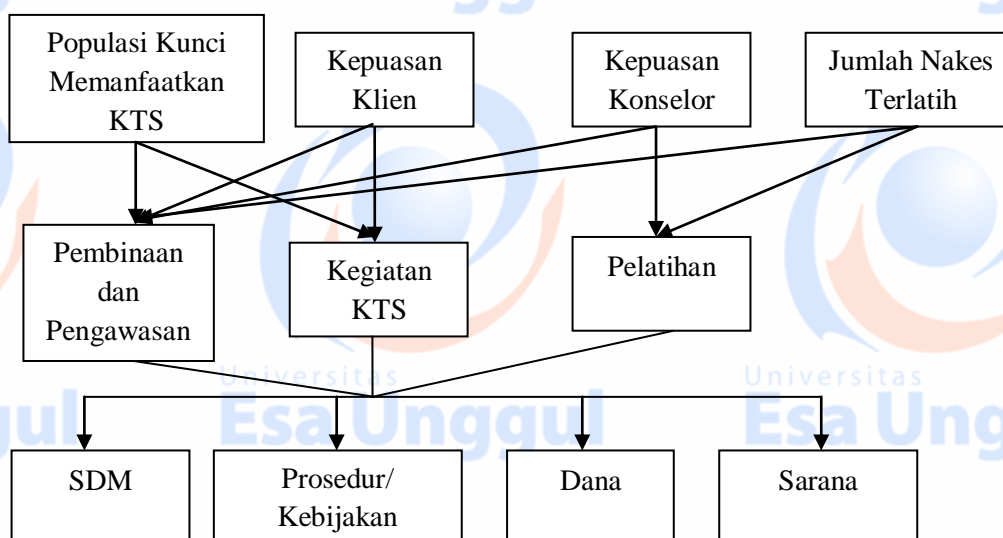
Dari Grafik 5.7 terlihat bahwa proyeksi dari tiap populasi kunci yang menyumbangkan HIV/AIDS terbesar hingga tahun 2016 adalah LSL, perempuan risiko rendah, dan pelanggan WPS. Hal ini juga sesuai dengan proporsi infeksi HIV baru berdasarkan cara penularannya pada tahun 2011-2015 (Grafik 5.8) dimana seks LSL menjadi proporsi terbesar, lalu diikuti oleh suami ke istri, dan seks dari pekerja seks (Kemenkes, 2013)

Jika dilihat dari SRAP KPAP DKI Jakarta Tahun 2013-2017 yang menyatakan bahwa besaran populasi kunci di daerah Jakarta Timur sebesar 342.401 yang dibagi dari populasi WPSL, WPSTL, Penasun, LSL, dan LBT. Dibandingkan dengan laporan KTS Jakarta Timur, maka kunjungan populasi kunci dengan jumlah populasi di Jakarta Timur hanya 5% yang telah mengakses.

5.4 Evaluasi Kerangka Kerja Logis dalam Kegiatan KTS

Dari hasil dan pembahasan yang telah dijelaskan sebelumnya, peneliti mengubah ke dalam bentuk Kerangka Kerja Logis (KKL). Dari Gambar 5.3 dapat dilihat bahwa pada komponen masukan, baik SDM, prosedur/ kebijakan, dana, dan sarana telah tersedia. Permasalahannya adalah pada kebijakan perihal konfidensial, dimana konselor harus menekankan kerahasiaan atas segala informasi berkaitan dengan klien. Seharusnya konselor juga memberikan dorongan kepada klien untuk membuka statusnya pada pasangannya. Jika hal ini terus berlangsung, maka kasus HIV baru akan terus bertambah dari pasangan klien yang baru mengetahui dirinya terkena HIV ketika sakit parah atau pasangannya meninggal.

Pada komponen aktivitas pada pelatihan telah dilakukan sesuai dengan peraturan yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan bahwa setiap SDM yang terlibat dalam KTS wajib mendapatkan pelatihan KTS. Pada pembinaan dan pengawasan masih terjadi ketidakakuratan data dalam penginputan data klien dan pada kegiatan KTS, kurangnya kesadaran dari klien untuk memeriksakan diri, kekhawatiran akan pengobatan yang mahal, dan keengganan klien membuka status ke klien menjadi sebab dari masalah pada keluaran yaitu belum tercapainya target populasi kunci yang memanfaatkan KTS.



Gambar 5.3 Logika Vertikal Evaluasi Kegiatan KTS

Setelah membuat logika vertika evaluasi kegiatan KTS, maka selanjutnya dibuat logika horisontal dengan melihat indikator dari tiap komponen, sumber informasi, asumsi, dan juga hasil ketercapaian dari tiap komponen. Padas umber informasi, yang dapat dibuktikan oleh informan adalah laporan evaluasi kegiatan bulanan, data kepegawaian, buku SOP/Kebijakan, dan kelengkapan sarana. Dari Tabel 5.5 dapat dilihat bahwa komponen keluaran yang belum tercapai adalah klien yang memanfaatkan KTS, dengan seba dari komponen masukan dan aktivitas yang telah dijelaskan sebelumnya.

Tabel 5.5 Logika Horisontal Evaluasi Kegiatan KTS

Deskripsi	Indikator	MoV	Asumsi	Keterangan
Keluaran				
Kepuasan Klien	Tidak adanya komplain dari klien	Survei kepuasan klien	Komitmen semua stakeholder	Tercapai
Kepuasan Tenaga Kesehatan	Tingkat kepuasan tenaga kesehatan yang puas terhadap kinerjanya	Laporan kinerja pegawai		Tercapai
Jumlah Tenaga Kesehatan Terlatih	Seluruh tenaga kesehatan KTS telah mendapatkan pelatihan	Data kepegawaian	Pemahaman Nakes dalam setelah pelatihan	Tercapai
Jumlah populasi berisiko yang memanfaatkan KTS	80% populasi kunci memanfaatkan KTS	Laporan evaluasi KTS	Sasaran kegiatan berpartisipasi aktif dalam KTS	Belum Tercapai

Tabel 5.5 Logika Horisontal Evaluasi Kegiatan KTS

Deskripsi	Indikator	MoV	Asumsi	Keterangan
Aktivitas				
Pembinaan dan pengawasan	- 1 bulan sekali pertemuan rutin - Pelaporan melalui SIHA tiap bulan	Laporan evaluasi KTS	Komitmen semua <i>stakeholder</i>	Tercapai *pada pelaporan masih ada klien yang tidak bisa dijelaskan dari kelompok apa
Pelatihan Tenaga Kesehatan	Setiap SDM dilatih KTS	Data kepegawaian		Tercapai
Pelaksanaan KTS	Berjalanya KTS di layanan dan <i>mobile</i>	Laporan KTS		Tercapai *karena fokus pada populasi kunci, KTS populasi umum kurang *kesadaran populasi kunci untuk KTS kurang
Input				
Kebijakan/Prosedur	- Tersedia alur pelayanan - Tersedia prosedur pelayanan	Buku SOP/Kebijakan	Komitmen semua <i>stakeholder</i>	Tercapai *kebijakan konfidensial dengan dorongan membuka status ke pasangan bertolak belakang
Sarana	Tersedianya kelengkapan sarana di layanan	Buku kengkapa sarana		Tercapai
Dana	50% APBD dan 50% Kemenkes	Laporan realisasi anggaran		Tercapai
SDM	Tersedia 5 SDM di tiap KTS: dokter, koselor, RR, lab, LSM	Data kepegawaian		Tercapai

Dari permasalahan yang telah ditemukan dari hasil penelitian ini, maka peneliti membuat analisis masalah untuk menguraikan dasar dari permasalahan ini untuk dibuat solusi penyelesaiannya. Dari Gambar 5.4 dapat dijelaskan bahwa masalah utamanya adalah populasi kunci yang memanfaatkan KTS tidak sesuai dengan target dan penyebabnya adalah sebagai berikut:

1. Kurangnya KTS pada Populasi Umum

Fokus pada KTS di populasi kunci mengurangi perhatian Puskesmas dan pemangku kepentingan di daerah setempat untuk melakukan KTS di Populasi Umum. Penggerakan program HIV/AIDS di masyarakat melalui Layanan Komprehensif Berkesinambungan belum berjalan dengan baik.

2. Pendataan klien belum optimal

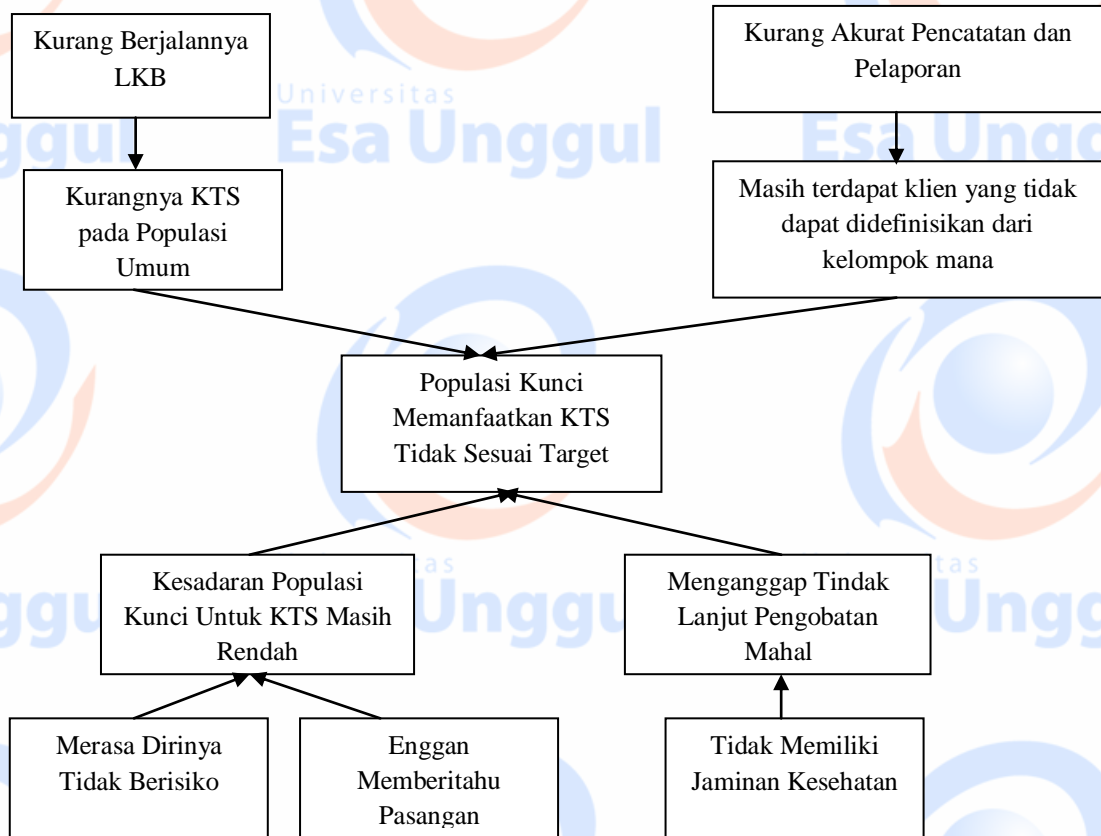
Dari hasil laporan kegiatan KTS memperlihatkan bahwa masih banyak kasus yang belum dapat dijelaskan dari kelompok mana. Kurang akuratnya dalam pencatatan dan pelaporan pada awal pengentrian data klien ke SIHA bisa menjadi penyebab dari masalah ini.

3. Kesadaran Populasi Kunci untuk memeriksakan diri masih rendah

Populasi kunci masih merasa dirinya tidak berisiko dan keengganan dari klien memberitahu pasangan dengan alasan ketakutan menjadikan penyebab populasi kunci dari pasangan risti tidak memeriksakan diri.

4. Anggapan pengobatan berkelanjutan HIV/AIDS mahal

Klien yang tidak memiliki jaminan kesehatan walaupun sadar dirinya berisiko memilih untuk tidak memeriksakan diri karena kekhawatiran pengobatan yang mahal.



Gambar 5.4 Analisis Masalah Evaluasi Kegiatan KTS

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, maka peneliti dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Kegiatan KTS di Puskesmas Jakarta Timur telah berjalan dengan baik. Target yang tidak tercapai disebabkan karena kesadaran populasi kunci yang masih kurang untuk memeriksakan diri, kurang akuratnya dalam pencatatan dan pelaporan, dan kurangnya pelaksanaan KTS di populasi umum. Jumlah kunjungan KTS di wilayah Jakarta Timur meningkat tiap tahunnya. Namun, dari jumlah estimasi populasi berisiko yang ada di Jakarta Timur, jumlah tersebut masih jauh dikatakan cukup.
2. Semua SDM yang menjadi informan telah mendapatkan pelatihan. Pelatihan yang wajib diikuti oleh SDM adalah tentang KTS. SDM mendapatkan pelatihan KTS yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan atau Kementerian Kesehatan. Pelatihan memberikan kepuasan konselor secara tidak langsung dengan menambah keterampilan saat melayani klien.
3. SDM dalam pelaksanaan KTS adalah dokter, konselor, bagian pencatatan dan pelaporan, laboratorium, dan LSM. Pendanaan KTS bersumber pada APBD dengan ketentuan 50% dan 50% dari Kemenkes. Dalam pelaksanaannya, KTS tidak dipungut biaya. Sarana yang diperlukan dalam pelaksanaan KTS adalah media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE). Stok KIE selama ini dirasa sudah mencukupi oleh Puskesmas, begitu juga dengan ketersediaan kondom. Untuk reagen, didistribusikan sesuai dengan laporan evaluasi KTS tiap bulannya. Jam buka pelayanan selain mengikuti operasional Puskesmas. Prosedur yang menjadi acuan dalam pelaksanaan KTS adalah Modul Pelatihan Tahun 2002 dan Pedoman Pelaksanaan KTS 2005 yang




dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Alur pelayanan KTS, diupayakan agar tidak menyulitkan klien ketika datang ke layanan.

4. Pembinaan dan pengawasan dilakukan dilakukan oleh Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur dengan melakukan pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan juga pertemuan rutin, sementara konselor difasilitasi melalui PKVHI. Alur pencatatan dan pelaporan dilakukan berjenjang dengan menginput ke SIHA. Namun, kesalahan sistem terkadang terjadi pada SIHA. Kelemahan dari pencatatan dan pelaporan juga terlihat dari masih ada ketidakjelasan data laporan. Konselor tergabung dengan ikatan konselor yaitu PKVHI, dimana disana selain berbagi pengalaman dalam konseling, juga mendapatkan perlindungan atas apa yang mereka kerjakan.


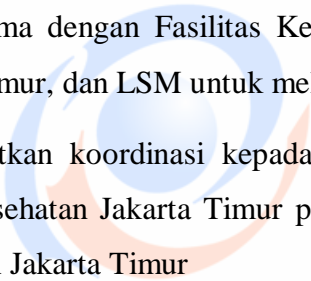
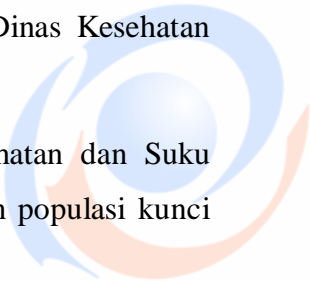
6.2 Saran

Saran yang dapat peneliti sampaikan adalah sebagai berikut:

1. Puskesmas
 - a. Menyarankan dan membantu klien untuk memberitahukan status HIV-nya kepada pasangannya
 - b. Meningkatkan peran Puskesmas untuk menggerakkan LKB di masyarakat
 - c. Memfasilitasi klien untuk pembuatan jaminan kesehatan dengan menginformasikan prosedur dan tata cara pendaftaran jaminan kesehatan kepada klien
 - d. Melakukan pengentrian data klien lebih akurat dengan memperhatikan cara penularan HIV klien
2. Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur
 - a. Mengawasi pelaksanaan LKB di wilayah Jakarta Timur sebagai bentuk pencegahan HIV/AIDS pada masyarakat umum

- 
- 
- 
- b. Mengawasi pencatatan dan pelaporan klien di fasilitas kesehatan, sehingga jika terjadi kejanggalan dapat ditanyakan terlebih dahulu kepada fasilitas kesehatan

3. KPA Kota Jakarta Timur

- 
- 
- 
- a. Bekerjasama dengan Fasilitas Kesehatan, Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur, dan LSM untuk melaksanakan LKB
- b. Meningkatkan koordinasi kepada Fasilitas Kesehatan dan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur pendataan sasaran populasi kunci di wilayah Jakarta Timur



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul



Universitas
Esa Unggul

DAFTAR PUSTAKA

A.S Katili, et al. (2013). STUDI PELAKSANAAN PELAYANAN VOLUNTARY COUNSELLING AND TESTING (VCT) HIV DAN AIDS DI PUSKESMAS KOTA MAKASSAR.

Aggleton, P, et al. (1994). *Learning About AIDS: Scientific and Social Issues, Second Edition*. United States of America: Churchill Livingstone.

AusAid. (2003). *AusGUIDELines: The Logical Framework Approach*. AusAid.

AusAid. (2009). *Perempuan di Lingkar NapzaSuntik, Penelitian Eksploratif di Delapan Kota di Indonesia Tahun 2007*. Indonesia HIV/AIDS Prevention and Care Project and AusAid.

Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.

Azwar, A. (1980). *Puskesmas dan Usaha Kesehatan Pokok*. Jakarta: CV Adakoma.

Bappenas. (2008). *Kumpulan Bahan Latihan: Pemantauan dan Evaluasi Program-Program Penanggulangan Kemiskinan*.

Baroya, N., & Sulistiyani. (2008). The Implementatiopn of HIV&AIDS Prevention and Tackling.

Berita Jakarta. (n.d.). Retrieved May 15, 2015, from *berita jakarta*: http://m.beritajakarta.com/read/6066/17_Warga_Jaktim_Meninggal_Terjangkit_HIVAIDS

CDC. (1995). *HIV Transmission in a dialysis center Colombia 1991-1993*. CDC.

Dinku, F., & Andargie, G. (2013). Assessment of Voluntary Counseling and Testing (VCT) Service Quality in Terms of Client Satisfaction; a Comparative Study between Public and Private Health Institutions in Addis Ababa, Ethiopia. *Science Journal of Clinical Medicine* , 5.

Dirjen PP & PL. (2004). *Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela HIV*. Dirjen PP & PL.

Ditjen PP & PL. (2014). *Statistik Kasus HIV-AIDS di Indonesia Triwulan I Tahun 2014*. Ditjen PP & PL Kemenkes RI.

Ditjen PP&PL. (2013). *HK.02.03/D/III.2/823/2013 Tentang Alokasi Pembiayaan Logistik HIV/AIDS*.

Ditjen PP&PL. (2013). *Pedoman KT HIV Tahun 2013*.

Djoerban, Z. (2001). *Membidik AiDS Ikhtiar Memahami HIV dan ODHA*. Yogyakarta: Galang Press.

Facusi, AS, et al. (2008). *Harrison's Principle of Internal Medicine 17th Edition*. USA: McGraw-Hill.

HSRC. (2009). MSM Study Warns of Parallel HIV Epidemic. *Human Science Research Council*, www.hrsc.ac.za/Media-Release-374.html.

Kemenkes. (2013). *Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016*.

Kemenkes. (2005). *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1507/MENKES/SK/X/2005 Pedoman Pelayanan KTS*.

Kemenkes. (2005). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan testing HIV/AIDS secara Sukarela (VCT)*. Jakarta.

Kemenkes. (2013). *Modul Manajemen PKM Terintegrasi HIV/AIDS*.

Kemenkes. (2002). *Pedoman Manajemen Puskesmas*.

Kemenkes. (2012). *Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)*.

Kemenkes. (2006). *Pedoman Nasional Surveilans Sentinel HIV*.

Kemenkes. (2013). Permenkes Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.

Kemenkes. (2013). *STBP Pada Kelompok Berisiko Tahun 2013*.

Kemenkes. (2007). *Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku*.

Kementerian Luar Negeri. (2004). *Guidelines for Program Design, Monitoring and Evaluations*.

KPAN. (2010). *Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2010-2014*.

KPAN. (2003). *Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS 2003-2007*.

KPAP DKI Jakarta. (2013). *Strategi dan Rencana Aksi Provinsi (SRAP) Penanggulangan HIV/AIDS Tahun 2013-2017*.

Kuntjoro, Sri, dan Zainuddin. (2002). *Dukungan Sosial pada Lansia*. Jakarta: EGC.

Marbun, L. R. (2009). *Gambaran Sistem Pelayanan Unit Diklat RS MMC Tahun 2009*. Universitas Indonesia.

Mujyambere, P. (2012). Barriers to HIV Voluntary Counselling and Testing among Refugees and Asylum Seekers from African Great Lakes region living in Durban.

Muninjaya, G. (2012). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.

PERSI. (2007, August 21). *PD PERSI*. Retrieved 16, 2015, from <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=4409&tbl=cakrawala>

Peter Godwin, et al. (2013). Mid Term Review of Papua New Guinea HIV Strategy 2011-2015.

Pohan, I. S. (2007). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta : EGC.

Rugg, et al. (2004). *Peningkatan kasus baru HIV di DKI Jakarta terlihat cukup tinggi di wilayah Jakarta Timur pada tahun 2013 dibandingkan dengan daerah lainnya, yaitu 591 (2012) menjadi 1.391 (2013)*. Hoboken: NJ Wiley Periodicals. Inc.

Satriani, dkk. (2012). *STUDI MUTU PELAYANAN VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT) DI PUSKESMAS JONGAYA MAKASSAR*.

Sherr, et al. (2014). Systems analysis and improvement to optimize pMTCT (SAIA): a cluster randomized trial. *Implementation Science* , 9:55.

UNAIDS. (2007). *Men who have sex with men: The missing piece in national responses to AIDS in Asia and the Pacific*. Bangkok, Thailand: UNAIDS.

UNAIDS. (2000). *Tools for Evaluating HIV Voluntary and Counseling*.

UNAIDS. (2000). *Tools for Evaluating HIV Voluntary Counseling and Testing*. Geneva.

UNAIDS. (2011). *World AIDS Day Report 2011*.

WHO. (2010). *WHO Statistics 2010*.

Yusnita Maani, dkk. (2013). *Gambaran Implementasi Program Pelayanan VCT di Puskesmas Jongaya Makasar Tahun 2013*.