

## IMPLEMENTASI KEBIJAKAN TATALAKSANA HIV DI PUSKESMAS KABUPATEN SLEMAN

### IMPLEMENTATION OF HIV TREATMENT MANAGEMENT POLICY IN PUSKESMAS SLEMAN REGENCY

Seruni Angreni Susila<sup>1\*</sup>, Yanri Wijayanti Subronto<sup>2</sup>, Tiara Marthias<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat

<sup>2,3</sup>Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan

<sup>1,2,3</sup>Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan  
Universitas Gadjah Mada

#### ABSTRACT

**Background:** HIV/AIDS is still a global and national challenge. The government is trying to control it by expanding access to HIV treatment at the Puskesmas, including 4 Puskesmas in Sleman Regency. However, efforts to expand access to treatment have not yet reached the target of 95% of people living with HIV who are receiving ART and 95% of people living with HIV who are *viral load* suppressed. WHO in 2017 recommended the immediate initiation of diagnosed HIV-positive people regardless of CD4 cell count and followed by changes in the national HIV management policy through a fast-track strategy in 2018 to provide immediate initiation of ARVs, provision of Tuberculosis Preventive Therapy, and *viral load* monitoring. The rapid change in HIV management strategies raises the question of whether the Puskesmas in Sleman Regency can carry out HIV management according to the latest policy recommendations in achieving the target of 90% of people living with HIV who are suppressed by *viral load*.

**Objectives:** Measuring the suitability of the implementation of HIV management at the Puskesmas based on regulations and finding the supporting factors and obstacles in the implementation of HIV management at the Puskesmas.

**Methods:** This is mixed-method research with a sequential explanatory approach. The location of research was carried out in four health centres in Sleman Regency, which had organized the HIV Treatment Support Care Service Program. Data was collected in May-June 2022. Quantitative data was secondary data on cases of people with HIV who accessed PDP services registered at the Puskesmas from 2019 until July 2021. Qualitative data were taken from 9 informants, selected by the purposive sampling method, through in-depth interviews. The quantitative sampling method uses a non-probability sampling method.

**Results:** There is a discrepancy in the suitability of treatment at the Puskesmas with management standards according to regulations, as well as the low number of people living with HIV who are monitored for *viral load* suppression. The inhibiting factor for implementing HIV management in Puskesmas is the attitude of health workers to delay treatment related to perceptions of HIV prevention policies that have not been well socialized. Not all service providers are trained, lack of *viral load* testing facilities in hospitals, inefficient HIV management records systems, and stigma are obstacles to implementing HIV management. The supporting factors for the implementation of PDP HIV are the attitude of the willingness of health workers to provide treatment related to the perception of peer support and the presence of trained officers in counseling and logistical support for adequate drugs.

**Conclusion:** Not all people living with HIV treated at the Puskesmas have received treatment according to regulations until *viral load* suppression is monitored. For this reason, it is necessary to increase the capacity of HIV counseling and management for all health workers involved in providing PDP services, adding *viral load* testing facilities at regional hospitals, and providing HIV stigma prevention programs for people living with HIV, families, communities and health services.

**Keywords:** fast track, HIV management, care support and treatment, primary health care

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** HIV/AIDS masih menjadi tantangan global dan nasional. Pemerintah berupaya melakukan pengendalian dengan memperluas akses pengobatan HIV di Puskesmas, termasuk 4 Puskesmas di Kabupaten Sleman. Namun upaya memperluas akses pengobatan belum mendekati target 95% ODHIV yang mendapatkan ART dan 95% ODHIV yang tersupresi *viral load*. Pada tahun 2017, WHO merekomendasikan inisiasi segera pada ODHIV yang terdiagnosis tanpa memandang CD4 dan hal ini diikuti perubahan kebijakan tatalaksana HIV nasional melalui strategi *fast track* di tahun 2018 untuk memberikan inisiasi segera ARV, pemberian Terapi Pencegahan Tuberculosis, serta pemantauan *viral load*. Perubahan strategi tatalaksana HIV secara cepat menimbulkan pertanyaan apakah Puskesmas di Kabupaten Sleman mampu melakukan tatalaksana HIV sesuai rekomendasi kebijakan terbaru dalam mencapai target 90% ODHIV tersupresi *viral load*.

**Tujuan:** Mengukur kesesuaian implementasi tatalaksana HIV di Puskesmas berdasarkan regulasi serta untuk mengetahui faktor pendukung dan penghambat dalam implementasi penatalaksanaan HIV di Puskesmas.

**Metode:** Penelitian ini merupakan jenis penelitian *mixed method* dengan metode *sequential explanatory*. Lokasi penelitian dilaksanakan di 4 Puskesmas di Kabupaten Sleman yang telah menyelenggarakan Program layanan Perawatan Dukungan Pengobatan HIV. Pengambilan data dilaksanakan di bulan Mei - Juni 2022. Data penelitian kuantitatif adalah data sekunder kasus orang dengan HIV yang mengakses layanan PDP yang teregistrasi pada Puskesmas periode 2019 hingga Juli 2021, sedangkan data kualitatif diperoleh melalui wawancara mendalam dengan 9 informan yang telah dipilih dengan metode *purposive sampling*. Metode pengambilan sampel kuantitatif menggunakan metode *non probability sampling*.

**Hasil:** Terdapat kesenjangan kesesuaian tatalaksana di Puskesmas dengan standar tatalaksana sesuai regulasi serta rendahnya ODHIV yang terpantau supresi *viral load*. Faktor penghambat implementasi tatalaksana HIV di Puskesmas adalah sikap petugas kesehatan menunda tatalaksana berkaitan dengan persepsi kebijakan tatalaksana HIV belum tersosialisasi dengan baik. Belum semua petugas pemberi layanan terlatih, kurangnya sarana tes *viral load* di RS Daerah, sistem pencatatan tatalaksana HIV yang kurang efisien, serta adanya stigma juga menjadi penghambat implementasi tatalaksana HIV. Faktor pendukung implementasi PDP HIV adalah sikap kesediaan petugas kesehatan untuk memberikan tatalaksana terkait persepsi dukungan pendamping sebaya dan adanya petugas yang terlatih konseling serta dukungan logistik obat yang memadai.

**Kesimpulan:** Belum semua ODHIV yang ditangani di Puskesmas mendapatkan tatalaksana sesuai regulasi hingga terpantau supresi *viral load*-nya. Oleh karena itu, perlu peningkatan kapasitas konseling dan tatalaksana HIV bagi seluruh petugas kesehatan yang dilibatkan dalam pemberian layanan PDP, penambahan sarana tes *viral load* di RS daerah, dan pengadaan program pencegahan stigma HIV bagi ODHIV, keluarga, komunitas serta layanan kesehatan.

**Kata kunci:** fast track, tatalaksana HIV, perawatan dukungan pengobatan, Puskesmas

\*Penulis Korespondensi. Email: serunidr@gmail.com

## PENDAHULUAN

Indonesia memiliki pola epidemi HIV yang kompleks dengan sebaran wilayah yang luas serta jumlah penduduk yang besar. Guna mempermudah akses konseling tes dan pengobatan HIV, maka layanan diperluas hingga ke layanan primer. Namun demikian, capaian cascade HIV masih jauh dari target. Pada tahun 2017, hanya 31,89% ODHIV yang masih menjalani pengobatan HIV dan 3,95% mengalami supresi *viral load*.<sup>1</sup>

Dalam pelaksanaannya, layanan Perawatan Dukungan dan Pengobatan (PDP) HIV di layanan primer masih menghadapi berbagai masalah. Penelitian yang dilakukan oleh Sugiana dkk. menyebutkan masih dijumpai adanya hambatan internal dari Puskesmas di Kabupaten Badung yang menjadi satelit layanan *Anti-Retroviral Therapy* (ART). Hambatan utama adalah sikap penolakan informan kesehatan terkait persepsi, keterbatasan jumlah dan kompetensi tenaga, peningkatan beban kerja, serta belum adanya kebutuhan internal layanan Puskesmas sebagai satelit ART. Hambatan lainnya bersumber dari kurangnya sarana dan prasarana laboratorium pendukung pra-ART, ketiadaan petunjuk teknis dan manajemen pelaporan HIV/AIDS (SIHA) sebagai satelit ART, serta pembiayaan program HIV/AIDS yang masih dominan dari donor. Adapun hambatan eksternal bersumber dari stigma dan diskriminasi HIV.<sup>2</sup>

Pada tahun 2017, WHO mengeluarkan rekomendasi agar ODHIV yang memenuhi syarat langsung mendapatkan inisiasi ARV dalam waktu 7 hari dari sejak didiagnosis, sebagai upaya percepatan supresi *viral load* dan penurunan resiko penularan.<sup>3</sup> Strategi *fast track* ini kemudian diikuti secara nasional melalui rekomendasi kebijakan yang dikeluarkan Kemenkes melalui Surat Edaran Direktur Jenderal P2P No.HK.02.02/II/1564/2018 serta Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/90/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana HIV. Penekanan strategi *fast track* dalam surat edaran mengikuti rekomendasi WHO yaitu inisiasi segera (0-7 hari dari diagnosis HIV) bagi ODHIV yang memenuhi syarat, pemberian Terapi Pencegahan Tuberculosis (TPT), serta pemantauan pengobatan berdasar *viral load*.<sup>4,5</sup>

Sleman merupakan salah satu Kabupaten di Daerah Istimewa Yogyakarta dengan jumlah kasus kumulatif HIV tertinggi di DIY, yaitu sebanyak 1.362 kasus HIV kumulatif dari tahun 1993-2020. Kabupaten Sleman telah memiliki 4 Puskesmas yang dapat menyediakan layanan perawatan dukungan dan pengobatan HIV. Hasil diskusi awal dengan Pengelola Program HIV Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman diketahui bahwa perluasan akses layanan HIV ke Puskesmas sudah dilakukan sejak tahun 2017 secara bertahap. Pada tahun 2020,

terdapat penambahan kasus HIV baru sebanyak 113 kasus dan 23 diantaranya dalam kondisi AIDS. Belum pernah dilakukan kajian ilmiah terhadap implementasi tatalaksana HIV di Puskesmas Kabupaten Sleman sebelumnya seperti kajian mengenai berapa dari kasus HIV yang ditangani di Puskesmas sesuai regulasi dan akhirnya mengalami supresi *viral load*. Penelitian ini diharapkan dapat menggali implementasi tatalaksana HIV di Puskesmas Kabupaten Sleman serta dapat berkontribusi dalam evaluasi kebijakan pengobatan HIV khususnya di layanan primer.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *mixed-methods*, dengan desain *sequential explanatory*. Metode pengambilan sampel kuantitatif menggunakan metode *non-probability sampling* dan untuk pemilihan informan sebagai sumber data kualitatif dipilih dengan metode *purposive sampling*. Pengumpulan data kuantitatif dilakukan dengan mengumpulkan data sekunder dari registrasi kunjungan Puskesmas, Laporan Bulanan HIV serta SIHA. Sedangkan pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan wawancara mandalam. Lokasi penelitian dilaksanakan di 4 Puskesmas di Kabupaten Sleman yang telah menyelenggarakan program layanan PDP HIV yaitu Puskesmas Tempel I, Puskesmas Ngemplak I, Puskesmas Depok III, Puskesmas Mlati II. Adapun pengambilan data dilaksanakan pada bulan Mei-Juni 2022.

Sumber data sekunder adalah orang dengan HIV yang mengakses layanan PDP di Puskesmas yang terdaftar pada register Puskesmas dan laporan bulanan HIV/AIDS dengan kriteria inklusi kasus HIV positif baru yang mengakses layanan PDP HIV Puskesmas dari tahun 2019 sampai dengan Juli 2021. Penatalaksanaan HIV yang diamati meliputi waktu inisiasi ARV dari sejak terdiagnosis, pemberian Terapi Pencegahan Tuberculosis, dan waktu pemantauan *viral load* yang diamati sekurang-kurangnya 6 bulan dari waktu inisiasi ARV sesuai PNPk Tatalaksana HIV Kemenkes Tahun 2019. Sedangkan kriteria eksklusi adalah kasus HIV positif baru yang mengakses layanan PDP sebelum 2019 dan sesudah bulan Juli 2021, kasus HIV positif pada ibu hamil, anak berusia kurang dari 18 tahun, memiliki riwayat putus obat ARV, ODHA dengan kontraindikasi inisiasi ART 0-7 hari setelah diagnosis, dan ODHA dengan TB. Kasus HIV positif baru setelah bulan Juli 2021 dimasukkan sebagai kriteria eksklusi karena saat pengambilan data penelitian belum waktunya untuk dilakukan monitoring *viral load*.

Pemilihan informan dalam penelitian dilakukan secara *purposive sampling* yaitu pemilihan informan yang dianggap mengetahui masalahnya secara lebih luas dan mendalam serta dapat dipercaya sebagai sumber data. Informan terdiri dari 9 orang yaitu 1 orang penge-

lola program HIV Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, 8 orang dari 4 Puskesmas (masing-masing dua orang yang terdiri dari dokter layanan PDP dan pengelola program HIV). Penelitian ini menggunakan tiga variabel, yaitu variabel independen, variabel dependen dan variabel luar. Variabel independen dalam penelitian ini yaitu: Inisiasi ARV; Pemantauan *viral load*; dan Pemberian Terapi Pencegahan Tuberculosis. Variabel dependen adalah kesesuaian implementasi, dan variabel luar yaitu faktor penghambat dan pendukung implementasi.

Analisis data kuantitatif menggunakan data sekunder dari SIHA yang dianalisis secara deskriptif untuk mendapatkan gambaran cakupan program. Sedangkan data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan informan penelitian yang direkam, lembar

pertanyaan (*questioner*) yang berisi pertanyaan terbuka, data sekunder dari register, dan catatan lapangan. Data kualitatif tersebut dianalisis menggunakan teknik tematik analisis. Identifikasi tema dan pengkodean memungkinkan peneliti untuk mengidentifikasi dan menilai faktor-faktor pendukung dan penghambat kesesuaian implementasi penatalaksanaan HIV.

## HASIL

Peneliti mengambil data sekunder dan melakukan wawancara kepada informan di 4 Puskesmas pemberi layanan PDP untuk mengetahui sumber daya dan cakupan selama periode Januari 2019 sampai dengan 31 Juli 2021. Gambaran *setting* Puskesmas yang menjadi tempat penelitian dapat dilihat pada Tabel 1.

**Tabel 1.** Gambaran umum lokasi penelitian

Puskesmas	Jenis	Jumlah SDM Terlatih PDP HIV	Tahun Dilatih	Tanggal Aktivasi Layanan	Tanggal Mulai Menerima Pasien PDP HIV	Lokasi Pemberian Layanan	Petugas layanan
Tempel I	Rawat Inap	1 Dokter*) 1 Perawat 1 Apoteker	2018 2016 2016	2017	2017	Poli Umum (kadang dengan perjanjian)	Semua dokter, perawat, apoteker (tidak hanya yang terlatih)
Ngemplak I	Rawat Inap	1 Dokter*) 1 Perawat 1 Apoteker	2020 2018 2018	2019	2019	Poli Umum (kadang dengan perjanjian)	Semua dokter, perawat, apoteker (tidak hanya yang terlatih)
Depok III	Rawat Jalan	1 Dokter 1 Apoteker 1 RR	2018 2018 2018	2020	2020	Poli Umum (kadang dengan perjanjian)	Semua dokter, perawat, apoteker (tidak hanya yang terlatih)
Mlati II	Rawat Inap	2 Dokter 1 Perawat 1 Apoteker	2018, 2020 2018 2018	2020	2020	Poli Umum (kadang dengan perjanjian)	Semua dokter, perawat, apoteker (tidak hanya yang terlatih)

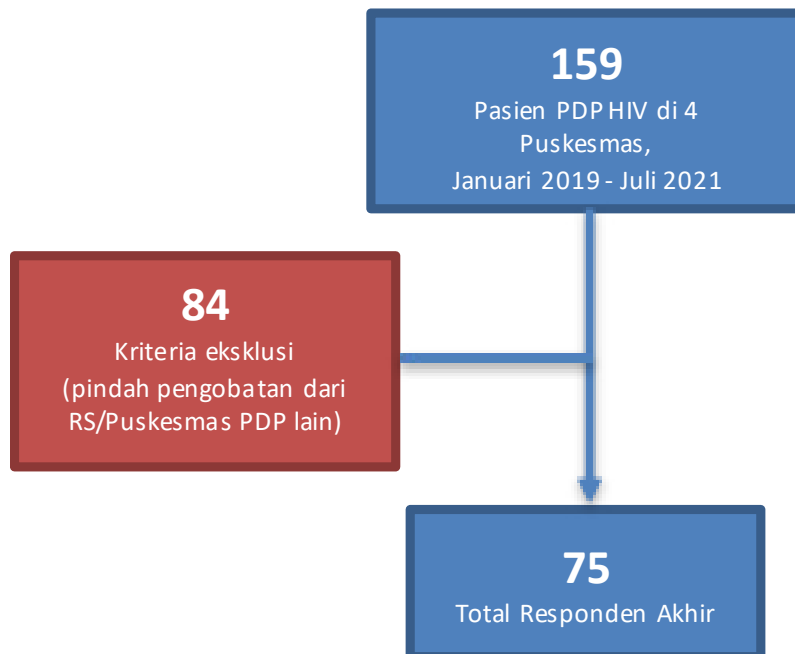
\*sudah dipindah tugas ke Puskesmas lain

Tabel diatas menunjukkan variasi waktu memulai layanan PDP HIV pada 4 Puskesmas yang didahului oleh Puskesmas Tempel I. Rejimen ARV yang digunakan saat *setting* penelitian sama, kecuali Puskesmas Ngemplak I yang menggunakan *Dolutegravir*. Keempat Puskesmas menggunakan rejimen Isoniazid (INH) untuk Terapi Pencegahan Tuberculosis (TPT), tidak memiliki pemeriksaan penunjang *viral load* sehingga seluruh pasien akan dirujuk ke RS saat bulan pemeriksaan *viral load*, serta belum memiliki prosedur kerja sesuai regulasi yang terbaru.

Selanjutnya peneliti melakukan pengambilan data sekunder dari sistem informasi Puskesmas meliputi Laporan Bulanan HIV dan Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA). Data dari setiap lokasi penelitian dapat dilihat pada Tabel 2. Secara keseluruhan didapatkan sebanyak 159 ODHIV yang mengakses pengobatan HIV di 4 Puskesmas tersebut, namun hanya 75 yang memenuhi kriteria inklusi (Gambar 1).

**Tabel 2.** Data sekunder dari setiap lokasi penelitian

Puskesmas	Jumlah Pasien	Kriteria Inklusi	Usia (tahun)	Faktor Resiko HIV	Jenis Kelamin	Alamat (KTP)	Memiliki BPJS	Faskes Asal KTHIV	Metode KTHIV	Pendampingan Sebaya
Tempel I	21	13	15-19 : 0 (0%) 20-24 : 5 (38,46%) 25-29 : 3 (23,08%) 30-34 : 1 (7,69%) 35-39 : 2 (15,38%) 40-44 : 0 (0%) 45-49 : 1 (7,69%) >50 : 1 (7,69%)	Heteroseksual 3 (23,08%); <b>LSL 9 (69,23%)</b> WPS 1 (7,69%)	<b>Laki : 11 (69,23%)</b> Perempuan : 2 (15,38%)	Sleman 7 (53,85%); DIY (Non Sleman) 1 (7,69%); <b>Jateng 2 (15,38%)</b> ; Sumatra 1 (7,69%); Kalimantan 1 (7,69%); NTT 1 (7,69%);	<b>13 (100%)</b>	Tempel I : 6 (46,15%) <b>Luar : 7 (53,85%)</b>	<b>KTS : 12 (92,31%)</b> KTIP : 1 (7,69%)	<b>13 (100%)</b>
Ngemplak I	44	5	15-19 : 0 (0%) 20-24 : 0 (0%) <b>25-29 : 2 (40%)</b> <b>30-34 : 2 (40%)</b> 35-39 : 0 (0%) 40-44 : 1 (20%) 45-49 : 0 (0%) >50 <sup>th</sup> : 0 (0%)	Heteroseksual 1 (20%); <b>LSL 4 (80%)</b>	<b>Laki : 4 (80%)</b> Perempuan : 1 (20%)	<b>Sleman 3 (60%)</b> ; Jateng 1 (20%); Maluku 1 (20%)	<b>4 (80%)</b>	<b>Ngemplak I : 4 (80%)</b> Luar : 1 (20%)	<b>KTS : 4 (80%)</b> KTIP : 1 (20%)	<b>4 (80%)</b>
Depok III	80	54	15-19 : 2 (3,70%) <b>20-24 : 26 (48,15%)</b> 25-29 : 13 (24,07%) 30-34 : 7 (12,96%) 35-39 : 4 (7,41%) 40-44 : 2 (3,70%) 45-49 : 0 (0%) >50 : 0 (0%)	Heteroseksual 4 (7,41%); <b>LSL 50 (92,59%)</b>	<b>Laki : 54 (100%)</b>	Sleman 10 (18,52%); DIY Non Sleman 5 (9,26%); Jateng 8; Jabar 2; Sumatra 7; Jatim 9; Kalimantan 4; Sulawesi 3; NTB 2; NTT 1; Papua 2; Maluku 1	25 (46,30%)	<b>Depok III : 52 (96,30%)</b> Luar : 2 (3,70%)	<b>KTS : 50 (92,59%)</b> KTIP : 4 (7,41%)	<b>54 (100%)</b>
Mlati II	14	3	15-19 : 0 <b>20-24 : 1 (33,33%)</b> <b>25-29 : 1 (33,33%)</b> 30-34 : 0 <b>35-39 : 1 (33,33%)</b> 40-44 : 0 45-49 : 0 >50 : 0	<b>LSL 3 (100%)</b>	<b>Laki : 3 (100%)</b>	Sleman 1; DIY Non Sleman 1; Jateng 1	1 (33,33%)	<b>Mlati II : 2 (66,67%)</b> Luar : 1 (33,33%)	<b>KTS : 3 (100%)</b> KTIP : 0	<b>3 (100%)</b>



**Gambar 1.** Pemilihan ODHV sebagai sumber data sekunder

Tabel 2 menunjukkan bahwa jumlah ODHIV terbanyak saat awal penelitian ada di Puskesmas Depok III. Setiap Puskesmas didominasi pasien jenis kelamin laki-laki, dengan faktor resiko terbanyak Laki Seks Laki (LSL). Lebih dari 50% pasien di Puskesmas Tempel I dan Ngemplak I berdomisili KTP Sleman, sedangkan pada Puskesmas Depok III dan Mlati II didominasi KTP non-Sleman. Terkait dengan jaminan pembiayaan kesehatan, lebih dari 80% pasien di Puskesmas Tempel I dan Puskesmas Ngemplak I memiliki Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), hal ini berbeda dengan para pasien di Puskesmas Depok III dan Puskesmas Mlati II dimana pasien yang telah memiliki JKN hanya kurang dari 50%.

Ditinjau dari tempat asal penegakan diagnostik diketahui bahwa keempat Puskesmas mendapatkan pasien HIV positif baru bukan hanya dari yang dilayani di masing-masing Puskesmas tersebut, namun pasien yang dilayani juga berasal dari fasilitas kesehatan lain. Seperti pada Puskesmas Tempel I, lebih dari 50% pa-

sien yang mengakses pengobatan HIV di Puskesmas Tempel I telah didiagnosis HIV dari fasilitas kesehatan lain, sementara 3 Puskesmas lainnya didominasi oleh pasien yang diagnosanya ditegakkan oleh Puskesmas itu sendiri. Adapun ditinjau dari metode konseling tes HIV yang dilakukan dalam penegakan diagnosa, 80% lebih didominasi metode Konseling Tes Sukarela dan seluruh pasien yang mengakses pengobatan HIV juga mendapatkan pendampingan sebaya, kecuali satu kasus di Puskesmas Ngemplak I.

Setelah memperoleh data sekunder tersebut maka peneliti melakukan analisis deskriptif terhadap kesesuaian intervensi yang diberikan petugas Puskesmas terhadap kesesuaian program *fast track*. Kesesuaian intervensi meliputi catatan waktu, durasi dan jenis intervensi yang diberikan diperoleh melalui SIHA. Hasil analisa deskriptif kesesuaian tatalaksana HIV di empat Puskesmas di Kabupaten Sleman dapat dilihat pada Tabel 3 berikut.

**Tabel 3.** Analisis deskriptif data sekunder terkait kesesuaian tatalaksana HIV per Puskesmas

Puskesmas	Kriteria Inklusi	Inisiasi ARV (rejimen ARV lini 1, 0 – 7 hari setelah diagnosis)		Pemberian TPT INH 300mg (diberikan selama 6 bulan)		Waktu Monitoring Viral Load (diberikan per 6 bulan di tahun pertama pengobatan dan setahun sekali pada tahun berikutnya)	
		Sesuai	Tidak Sesuai	Sesuai	Tidak Sesuai	Sesuai	Tidak sesuai
Tempel I	13	12 (92,31%)	1 (7,69%) (berasal dari rujukan faskes luar)	8 (61,54%)	5 (38,46%) (sudah dilakukan skrining TB, TPT belum diberikan)	0	13 (100%) 3 pasien (23,08%) diperiksa >1 tahun pengobatan melalui program viral load GF, lainnya belum diperiksa >6 bulan sejak pengobatan
Ngemplak I	5	5 (100%)	0	3 (60%) diberikan saat inisiasi ARV	2 (40%)	0	4 (80,00%) melalui program viral load GF
Depok III	54	15 (27,78%)	39 (72,22%) (1 berasal dari rujukan faskes luar)	54 (100%) diberikan sebulan setelah inisiasi ARV	0	5 (9,26%)	49 (90,74%) 7 kasus (12,96) diperiksa >1 tahun pengobatan, 42 kasus belum diperiksa >6 bulan sejak pengobatan
Mlati II	3	2 (66,67%)	1 (33,33%) (berasal dari rujukan faskes luar)	1 (33,33%) diberikan seminggu setelah inisiasi ARV	2 (66,67%)	0	3 (100%) Belum diperiksa >6 bulan pengobatan, menunggu jadwal bulan viral load

Tabel 3 menunjukkan bahwa sasaran penelitian yang telah memenuhi dengan kriteria inklusi dan ekslusi sebanyak 75 orang. Sedangkan cakupan kesesuaian inisiasi ARV bervariasi, dari yang terendah di Puskesmas Depok III hingga tertinggi di Puskesmas Ngemplak I. Cakupan kesesuaian pemberian TPT juga bervariasi, tertinggi di Puskesmas Depok III dan terendah di Puskesmas Mlati II. Adapun cakupan kesesuaian monitoring *viral load* memiliki hasil yang sangat rendah,

dimana hanya Puskesmas Depok III yang memiliki 9,26% kasus yang dapat dilakukan monitoring *viral load* sesuai regulasi, sedangkan di tiga Puskesmas lainnya tidak melakukan monitoring sehingga tidak sesuai regulasi.

Setelah analisis data sekunder, tahap selanjutnya adalah menganalisis faktor hambatan dan faktor pendukung melalui wawancara mendalam terhadap 8

informan utama terdiri dari dokter dan pengelola program HIV di masing-masing dari keempat Puskesmas Layanan PDP HIV, serta staf pengelola Program Penyakit Menular di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman sebagai informan triangulasi. Adapun karakter informan dapat dilihat pada Tabel 4.

**Tabel 4.** Karakteristik Informan

Karakteristik	Jumlah Informan Utama	Jumlah Informan Triangulasi
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki - laki	1	1
Perempuan	7	
<b>Umur</b>		
≤ 35	2	
> 35	6	1
<b>Pendidikan</b>		
S1	4	
D3	4	1
<b>Pengalaman Program HIV</b>		
< 2 tahun	0	
2 - 5 tahun	8	1
> 5 tahun	0	

Pada hasil wawancara terhadap informan, didapatkan adanya sikap petugas kesehatan menunda pemberian tatalaksana HIV pada kasus kriteria inklusi. Hal tersebut diidentifikasi sebagai faktor penghambat kesesuaian tatalaksana HIV di Puskesmas. Sikap ini berkaitan dengan persepsi belum tersedianya informasi terbaru terkait petunjuk teknis atau prosedur kerja dalam pemberian layanan pengobatan HIV sesuai regulasi terbaru.

*“Nah ini, lupa-lupa ingat ini (ketawa). SOPnya sih ada tapi tinggalan yang lama. Dulu tahun 2017 kalo ga salah..” (R1, 4)*

Sikap menunda pemberian tatalaksana juga terkait dengan persepsi keterbatasan jumlah petugas kesehatan yang dapat memberikan layanan PDP HIV berkelanjutan, maupun dalam meyakinkan pasien untuk menerima tatalaksana HIV.

*“Jadi loss nya lebih pada mungkin... e... karena yang mengobati dokter e ganti-ganti. jadi untuk dokter yang belum dilatih PDP yang memeriksa meresepkan seperti kunjungan sebelumnya”. (R2, 114)*

*“Kebetulan di Puskesmas itu yang pegang program, jadi tidak satu orang pegang program satu itu gak, kaya saya kebetulan pegang tiga. Jadi agak terpecah-pecah. Karena kebetulan jadwalnya shift Jadi kalau misalnya saya pas gak jaga pagi, terus ada di kabari ada kasus. terus ketika besoknya tanya, ikhtisarnya belum di isi lengkap” (R3, 182)*

*“Saat saya mengatakan bahwa nanti apabila saat meminum vitamin atau ARV pasien merasakan ada keluhan, biasanya saya sebutkan keluhan-keluhan yang sering di rasakan pasien saat minum TLE. Langsung terlihat sedikit ada perubahan di wajah pasien, seperti takut dengan efek obat yang di katakan.. Nah kalau sudah seperti itu biasanya mereka akan menolak dulu untuk minum obat dan menjanjikan utk datang lagi dg alasan mau pikir-pikir dulu. Tapi setelah ada TLD alhamdulillah sudah tidak pernah ada lagi penolakan dokter. Mereka langsung mau minum ARV langsung di malam harinya..” (R7, 26)*

*“Cara penerimaannya masih denial. jadi ketika pada hari itu, saat itu kita temukan mereka bilang iya-ya tetapi masih ada pergolakan batinnya dan akhirnya belum menerima jadi tidak datang lagi ke layanan” (R2, 6)*

Sikap menunda pemberian tatalaksana juga terkait dengan persepsi sistem informasi HIV/AIDS yang belum memberi manfaat optimal bagi petugas kesehatan untuk monitoring kesesuaian tatalaksana.

*“Ya itu terlalu banyak sepertinya. Maksudnya gimana ya, kenapa tidak bikin satu tapi yang lengkap. Jadi petugas itu tidak perlu input sana entri sini. Kan pekerjaan petugas gak cuma ngurus masalah ini” (R4, 49)*

*“Buka ARK itu berat bu. Eeeeeee laptop saya jebol (ketawa) (R5, 211)*

*“Pas kita install SIHA di komputer, komputer server, ternyata dia nggak mau sinkron gitu lho. Nah akhirnya SIMPUS kita yang kalah, data kita ilang semua..” (R8, 215)*

Sikap menunda pemberian tatalaksana juga terkait dengan persepsi kurangnya sarana pemeriksaan viral load serta prasarana (pembiayaan).



*"Susah bu, nunggu viral loadnya belum tentu ada" (R5, 53)*

*"Reagennya sering gak ada." (R7, 163)*

*"Mm... kalo itu mungkin ada sedikit kendala, karena kalau cek VL kan kita bisanya cuman pas bulan viral load aja" (R8, 56)*

*"Tidak semua pasien bisa mengakses pemeriksaan itu, terutama yang tidak punya jaminan. Yang tidak jaminan ya, rata-rata itu kebanyakan itu ekonominya menengah kebawah. Ketika dikasih tahu biayanya segini mereka keberatan. Kalau bisa ya kita rujuk ke RS." (R4, 31)*

*"Kalo memfasilitasi (pemeriksaan viral load) tergantung program" (R6, 141)*

Sikap menunda pemberian tatalaksana juga terkait dengan persepsi adanya keengganan menggunakan jaminan kesehatan oleh karena stigma yang dialami pasien.

*"Kita gak bisa kasih rujukan, kan pasien tersebut harus kembali ke Puskesmas wilayahnya...pas dirujuk kan ternyata (ketahuan) eh kamu pasien HIV" (R5, 131)*

*"Dia khawatir gitu kalau ketahuan dia B20, khawatir nanti keluarganya tahu. Nah itu, mereka keberatannya di situ. Mereka bilang 'Dok, boleh gak Dok jangan dibuat diagnosanya begini'..." (R7, 187)*

Dari wawancara juga didapatkan hasil berupa faktor pendukung tatalaksana HIV di Puskesmas antara lain yaitu persepsi adanya dukungan oleh Pendamping Sebaya ODHIV, dukungan logistik obat, dan dukungan konseling oleh petugas kesehatan yang terlatih.

*"yaaa akhirnya itu tadi, dengan bantuan temen-temen Victory (=LSM) bisa membantu kita untuk membuat pasien tadi percaya" (R7, 68)*

*"Kita sudah pesen ke temen-temen yang bertugas kalau ada pasien baru, kalau tidak ada konselor tetep teman-teman yang di situ. Jadi dari segi SDM, obat semuanya sudah siap" (R4, 21)*

## PEMBAHASAN

Sejalan dengan hasil penelitian dan target global untuk mengakhiri epidemi AIDS pada tahun 2030, maka Indonesia berkomitmen dengan memudahkan akses terhadap pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan terkait HIV dan AIDS. Upaya tersebut perlu dilakukan dengan cara akselerasi temuan kasus HIV dan memperluas inisiasi dini ART dimana ODHIV ha-

rus segera mendapatkan pengobatan ARV berapa pun jumlah CD4-nya pada kelompok populasi kunci dan kelompok khusus.<sup>1</sup>

Telaah terhadap data sekunder dari Sistem Informasi HIV AIDS (SIHA) dan Laporan Bulanan Perawatan HIV-AIDS (LBPHA) pada empat Puskesmas Kabupaten Sleman tersebut, peneliti mendapatkan data sejumlah total 75 ODHIV yang mengakses layanan PDP HIV periode 1 Januari 2019 sampai dengan 31 Juli 2021 dengan 72% kasus mengakses pelayanan di Puskesmas Depok III. Cakupan inisiasi ARV 0 – 7 hari sangat bervariasi antar Puskesmas, tertinggi di Puskesmas Ngemplak I dan terendah di Puskesmas Depok III. Cakupan Terapi Pencegahan Tuberculosis (TPT) tiap Puskesmas juga bervariasi, dimana hanya ada satu Puskesmas yang berhasil mencapai 100% sementara lainnya masih kurang. Adapun cakupan monitoring *viral load* sesuai standar di setiap Puskesmas juga masih sangat rendah yaitu sebesar 9,26% ODHIV di Puskesmas Depok III yang termonitor sesuai standar, sedangkan Puskesmas lainnya tidak ada yang sesuai dengan standar.

Hasil tersebut menggambarkan bahwa implementasi layanan PDP HIV selama periode tersebut belum pada kondisi ideal untuk mencapai luaran intervensi program yaitu meningkatkan kualitas hidup ODHIV dan menurunkan resiko penularan. Semakin baik kesesuaian implementasi program maka akan berkontribusi optimal pada luaran yang ingin dicapai, hal ini menjadi salah satu alasan kenapa implementasi harus diukur tingkat keberhasilannya.<sup>6</sup>

## Hambatan Pemberian Tatalaksana HIV di Puskesmas Kabupaten Sleman

Ditemukan berbagai hambatan dari perspektif petugas kesehatan dalam memberikan tatalaksana HIV di Puskesmas Kabupaten Sleman antara lain yaitu belum semua petugas kesehatan mengetahui standar tatalaksana terbaru bahwa inisiasi ARV diberikan segera 0-7 hari setelah diagnosis bagi pasien ODHIV yang memenuhi syarat, diberikan TPT selama 6 bulan, dan dilakukan pemantau supresi *viral load* setiap 6 bulan pada tahun pertama dan setahun sekali pada tahun berikutnya. Hambatan lain yang ditemukan dalam penelitian ini yaitu pelaksanaan monitoring *viral load* seharusnya dilakukan di rumah sakit dan rujukan dilakukan secara berjenjang hingga ke RSUP Dr. Sardjito (Rumah Sakit tipe A). Belum tersedianya sarana tes *viral load* di rumah sakit daerah mengakibatkan semua pasien di empat Puskesmas tersebut harus diberi rujukan rutin ke RSUP Dr. Sardjito.

Perspektif stigma terhadap status HIV juga disebut sebagai penghambat pasien untuk mau menggunakan JKN saat diberikan rujukan pemeriksaan *viral load* dari fasilitas kesehatan asal ke rumah sakit, sehingga pa-

sien lebih memilih menunggu bulan pemeriksaan *viral load* yang diselenggarakan oleh lembaga donor dengan waktu yang tidak dapat ditentukan.

Perspektif akan banyaknya sistem pencatatan HIV yang harus diisi petugas juga disebut sebagai penghambat karena tidak semua petugas pelayanan mengisi lengkap riwayat tatalaksana yang diberikan kepada pasien di setiap aplikasi pencatatan milik Kemenkes, sehingga penanggung jawab program di layanan PDP HIV mengalami kendala dalam pemantauan tatalaksana lanjutan. Beban administrasi pencatatan di banyak aplikasi tersebut juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Siyam dkk.<sup>12</sup>

Hambatan serupa juga ditemukan pada penelitian di Kabupaten Badung seperti sikap penolakan informan kesehatan terhadap persepsi keterbatasan jumlah dan kompetensi tenaga, peningkatan beban kerja, kurangnya sarana dan prasarana laboratorium pendukung monitoring ART, serta pembiayaan program HIV/AIDS.<sup>3</sup> Selain itu hambatan serupa juga dikemukakan oleh salah satu hasil penelitian dari tim PKMK FKMK UGM yaitu adanya kesenjangan akses, SDM, dan pendanaan yang masih berhadapan dengan isu kecukupan, pemerataan, dan kualitas, selain masalah stigma yang masih dialami ODHA dan populasi kunci.<sup>7</sup> Pada penelitian di Afrika Selatan, juga disampaikan bahwa ada hambatan terkait peningkatan beban kerja dan waktu layanan yang dibutuhkan untuk menangani pasien.<sup>8</sup>

Beberapa ODHA tidak mempunyai akses pengetahuan HIV yang akurat, oleh karena itu diperlukan konseling untuk memastikan pengetahuan ODHA tentang ARV.<sup>9</sup> Penerimaan status HIV dipengaruhi oleh kesadaran individu. Status HIV yang tidak diterima oleh ODHA secara negatif mempengaruhi akses individu ke perawatan HIV, inisiasi, dan kepatuhannya dalam menjalani ART. Adanya keraguan dan ketidakpercayaan dalam penerimaan status HIV-positif dikaitkan dengan kurangnya gejala yang muncul terkait HIV.<sup>10</sup> Guna mengatasi beberapa hambatan tersebut, maka profesional kesehatan harus memainkan peran kunci dalam menginformasikan dan menasihati pasien tentang manfaat dari masuk lebih awal ke perawatan dan pengobatan HIV.<sup>11</sup>

### **Pendukung Pemberian Tatalaksana HIV di Puskesmas Kabupaten Sleman**

Faktor yang mendukung implementasi tatalaksana HIV di Puskesmas Kabupaten Sleman adalah sikap kesediaan informan kesehatan untuk membuka layanan PDP HIV terkait persepsi bahwa Puskesmas lebih mudah diakses bagi ODHA; Adanya dukungan pendamping sebaya ODHA; Dukungan logistik ARV dan TPT yang memadai; Keberhasilan konseling TPT; dan dukungan petugas kesehatan lain di luar tim yang

sudah dilatih. Penelitian yang dilakukan di Afrika Selatan juga menemukan bahwa adanya dukungan sosial baik oleh pendamping sebaya, petugas kesehatan atau keluarga menjadi faktor pendukung implementasi tatalaksana HIV.

Faktor pendukung dalam keberhasilan kebijakan penanganan HIV tidak terlepas dari dukungan sosial, baik keluarga, pendamping, teman, dan tenaga kesehatan. Hubungan baik yang penuh rasa kekeluargaan disertai konseling kepatuhan dapat memberikan rasa nyaman bagi ODHA. Hal ini secara tidak langsung dapat membuat ODHA lebih termotivasi untuk berobat.<sup>13</sup> Memiliki kelompok dukungan sebaya juga merupakan salah satu faktor pendukung keberhasilan pengobatan.<sup>14</sup>

### **KESIMPULAN**

Cakupan Tatalaksana HIV di Puskesmas Kabupaten Sleman untuk bisa inisiasi segera ART pada ODHA yang memenuhi syarat, pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TBT) serta monitoring *viral load*, belum sesuai dengan kebijakan *fast track* Pemerintah Indonesia. Faktor penghambat dalam implementasi tatalaksana HIV sesuai pedoman di Puskesmas adalah sikap dari para petugas kesehatan yang menunda tatalaksana. Hal tersebut berkaitan dengan persepsi kebijakan tatalaksana HIV yang belum tersosialisasi dengan baik, petugas pemberi layanan yang belum semua terlatih, kurangnya sarana tes *viral load* di daerah, sistem pencatatan tatalaksana yang kurang efisien, dan masih adanya stigma pada ODHA. Adapun pendukung implementasi Program PDP HIV yaitu adanya dukungan pendamping sebaya, pemberian konseling pengobatan HIV oleh petugas kesehatan yang terlatih, serta dukungan logistik obat yang memadai.

Berdasarkan kesimpulan tersebut maka perlu dilakukan beberapa upaya perbaikan untuk mendukung implementasi tatalaksana HIV yang ideal. Beberapa hal yang dapat dilakukan yaitu sosialisasi kebijakan tatalaksana HIV; Pemberian pelatihan konseling dan pengobatan HIV kepada semua petugas kesehatan yang dilibatkan dalam pemberian layanan PDP HIV di Puskesmas; Peningkatan sarana tes *viral load* di rumah sakit daerah; serta integrasi aplikasi pencatatan pelaporan HIV nasional dengan sistem pencatatan elektronik di Puskesmas supaya lebih efisien.

### **REFERENSI**

1. Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020). Rencana Aksi Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2020-2024. Jakarta: Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Kementerian Kesehatan RI
2. World Health Organization. (2017). HIV treatment: guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy: policy brief (No. WHO/HIV/2017.18). World Health Organization.



3. Sugiana, M., Sutarsa, I.N. and Duarsa, D.P., 2015. Barriers to integrating antiretroviral therapy services into community health centre: a qualitative study in Badung regency. Udayana University.
4. Surat Edaran Direkur Jenderal P2P No.HK.02.02/1/1564/2018 tentang Penatalaksanaan Orang dengan HIV AIDS (ODHA) untuk Eliminasi HIV AIDS tahun 2030. Diunduh melalui portal SIHA Kemenkes tanggal 5 Januari 2022. <https://siha.kemkes.go.id/portal/peraturan#>
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/90/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV.
6. Carroll, Christopher, et al. "A conceptual framework for implementation fidelity." *Implementation science* 2.1 (2007): 1-9
7. PKMK FK UGM. 2016. Kebijakan dan Program HIV dan AIDS dalam Sistem Kesehatan di Indonesia
8. Milford, C., Greener, L. R., Beksinska, M., Greener, R., Mabude, Z., & Smit, J., 2018. Provider understandings of and attitudes towards integration: Implementing an HIV and sexual and reproductive health service integration model, South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 17(2), 183-192.
9. Maughan-Brown, B., Smith, P., Kuo, C., Harrison, A., Lurie, M. N., Bekker, L. G., & Galárraga, O., 2018. Readiness for antiretroviral therapy: implications for linking HIV-infected individuals to care and treatment. *AIDS and Behavior*, 22(3), 691-700.
10. Horter, S., Thabede, Z., Dlamini, V., Bernays, S., Stringer, B., Mazibuko, S., ... & Jobanputra, K., 2017. "Life is so easy on ART, once you accept it": acceptance, denial and linkage to HIV care in Shiselweni, Swaziland. *Social Science & Medicine*, 176, 52-59.
11. Gesesew, H. A., Tesfay Gebremedhin, A., Demissie, T. D., Kerie, M. W., Sudhakar, M., & Mwanri, L., 2017. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12(3), e0173928
12. Siyam, A., Ir, P., York, D., Antwi, J., Amponsah, F., Rambique, O., ... & O'Neill, K., 2021. The burden of recording and reporting health data in primary health care facilities in five low-and lower-middle income countries. *BMC health services research*, 21(1), 1-9.
13. World Health Organization, 2017. HIV treatment: guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy: policy brief (No. WHO/HIV/2017.18). World Health Organization.
14. Yuniar, Y., & Handayani, R. S., 2019. Challenges and social support provisions in the treatment of HIV infected children in Indonesia. *Health Science Journal of Indonesia*, 10(2), 103-110.