

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. HIV AIDS

a. Definisi

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Sindrom *imunodefisiensi* yang didapat (AIDS) terjadi pada tahap infeksi yang paling lanjut. HIV menargetkan sel darah putih tubuh, sehingga melemahkan sistem kekebalan tubuh. Hal ini membuat Anda lebih mudah terserang penyakit seperti tuberkulosis, infeksi, dan beberapa jenis kanker. HIV menyebar dari cairan tubuh orang yang terinfeksi, termasuk darah, air susu ibu, air mani, dan cairan vagina. HIV tidak menyebar melalui ciuman, pelukan, atau berbagi makanan. HIV juga dapat menyebar dari seorang ibu ke bayinya. HIV dapat dicegah dan diobati dengan terapi *Antiretroviral* (ARV). HIV yang tidak diobati dapat berkembang menjadi AIDS, seringkali setelah bertahun-tahun. WHO mendefinisikan Penyakit HIV Lanjut (*Advanced HIV Disease* (AHD)) sebagai jumlah sel CD4 kurang dari 200 sel/mm³ atau stadium 3 atau 4 pada orang dewasa dan remaja. Semua anak di bawah usia 5 tahun yang hidup dengan HIV dianggap memiliki penyakit HIV lanjut (WHO, 2024).

Infeksi HIV adalah suatu spektrum penyakit yang menyerang sel-sel kekebalan tubuh yang meliputi infeksi primer, dengan atau tanpa sindrom akut, stadium asimtomatik, hingga stadium lanjut, dan AIDS merupakan

tahap akhir dari infeksi HIV. HIV sendiri adalah virus sitopatik, termasuk dalam famili *Retroviridae*, dan sel targetnya adalah sel yang mampu mengekspresikan reseptor spesifik CD4 yang kebanyakan terlibat dalam sistem imun manusia, sehingga manifestasinya meskipun beragam pada akhirnya hadir sebagai infeksi sekunder/oportunistik akibat tertekannya sistem imun oleh karena infeksi virus pada tahap lanjut (Hidayati et al., 2019:4).

b. Patogenesis

HIV adalah virus sitopatik, termasuk dalam famili *Retroviridae*, subfamily *Lentivirinae*. Genus *Lentivirus*. Virion HIV berdiameter ~100 nm, dengan berat molekul 9.7 kb (kilobase). Wilayah terdalamnya terdiri dari inti berbentuk kerucut yang mencakup dua salinan genom ssRNA, enzim *reverse transcriptase*, *integrase*, dan *protease*, beberapa protein minor, dan protein inti utama, Genom HIV mengodekan 16 protein virus yang memainkan peran penting selama siklus hidupnya (Li et al., 2016 dalam Hidayati et al., 2019:6).

HIV disebut dengan retrovirus sebab memiliki enzim *reverse transcriptase* yang mampu mengubah informasi genetik dari RNA menjadi DNA, yang membentuk provirus. Hasil transkrip DNA intermediet atau provirus yang terbentuk ini kemudian memasuki inti sel target melalui enzim *integrase* dan berintegrasi di dalam kromosom dalam inti sel target. Kemampuan virus HIV untuk bergabung dan kopi DNA terbentuk berintegrasi ke genom sel manusia selanjutnya disebut proviral DNA, hal

ini membuat seseorang yang terinfeksi HIV akan terus terinfeksi seumur hidupnya (Li et al., 2016 dalam Hidayati et al., 2019:7).

Secara perlahan seiring waktu, limfosit T yang menjadi salah satu sel target HIV akan tertekan dan semakin menurun melalui berbagai mekanisme, seperti kematian sel secara langsung akibat hilangnya integritas membran plasma oleh karena infeksi virus, apoptosis, ataupun respons imun humoral dan seluler yang berusaha menghilangkan virus HIV dan sel yang telah terinfeksi. Penurunan limfosit T dan CD4 ini menyebabkan penurunan sistem imun sehingga pertahanan individu terhadap mikroorganisme patogen menjadi lemah dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi sekunder sehingga masuk ke stadium AIDS (Levy, 1993 dalam Hidayati et al., 2019:8).

c. Manifestasi Klinik

Infeksi HIV tidak akan langsung memperlihatkan tanda atau gejala tertentu. Dalam perjalanannya, infeksi HIV dapat melalui 3 fase klinis (Nasronudin, 2007).

1) Infeksi Akut

Dalam 2 hingga 6 minggu setelah terinfeksi HIV, seseorang mungkin mengalami penyakit seperti flu, yang dapat berlangsung selama beberapa minggu. Ini adalah respons alami tubuh terhadap infeksi. Setelah HIV menginfeksi sel target, yang terjadi adalah proses replikasi menghasilkan berjuta-juta virus baru (*virion*), kemudian *viremia* yang memicu sindrom infeksi akut dengan gejala yang mirip

sindrom semacam flu. Gejala yang terjadi dapat berupa demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, nyeri otot dan sendi, serta batuk (Hidayati et al., 2019:9).

2) Infeksi Laten

Setelah infeksi akut, dimulailah infeksi asimtomatik (tanpa gejala), yang umumnya berlangsung selama 8-10 tahun. Pembentukan respons imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus dalam sel *dendritic* folikuler di pusat *germinativum* kelenjar limfe menyebabkan virion dapat dikendalikan, gejala hilang dan mulai memasuki fase laten. Meskipun pada fase ini virion di plasma menurun, replikasi tetap terjadi di dalam kelenjar limfe dan jumlah limfosit T-CD4 perlahan menurun walaupun belum menyatakan gejala (asimtomatis). Beberapa dapat menderita sarkoma Kaposi's, Herpes zoster, Herpes simpleks, sinusitis bakterial, atau pneumonia yang mungkin tidak berlangsung lama (Hidayati et al., 2019:9).

3) Infeksi Kronis

Beberapa orang dapat menyatakan transmisi penyakit sangat cepat dalam 2 tahun, dan ada pula yang perjalanannya lambat (*non progressor*). Akibat replikasi virus yang diikuti kerusakan dan kematian sel *dendritik folikuler* disebabkan banyaknya virus, sehingga fungsi kelenjar limfe sebagai perangkap virus menurun dan virus dicurahkan ke dalam darah, Hal tersebut berdampak pada respons imun yang tidak mampu meredam virion dalam jumlah berlebih. Limfosit T-CD4

semakin tertekan oleh intervensi HIV yang semakin banyak, dan jumlahnya dapat menurun hingga di bawah 200 sel/mm^3 . Penurunan limfosit T ini mengakibatkan sistem imun menurun lalu semakin rentan terhadap berbagai penyakit infeksi sekunder, dan berakhir pada kondisi AIDS. Beberapa gejala akibat infeksi oportunistik seperti berat badan menurun, demam lama, rasa lemah, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes, dan lain-lain. Sekitar 50% dari semua orang yang terinfeksi HIV, 50% berkembang masuk dalam tahap AIDS sesudah 10 tahun, dan sesudah 13 tahun, hampir semua menyatakan gejala AIDS lalu meninggal (Hidayati et al., 2019:9).

d. Kriteria Diagnosis

Diagnosis HIV ditegakkan dengan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium HIV dilakukan pada semua orang dengan gejala klinis yang mengarah ke HIV/AIDS, serta dilakukan juga untuk menyaring HIV pada semua remaja, orang dewasa dengan peningkatan risiko infeksi HIV, dan semua wanita hamil (Permenkes, 2014). Berikut jenis pemeriksaan laboratorium HIV (Fearon, 2005 dalam Hidayati et al., 2019:14).

1) Tes Cepat

Tes cepat hanya dilakukan untuk keperluan skrining, dengan reagen yang sudah dievaluasi oleh institusi yang ditunjuk Kementerian Kesehatan, dapat mendeteksi antibodi terhadap HIV-1 maupun HIV-2. Tes cepat dapat dijalankan pada jumlah sampel yang sedikit dan waktu

tunggu untuk mengetahui hasil kurang dari 20 menit bergantung pada jenis tes serta dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih (Hidayati et al., 2019:15).

2) Tes *Enzyme Immunoassay* (EIA) Antibodi HIV

Tes ini berguna sebagai skrining maupun diagnosis HIV dengan mendeteksi antibodi untuk HIV-1 dan HIV-2 (Hidayati et al., 2019:15).

3) Tes Western Blot

Tes ini merupakan tes antibodi untuk konfirmasi pada kasus yang sulit (Hidayati et al., 2019:15).

4) Tes Virologis

a) HIV DNA Kualitatif (EID)

Tes ini mendeteksi keberadaan virus dan tidak bergantung pada keberadaan antibodi HIV. Tes ini digunakan untuk diagnosis pada bayi (Hidayati et al., 2019:15).

b) HIV RNA Kuantitatif

Tes ini untuk memeriksa jumlah virus di dalam darah, dan dapat digunakan untuk pemantauan terapi ARV pada dewasa dan diagnosis pada bayi jika HIV DNA tidak tersedia (Hidayati et al., 2019:15).

c) Tes Virologis *Polymerase Chain Reaction* (PCR)

Tes virologis direkomendasikan untuk mendiagnosis anak berumur kurang dari 18 bulan. Tes virologis yang dianjurkan: HIV DNA kualitatif dari darah lengkap atau *Dried Blood Spot* (DBS), dan HIV RNA kuantitatif dengan menggunakan plasma darah. Bayi yang

diketahui terpajan HIV sejak lahir dianjurkan untuk diperiksa dengan tes virologis paling awal pada umur 6 minggu (Hidayati et al., 2019:15).

5) Tes Antigen P24 HIV

Tes antigen p24 dapat mendeteksi protein p24 rata-rata 10 hingga 14 hari setelah terinfeksi HIV. Tes ini direkomendasikan oleh WHO dan CDC yang bertujuan untuk mengurangi waktu yang diperlukan untuk mendiagnosis infeksi HIV. Skrining untuk infeksi HIV adalah yang terpenting, karena seseorang yang terinfeksi mungkin tetap asimtomatik selama bertahun-tahun saat infeksi berlangsung. Cakupan tes HIV yang tinggi akan dapat menemukan orang dengan HIV/AIDS sehingga orang tersebut dapat diobati dengan antiretroviral sehingga risiko penularan HIV orang itu pada orang lain menjadi amat rendah. Terdapat dua macam pendekatan untuk tes HIV yaitu Konseling dan tes HIV sukarela (VCT = *Voluntary Counseling & Testing*) dan Tes HIV dan konseling atas inisiatif petugas kesehatan (PITC = *Provider-Initiated Testing and Counseling*) (Hidayati et al., 2019:16).

e. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan HIV tergantung pada stadium penyakit dan setiap infeksi oportunistik yang terjadi. Secara umum, tujuan pengobatan adalah untuk mencegah sistem imun tubuh memburuk ke titik di mana infeksi oportunistik akan bermunculan. Sindrom pulih imun atau *Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome* (IRIS) yang dapat muncul setelah

pengobatan juga jarang terjadi pada pasien yang belum mencapai titik tersebut (Hidayati et al., 2019:17).

Untuk semua penderita HIV/AIDS diberikan anjuran untuk istirahat sesuai kemampuan atau derajat sakit, dukungan nutrisi yang memadai berbasis makronutrien dan mikronutrien untuk penderita HIV & AIDS, konseling termasuk pendekatan psikologis dan psikososial, dan membiasakan gaya hidup sehat. Terapi antiretroviral adalah metode utama untuk mencegah perburukan sistem imun tubuh. Terapi infeksi sekunder/opportunistik/malignansi diberikan sesuai gejala dan diagnosis penyerta yang ditemukan. Sebagai tambahan, profilaksis untuk infeksi oportunistik spesifik diindikasikan pada kasus-kasus tertentu (Maartens G et al., 2014 dalam Hidayati et al., 2019:17).

Prinsip pemberian ARV adalah menggunakan kombinasi 3 jenis obat yang ketiganya harus terserap dan berada dalam dosis terapeutik dalam darah, dikenal dengan *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART). Istilah HAART sering disingkat menjadi ART (*antiretroviral therapy*) atau terapi ARV. Pemerintah dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 87 Tahun 2014 menetapkan paduan yang digunakan dalam pengobatan ARV dengan berdasarkan pada 5 aspek, yaitu efektivitas, efek samping/toksisitas, interaksi obat, kepatuhan, dan harga obat (Permenkes, 2014 dalam Hidayati et al., 2019:18).

2. Program Pencegahan HIV AIDS

Beberapa hal yang perlu dilihat secara spesifik tentang respons melalui fungsi-fungsi programatik pelayanan kesehatan dan bagaimana pemerintah daerah merespon permasalahan HIV/AIDS (Suharni et al., 2016:67). Untuk melihat bagaimana implementasi program maka dilakukan pendekatan tambahan menggunakan teori George C. Edward III dengan empat variabel sebagai berikut (Agustino, 2020:154):

a. Komunikasi

Strategi komunikasi menjadi unsur pokok dalam program-program promosi dan pencegahan. Program komunikasi publik tercakup dalam program pencegahan HIV dan AIDS rancangan KPAN yang bermakna komprehensif, mulai dari komunikasi, informasi, pendidikan, penyuluhan, tatap muka, pembinaan ketahanan keluarga dan penyetaraan gender dengan menggunakan jalur komunikasi dengan media yang tersedia. Dinyatakan bahwa komunikasi publik dapat menurunkan derajat kerentanan kelompok-kelompok rentan (PKMK FK UGM, 2019:52).

Berdasarkan penelitian Maulida et al (2024) menyatakan bahwa komunikasi merupakan suatu proses penyampaian dan pemahaman kebijakan kepada pihak-pihak yang terlibat, sehingga para pemangku kepentingan dapat memahami tujuan, dampak, serta langkah-langkah pelaksanaan kebijakan tersebut. Penelitian juga mengungkapkan bahwa komunikasi antara pelaksana kebijakan dalam program pencegahan HIV/AIDS melibatkan pertukaran informasi, pengarahan, dan koordinasi

antara pihak-pihak terkait, seperti pemerintah dan lembaga kesehatan, guna memastikan efektivitas dan keselarasan program. Selain itu, dinyatakan bahwa pelaksanaan program telah sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam PERMENKES No 23 Tahun 2022.

Variabel pertama yang mempengaruhi keberhasilan implementasi terdapat tiga indikator yang digunakan untuk mengukur keberhasilan adalah (Agustino, 2020:154):

1) Transmisi

Penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Sering kali yang terjadi dalam penyaluran komunikasi adalah adanya salah pengertian (*misskomunikasi*), hal ini disebabkan karena komunikasi telah melalui beberapa tingkatan birokrasi sehingga apa yang diharapkan terdistorsi di tengah jalan (Agustino, 2020:154).

2) Kejelasan

Komunikasi yang diterima oleh para pelaksana kebijakan (*street-level-bureuacrats*) haruslah jelas dan tidak membingungkan (tidak ambigu). Ketidak jelasan pesan kebijakan tidak selalu menghalangi implementasi, pada tataran tertentu, namun para pelaksana membutuhkan kejelasan informasi dalam melaksanakan program agar tujuan yang hendak dicapai dapat diraih sesuai konten kebijakan (Agustino, 2020:155).

3) Konsisten

Perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi haruslah konsisten untuk diterapkan dan dijalankan. Ini karena jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan (Agustino, 2020:155).

b. Sumber Daya

Berdasarkan penelitian Maulida et al (2024) menyatakan bahwa implementasi tidak akan berjalan efektif jika sumber daya, seperti kompetensi pelaksana dan sarana prasarana, tidak mencukupi. Sumber daya manusia dan sarana prasarana memegang peranan penting dalam keberhasilan implementasi kebijakan. Tanpa sumber daya yang memadai, kebijakan hanya akan tetap menjadi dokumen tanpa dilaksanakan secara nyata. Hasil penelitian menyatakan bahwa koordinasi antar instansi dalam pelaksanaan program telah berjalan dengan baik, dengan pengawasan yang efektif yang menghasilkan hasil positif. Selain itu, sumber daya finansial, yang meliputi aset keuangan seperti uang tunai, investasi, dan utang, juga memiliki peran krusial dalam mendukung pelaksanaan kebijakan. Penelitian ini juga mengungkapkan bahwa kerjasama antara instansi dan Puskesmas berjalan lancar, dengan adanya saling memberi masukan. Namun, prasarana di Puskesmas Paringin Selatan belum memadai, sehingga tidak dapat mendukung implementasi secara optimal.

Variabel kedua yang mempengaruhi keberhasilan implementasi terdapat beberapa elemen sebagai berikut (Agustino, 2020:155):

1) Staf

Sumber daya utama dalam implementasi program adalah staf atau sumber daya manusia (SDM). Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi program salah satunya disebabkan oleh karena staf yang tidak mencukupi, memadai, ataupun tidak kompeten di bidangnya. Penambahan jumlah staf atau implementor saja tidak mencukupi, tetapi diperlukan pula kecukupan staf dengan keahlian serta kemampuan yang diperlukan (kompeten dan kapabilitas) dalam mengimplementasikan program atau melaksanakan tugas yang diinginkan oleh program itu sendiri (Agustino, 2020:155).

Sumber daya manusia dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS terdiri dari tenaga kesehatan dan non kesehatan. Tenaga kesehatan berperan memberikan layanan PMTS pada WPS dan LSL, seperti penatalaksanaan IMS. Pelayanan tersebut tidak berbeda dengan yang dilakukan pada sistem pencegahan penyakit menular umumnya. SDM ini terdiri dari dokter, perawat, petugas laboratorium, dan tenaga administrasi dengan status PNS atau tenaga kontrak (Suharni et al., 2016:70).

SDM non tenaga kesehatan dalam program PMTS WPS, LSL, dan LASS terdiri dari petugas lapangan yang melakukan penjangkauan ke kelompok risiko, manajer kasus, dan konselor. Pemenuhan kebutuhan SDM ini untuk tenaga di luar tata laksana IMS masih terpisah dan belum menjadi bagian dari kebijakan kesehatan di daerah. Petugas

kesehatan yang terlibat dalam layanan pencegahan HIV dan AIDS juga memiliki tugas untuk layanan kesehatan lainnya. Peningkatan kapasitas keterampilan dilakukan melalui pelatihan spesifik, misalnya pelatihan memberi konseling HIV dan AIDS, penatalaksanaan IMS pada WPS dan LSL, pelatihan pengambilan dan pemeriksaan sampel darah (Suharni et al., 2016:71).

2) Anggaran

Dalam SRAN disebutkan bahwa ada empat focus area program yang memerlukan pendanaan, yakni pencegahan (57%); perawatan, dukungan, dan pengobatan (28%); mitigasi dampak (2%); dan pengembangan lingkungan yang kondusif (13%). Selain itu dibutuhkan juga pendanaan untuk prasarana pencegahan, perawatan, dan pengobatan yang meliputi outlet kondom, layanan VCT, layanan IMS, layanan CST, layanan PMTCT, layanan alat suntik steril, dan layanan PTRM (PKMK FK UGM, 2019:81).

Mobilisasi sumber daya finansial dikoordinasikan oleh KPAN sedangkan dana dari sektor pemerintah mengikuti mekanisme penggunaan anggaran pemerintah serta dana mitra internasional baik bilateral maupun multilateral. Bantuan finansial dihimpun dalam satu system manajemen keuangan oleh KPAN yaitu Dana Kemitraan AIDS Indonesia (DKAI) (PKMK FK UGM, 2019:82).

Pelaksanaan upaya pencegahan HIV dan AIDS di daerah belum didukung pembiayaan kesehatan biasanya menyediakan anggaran

untuk pencegahan HIV dan AIDS berupa dana sosialisasi. Penganggaran proporsi, distribusi, dan pengeluaran semua pemerintah daerah di wilayah sudah mengalokasikan dana untuk penanggulangan HIV dan AIDS dengan besaran yang bervariasi. Mekanisme pembiayaan layanan pencegahan HIV dan AIDS berbeda dibanding mekanisme pembayaran pencegahan penyakit menular umumnya. Pada fasilitas layanan yang telah dibiayai oleh MPI, layanan bisa gratis seperti jarum suntik pada layanan LASS, kondom dan pelicin di intervensi PMTS, WPS, dan LSL (Suharni et al., 2016:70).

3) Logistik

Kebutuhan logistik paling utama ialah sediaan farmasi dengan pengadaan metadon dan ARV, begitu juga untuk pengadaan kondom dan alat suntik. Untuk mengantisipasi penyelewengan yang sulit dikontrol oleh pusat, maka diputuskan agar pengadaan kondom dan alat suntik untuk program GFATM AusAID dilakukan secara terpusat melalui KPAN, untuk kemudian didistribusikan langsung ke KPAD dan LSM yang menjadi partner program. Selain ARV, alat dan bahan pencegahan yang sangat dibutuhkan dalam penanggulangan HIV dan AIDS adalah LASS, kondom, dan bahan pelicin. Manajemen logistik bahan-bahan tersebut meliputi perencanaan, pengadaan, penyimpanan, penggunaan, pengawasan harus dipahami dan dilakukan oleh pemangku kepentingan (PKMK FK UGM, 2019:73).

Pengadaan material pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yaitu kondom selain alat pencegahan dan penanggulangan juga sebagai alat kontrasepsi, sehingga pengadaan kondom dan pelicin dalam pengadaan alat kesehatan sudah termasuk dalam pengadaan alat kontrasepsi kondom. Pengadaan barang dan jasa di bidang kesehatan rawan penyimpangan dan tantangan lainnya yaitu pendistribusian kondom sering mendapat resistensi dari masyarakat umum. Pendistribusian oleh petugas puskesmas atau dilakukan di dalam puskesmas memang lebih kondusif karena sangat jarang ditentang oleh masyarakat, tokoh agama, dan penegak hukum (PKMK FK UGM, 2019:75).

4) Informasi

Dalam implementasi kebijakan, informasi mempunyai dua bentuk yaitu: (1) informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan. Implementor harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan disaat mereka diberi perintah untuk melakukan tindakan; dan (2) informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap peraturan dan regulasi pemerintah yang telah ditetapkan. Implementor harus mengetahui apakah orang lain yang terlibat di dalam pelaksanaan programtersebut patuh terhadap hukum (Agustino, 2020:156).

Sistem informasi strategis program pencegahan HIV dan AIDS paralel dengan sistem informasi kesehatan umum di daerah. Sumber informasi ini berupa laporan kasus dari fasyankes dan LSM, sentinel

survey, surveilans, SSP, STBP, SDKI, estimasi, *modelling*, serta hasil penelitian empiris dan operasional. Di tingkat daerah semuanya direncanakan dan didanai oleh pusat. Akibatnya perencanaan program pencegahan dominan dilakukan pusat lewat KPAN dan Kemenkes, sedang pemerintah daerah sebagai pelaksana program (Suharni et al., 2016:72).

Diseminasi dan pemanfaatan data yang dikumpulkan, baik oleh layanan kesehatan maupun LSM dimanfaatkan berdasarkan kebutuhan lembaga masing-masing. Data program PMTS, LSL, dan LASS tidak termasuk dalam profil kesehatan daerah. Informasi yang dikumpulkan oleh Dinkes dalam bentuk laporan rutin berasal dari fasilitas layanan kesehatan dan rumah sakit, sehingga lebih mencerminkan data program pengobatan dan perawatan (Suharni et al., 2016:73).

5) Wewenang

Pada umumnya kewenang harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan program yang ditetapkan secara politik. Ketika kewenangan itu nihil, maka kekuatan para implementor di mata publik tidak terlegitimasi, sehingga dapat menggagalkan proses implementasi kebijakan. Tetapi, dalam konteks lain, ketika wewenang formal ada, maka sering terjadi kesalahan dalam melihat efektivitas kewenangan diperlukan dalam pelaksanaan implementasi kebijakan, di sisi lain efektivitas akan menyusut pada saat wewenang diselewengkan

oleh para pelaksana demi kepentingannya sendiri atau demi kepentingan kelompoknya (Agustino, 2020:156).

6) Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas fisik juga merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Implementor mungkin memiliki staf yang mencukupi, mengerti apa yang harus dilakukannya, dan memiliki wewenang untuk melaksanakan tugasnya, tetapi tanpa adanya fasilitas pendukung seperti sarana dan prasarana maka implementasi program tersebut tidak akan berhasil (Agustino, 2020:156).

Penyediaan logistik farmasi dan alat kesehatan untuk program pencegahan HIV dan AIDS tidak terintegrasi dengan sistem penyediaan logistik farmasi dan alat kesehatan di pencegahan penyakit menular umumnya di tingkat kabupaten/kota yang masih didukung dana MPI. Sedangkan di daerah yang tidak ada donor, penyediaan logistik ini terintegrasi dengan sistem penyediaan logistik dan alat kesehatan umum di daerah. Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik, dan terapi untuk program pencegahan HIV dan AIDS berbeda dengan regulasi logistik kesehatan umumnya. Penyediaan dan distribusi reagen, obat Infeksi Oportunistik (IO), dan IMS mengacu pada regulasi pengadaan obat pada umumnya. Sedangkan distribusi materi pencegahan seperti kondom dan pelicin, mengikuti aturan yang ditetapkan oleh KPAN untuk daerah wilayah kerja MPI. Alat pencegahan yang didanai oleh MPI (GF ATM dan

AusAID) dikelola terpusat oleh KPAN dan distribusikan ke KPAD kemudian diteruskan fasyankes dan LSM (Suharni et al., 2016:72).

c. Disposisi

Disposisi atau sikap dari pelaksana program adalah faktor penting dalam pendekatan pelaksanaan program. Jika pelaksanaan suatu program ingin efektif, maka para pelaksana program tidak hanya harus mengetahui apa yang akan dilakukan tetapi juga harus memiliki kemampuan untuk melaksanakannya, sehingga dalam praktiknya tidak terjadi bias (Agustino, 2020:157).

Berdasarkan penelitian Maulida et al (2024) menyatakan bahwa disposisi mencakup karakter pelaksana, seperti komitmen dan integritas, yang mempengaruhi pelaksanaan kebijakan. Hasil penelitian menyatakan bahwa kesadaran pelaksana di Puskesmas Paringin Selatan sudah baik, dengan kegiatan yang sesuai dengan peraturan. Komitmen pegawai tercermin dalam kebiasaan yang dapat diandalkan, dan Puskesmas menyatakan komitmen yang kuat. Selain itu, Puskesmas Paringin Selatan juga memastikan perlakuan yang adil tanpa diskriminasi terhadap pasien HIV/AIDS, menjaga kerahasiaan, serta memberikan informasi mengenai stigma dan diskriminasi dengan baik.

1) Efek Disposisi

Disposisi atau sikap para pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi program bila personil yang ada tidak melaksanakan kebijakan-kebijakan yang diinginkan

oleh pejabat-pejabat tinggi. Oleh karena itu, pemilihan dan pengangkatan personil pelaksana program haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan, lebih khusus lagi pada kepentingan warga (Agustino, 2020:157).

2) Pengaturan Birokrasi (*Staffing The Bureaucracy*)

Bahwa implementasi kebijakan/program harus dilihat juga dalam hal pengaturan birokrasi. Ini merujuk pada penunjukkan dan pengangkatan staf dalam birokrasi yang sesuai dengan kemampuan, kapabilitas, dan kompetensinya. Selain itu, pengaturan birokrasi juga bermuara pada pembentukan sistem pelayanan publik yang optimal, penilaian personil dalam bekerja, hingga metode *bypassing* personil (Agustino, 2020:157).

3) Insentif

Salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi kecenderungan para pelaksana adalah dengan memanipulasi insentif. Pada umumnya orang bertindak menurut kepentingan mereka sendiri, maka memanipulasi insentif oleh para pembuat kebijakan. Dengan cara menambahkan keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang membuat para pelaksana kebijakan melaksanakan perintah dengan baik. Hal ini dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi (*self interest*) atau organisasi (Agustino, 2020:157).

4) Keterlibatan Masyarakat dan Kelompok Risiko

Partisipasi masyarakat merupakan salah satu mandat dalam regulasi penanggulangan HIV dan AIDS. Pada praktiknya, partisipasi kelompok risiko cukup bervariasi dalam program pencegahan HIV dan AIDS. LSL aktif menginisiasi pembentukan LSM LSL dan memberdayakan dengan memberikan kesempatan pada LSL menjadi staf program atau staf LSM berbeda dengan penasun dan WPS yang lebih memposisikan diri sebagai penerima manfaat program (Suharni et al., 2016:73).

Partisipasi masyarakat tidak lepas dari ada atau tidaknya sarana dan sumber dana yang disediakan oleh pemerintah daerah. Musrenbang sebagai sarana untuk menjaring masukan dalam perencanaan pembangunan di daerah belum dimanfaatkan maksimal oleh kelompok risiko, walaupun pemerintah menyediakan sarana musrenbang, hal yang paling menarik adalah ketersediaan dana untuk partisipasi masyarakat dalam bentuk alokasi APBD yang diakses masyarakat untuk membiayai pelatihan atau kegiatan peningkatan kapasitas (Suharni et al., 2016:73).

d. Struktur Birokrasi

Kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerja sama banyak orang, ketika struktur birokrasi tidak kondusif pada kebijakan yang tersedia, maka hal ini akan menyebabkan sumber-sumber daya menjadi tidak efektif dan tidak termotivasi sehingga menghambat jalannya

kebijakan. Birokrasi sebagai pelaksana sebuah kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan kordinasi dengan baik, sehingga mendongkrak kinerja struktur birokrasi atau organisasi ke arah lebih baik (Agustino, 2020:158).

Berdasarkan penelitian Maulida et al (2024) menyatakan bahwa birokrasi merupakan struktur organisasi yang mengatur pembagian tugas dan hierarki untuk kelancaran pelaksanaan tugas. Prosedur Operasional Standar (SOP) memastikan bahwa pelaksanaan tugas berjalan secara konsisten dan minim kesalahan, serta telah diterapkan dengan baik dalam penelitian ini. Struktur organisasi pelaksana mengatur pembagian wewenang dan tanggung jawab, dengan adanya kerja sama antar pihak terkait. Pengawasan yang berkelanjutan juga sangat penting untuk memastikan agar program berjalan sesuai dengan rencana, dan telah diterapkan dengan baik. Kompetensi petugas, yang mencakup pengetahuan dan keterampilan, sangat mendukung kelancaran tugas dan pencapaian tujuan, serta telah diterapkan dengan baik dalam penelitian ini.

1) *Standar Operating Procedures (SOP)*

SOP adalah suatu prosedur atau aktivitas terencana rutin yang memungkinkan para pegawai atau pelaksana kebijakan seperti aparatur, administratur, atau birokrat untuk melaksanakan kegiatan-kegiatannya pada setiap harinya (*days to days politics*) sesuai dengan standar yang telah ditetapkan atau standar minimum yang dibutuhkan warga (Agustino, 2020:158).

Untuk melaksanakan sebuah layanan kesehatan, diperlukan seperangkat regulasi dan sistem manajemen yang memungkinkan berbagai kegiatan berjalan sesuai rencana, termasuk dengan program pencegahan HIV dan AIDS. Agar mencapai tujuannya, perlu dukungan regulasi dan manajemen di tingkat daerah. Sejumlah daerah telah mengembangkan regulasi yang mendukung penanggulangan HIV/AIDS, misalnya merumuskan peraturan daerah, atau bahkan ditetapkan menjadi bagian dari misi kepala daerah yang tercantum dalam RPJMD (Suharni et al., 2016:68).

2) Fragmentasi

Tujuannya untuk menyebar tanggung jawab berbagai aktivitas, kegiatan, atau program pada beberapa unit kerja yang sesuai dengan bidangnya masing-masing. Dengan terfragmentasinya struktur birokrasi, maka implementasi akan lebih efektif karena dilaksanakan oleh organisasi yang kompeten dan kapabel (Agustino, 2020:158).

3) Tata Kelola Multisektoral

Respon kebijakan terkait pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia dari hasil tinjauan yang dilakukan dapat kita klasifikasikan secara multisektoral, berupa kebijakan yang dikeluarkan oleh KPAN sebagai Lembaga koordinasi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, evaluasi program HIV dan AIDS Indonesia. Selain itu, ada programsectoral yang dikeluarkan oleh kementerian/lembaga anggota

KPAN, misalnya kebijakan program HIV dan AIDS di sektor kesehatan dikeluarkan oleh kemenkes (PKMK FK UGM, 2019:78).

Strategi program HIV dan AIDS juga dibuat mulai dari strategi provinsi sampai strategi kabupaten/kota yaitu Strategi dan Rencana Aksi Daerah (SRAD) penyelenggara rencana aksi mencakup kepemimpinan dan tata kelola pemerintahan, koordinasi penyelenggara, dan prinsip kemitraan. Kebutuhan dan mobilisasi sumber daya berupa kebutuhan SDM, pendanaan, dan sarana serta prasarana. Untuk mengetahui pelaksanaan, maka dilakukan pengawasan dan evaluasi diatur dengan menetapkan beberapa hal seperti target tahunan cakupan program, kerangka kerja dan indikator kinerja, mekanisme monitoring dan evaluasi, serta pengembangan kapasitas (PKMK FK UGM, 2019:79).

e. Upaya Kesehatan

Ketersediaan layanan pencegahan IMS dan HIV di wilayah penelitian ternyata bervariasi. Layanan KTS sebagai tempat pemeriksaan IMS yang ada di puskesmas dan rumah sakit, layanan ini sudah dimanfaatkan oleh LSL baik yang dirujuk oleh LSM atau yang mengakses langsung. Koordinasi dan rujukan merupakan upaya untuk memastikan WPS, LSL, dan penasun mendapatkan layanan yang berkelanjutan. Sistem rujukan memudahkan WPS, LSL, dan penasun untuk mengakses layanan kebutuhan mereka. LKB sangat membantu program pencegahan IMS dan

HIV, dimana kerja sama antara fasyankes, LSM, kader kesehatan, dan rumah sakit saling berkesinambungan (Suharni et al., 2016:74).

Koordinasi dan rujukan untuk program pencegahan HIV dan AIDS mengadopsi sistem promosi untuk pencegahan penyakit menular umumnya. Koordinasi program LASS dilakukan antara LSM dan puskesmas selaku komponen pelaksana program, tetapi tidak spesifik melibatkan peran dinkes sebagai pembina utama sektor kesehatan. Begitu juga dengan koordinasi program PMTS WPS dan LSL, koordinasi terkait pencegahan lebih melibatkan KPAK dibandingkan dinkes. Jaminan kualitas layanan pencegahan HIV dan AIDS dilakukan dengan supervisi dan evaluasi program oleh dinkes sebagai penanggung jawab penyediaan layanan di daerah (Suharni et al., 2016:74).

3. Kebijakan dan Program HIV AIDS

a. Promosi dan Pencegahan

Pemerintah mengeluarkan kebijakan pencegahan sebagai landasan hukum dan arah program yang akan dilakukan. Pada awalnya, kebijakan pencegahan ditekankan pada pencegahan penularan melalui transmisi seksual. Perubahan pola penularan HIV dan AIDS dari transmisi seksual ke penularan melalui jarum suntik memerlukan respons kebijakan yang kontekstual, komprehensif, dan berkesinambungan (PKMK FK UGM, 2019:52).

Kebijakan yang menyangkut promosi dan pencegahan dalam KIE strategi pencegahan sering disebut dengan *Abstinen, Be faithfull, Condom,*

Drug and its Equipment (ABCD). Hal tersebut mencakup strategi komunikasi, pencegahan melalui transmisi seks, pengurangan dampak napza, dan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PKMK FK UGM, 2019:52).

1) Program Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS)

Kegiatan pokok pencegahan penularan HIV dan AIDS melalui transmisi seksual menargetkan 80% kelompok risiko terjangkau dengan program yang efektif dan 60% kelompok risiko berperilaku hidup sehat dan menggunakan kondom setiap hubungan seks berisiko. Tujuan utamanya adalah menurunkan prevalensi IMS dengan pemakaian kondom konsisten dan pengobatan IMS (PKMK FK UGM, 2019:59).

Indonesia mengadopsi Program Penggunaan Kondom 100% (PPK 100%) pendekatan ini dikembangkan dan didukung teknis berbagai mitra, salah satunya FHI menjadi mitra internasional utama yang berminat besar untuk melakukan uji coba intervensi terbaik untuk mencapai kondom 100% tersebut. FHI merumuskan empat pilar sebagai prasyarat keberhasilan intervensi di suatu lokasi, yaitu 1) mobilisasi komunitas dan penguatan *stakeholders*; 2) intervensi perubahan perilaku; 3) ketersediaan dan manajemen kondom; 4) layanan IMS dan HIV (PKMK FK UGM, 2019:60).

Program VCT (*Voluntary Counselling and Testing*) dilakukan secara sukarela dan rahasia. Di sisi lain, pengetahuan yang minim dan adanya stigma dari masyarakat menyebabkan VCT kurang diminati,

apalagi jika masih berada di tahap HIV belum bergejala. Dengan mekanisme VCT penyedia layanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, dan tenaga medis lebih bersifat pasif. Pola VCT ini hanya menghimbau masyarakat secara sukarela untuk memeriksakan diri serta bersedia menjalani tes dan konsultasi. Akibatnya penemuan kasus HIV di Indonesia dengan VCT sangat rendah, karena stigma dan minimnya pengetahuan menyebabkan banyak orang yang enggan memeriksakan diri (PKMK FK UGM, 2019:60).

2) Pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PPIA)

Surat Edaran Menkes Nomor GK/Menkes/001/1/2013 tentang layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Dalam surat edaran yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Kepala Rumah Sakit Seluruh Indonesia itu disebutkan ruang lingkup PPIA secara inklusif meliputi:

- 1) Setiap ibu hamil harus mendapat pelayanan antenatal;
- 2) Tes HIV wajib ditawarkan kepada semua ibu hamil de di daerah *epidemic* HIV meluas dan terkonsentrasi;
- 3) Tes HIV dipromosikan untuk ditawarkan pada ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah *epidemic* HIV rendah;
- 4) Tes HIV pada ibu hamil dilaksanakan bersamaan dengan pemeriksaan laboratorium rutin lainnya;
- 5) Fasilitas kesehatan wajib melaksanakan upaya promosi, pencegahan, pemeriksaan; dan
- 6) Pengobatan sesuai dengan pedoman yang ditetapkan (PKMK FK UGM, 2019:63).

b. Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan (PDP)

Program HIV dan AIDS di Indonesia mengacu pada berbagai program yang pernah dilakukan di berbagai negara dan pedoman yang dikeluarkan oleh WHO. Terminologi yang digunakan mengacu pada terminology WHO seperti *Care, Support, and Treatment* (CST) dalam dokumen SRAN tahun 2010-2014 disebut dengan Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan (PDP). Tujuan dari program PDP adalah penguatan dan pengembangan layanan kesehatan serta koordinasi antar layanan dengan beberapa target, yakni 1) Tersedianya layanan kesehatan yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat; 2) 100% ODHA yang memerlukan pencegahan dan pengobatan IO dapat mengakses layanan kesehatan sesuai kebutuhan; 3) Memberikan pengobatan ARV kepada orang terinfeksi HIV yang membutuhkan sesuai dengan standar WHO untuk kualitas hidup yang lebih produktif; 4) Pengembangan perawatan komunitas untuk memberikan dukungan psikologis dan sosial; dan 5) Meningkatkan kapasitas ODHA melalui pendidikan dan pelatihan bagi ODHA (PKMK FK UGM, 2019:64).

Program PDP menyatakan kemajuan. Jumlah rumah sakit, puskesmas, dan klinik layanan meningkat sejalan dengan meningkatnya temuan kasus. Berbagai program dibuat untuk memperbaiki penyediaan layanan. Komponen dalam program PDP bagi ODHA secara signifikan ada dua sebagai berikut (PKMK FK UGM, 2019:65).

1) *Antiretroviral Treatment (ARV)*

SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS 2010-2014 menyatakan menargetkan tersedianya layanan komprehensif semua ODHA yang memenuhi syarat dapat menerima ARV, pengobatan, perawatan, dan dukungan secara profesional, manusia, serta tanpa diskriminasi, didukung oleh sistem rujukan, pembinaan, juga pengawasan. Perbedaan mendasar pada indikasi pemberian ARV menurut pedoman terbaru ini yakni ARV diberikan pada ODHA dengan hasil pemeriksaan CD4 kurang dari 350 sel/mm³. Perbedaan juga terlihat pada ODHA hamil, dengan koinfeksi TB dan Hepatitis B yakni pemberian ARV tanpa memandang jumlah CD4 (PKMK FK UGM, 2019:65).

Program ART merupakan bagian dari respons yang lebih luas terhadap HIV/AIDS, mendukung upaya pencegahan dengan mendorong warga yang berperilaku berisiko tinggi untuk menggunakan layanan konseling dan tes. Secara khusus pelaksanaan ART tidak akan mengurangi dana untuk prioritas dan program perawatan kesehatan lain yang sama pentingnya. Inventasi dalam program ini untuk memperkuat sistem kesehatan, termasuk pengembangan SDM, mengadakan perlengkapan sarana kesehatan, dan menata sistem pemantauan, pengadaan, dan manajemen (PKMK FK UGM, 2019:65).

2) *Penjangkauan dan Pendampingan*

Program penjangkauan dan pendampingan tidak kalah penting untuk diperhatikan karena akan berpengaruh pada penurunan kualitas

program. Kegiatan penjangkauan dan pendampingan disederhanakan dengan pembagian KIE, pendistribusian material pencegahan, dan perujukan ke layanan kesehatan. Hal ini merupakan langkah awal dan pintu masuk untuk upaya pencegahan dan perawatan (PKMK FK UGM, 2019:68).

Masalah lain berada pada kelompok berisiko tinggi kerap kali mendapatkan perlakuan diskriminasi dan stigma negatif. Kondisi ini menghambat mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan yang disediakan, sehingga perlunya program penjangkauan dan pendampingan bukan hanya penyuluhan program yang sifatnya kondisional dan seremonial semata (PKMK FK UGM, 2019:69).

c. Tata Kelola Informasi Strategis

Informasi strategis idealnya bisa menyediakan berbagai data dan informasi yang dapat diakses dan digunakan untuk merancang program hingga mengevaluasi program. Sentinel survey juga mulai dikompilasi dari beberapa survey di daerah, namun informasi tidak dapat dibandingkan dari waktu ke waktu sebab masih terdapat daerah yang tidak melakukan pelaporan rutin ke pemerintah pusat. Bahwa survey-survey yang dilakukan rutin oleh BPS diikuti STPB dan Kemenkes dikelola secara terpusat, yang memudahkan adalah BPS merupakan salah satu badan pemerintahan yang menganut paham sentralistik sehingga terbukti efektif untuk pelaksanaan surveilans. Di sisi lain, melalui data-data survey tersebut, KPA dapat menilai apakah upaya pencegahan dan

penanggulangan sudah berjalan sesuai rencana atau memerlukan berbagai perbaikan dan perubahan (PKMK FK UGM, 2019:69).

d. Tata Kelola SDM dan Akses

Ragam dan jumlah SDM yang terlibat sangatlah bervariasi dan besar, meliputi tenaga-tenaga tingkat lapangan (pendidik sebaya, petugas penjangkau, supervisor program lapangan, manajer program tingkat lapangan), tenaga tingkat layanan (petugas konselor, dokter spesialis, dokter umum, petugas laboratorium, perawat, petugas administrasi, ahli gizi, bidan, manajer kasus), dan tenaga tingkat koordinasi/KPA di kabupaten dan kota (pengelola program, petugas pengawasan dan evaluasi/surveilans, pengelola administrasi keuangan, sekretaris/manajer). Kebutuhan SDM yang dihitung adalah untuk mencapai setidaknya 80% target program layanan komprehensif (PKMK FK UGM, 2019:71).

e. Mitigasi Dampak

Mitigasi dampak merupakan upaya untuk mengurangi dampak kesehatan dan sosial ekonomi. SRAN menyebutkan strategi mengurangi dampak negatif dari epidemi dengan akses program mitigasi sosial mereka yang membutuhkan dengan cara menyediakan kesempatan ODHA dan yang terdampak AIDS, anak yatim, orang tua tunggal, dan janda untuk mendapatkan akses dukungan peningkatan pendapatan, pelatihan keterampilan, dan program pendidikan peningkatan kualitas hidup (PKMK FK UGM, 2019:83).

Akses kepada jaminan kesehatan bagi kelompok risiko dan ODHA masih menjadi masalah sampai saat ini. Apalagi dengan keluarnya kebijakan BPJS dan JKN saat ini. Kendala utama terkait administrasi untuk mengakses JKN. Kebanyakan kelompok risiko dan ODHA adalah mereka yang terpinggirkan dan sering tidak mempunyai kelengkapan administrasi kependudukan, seperti Kartu Keluarga, KTP, dan keterangan domisi lainnya yang berakibat sulit bagi mereka untuk mengakses layanan JKN (PKMK FK UGM, 2019:83).

4. Puskesmas

a. Definisi

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerja. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan program kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Kemenkes, 2014 dalam Anita et al., 2019:2).

b. Tugas, Fungsi, dan Wewenang Puskesmas

Puskesmas adalah organisasi fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Anita et al., 2019:3).

Penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dalam upaya kesehatan masyarakat puskesmas berwenang untuk: 1) Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan; 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi program kesehatan; 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan; 4) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang berkerja sama dengan sektor lain; 5) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat; 6) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas; 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan; 8) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan capaian pelayanan kesehatan; dan 9) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit (Anita et al., 2019:3).

Penyelenggaraan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dalam upaya kesehatan perseorangan di puskesmas berwenang untuk: 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, dan bermutu; 2) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif; 3) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu,

keluarga, kelompok, dan masyarakat; 4) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas, dan pengunjung; 5) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi; 6) Melaksanakan rekam medis; 7) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan; 8) Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan; 9) Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; 10) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan (Anita et al., 2019:4).

Puskesmas yakni sebagai pusat kesehatan masyarakat primer yaitu puskesmas sebagai pemberi layanan promotive dan preventif dengan sasaran masyarakat dan individu dalam suatu kelompok untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, deteksi dini, mencegah dan mengendalikan penyakit, sedangkan puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan primer perseorangan sebagai *gatekeeper* atau kontak pertama pada pelayanan kesehatan formal dan penangkis rujukan. Kedua kategori pelayanan yang dilaksanakan puskesmas dengan konsep wilayah dengan melibatkan lintas sektor (Anita et al., 2019:5).

c. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV/AIDS

Penanganan HIV/AIDS adalah sesuai standar di satu wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu tertentu, sama halnya dengan Infeksi

menular seksual (IMS) yang diobati adalah kasus infeksi menular seksual yang ditemukan berdasarkan syndrome dan etiologic (Sulaeman, 2023:341).

1) Tata Laksana HIV/AIDS

Dalam tata laksana HIV/AIDS dapat dilakukan seperti *Voluntary Counseling Testing* (VCT) adalah kegiatan tes konseling secara sukarela, perawatan orang sakit dengan HIV/AIDS, pengobatan *Antiretroviral* (ARV), pengobatan infeksi oportunistik, rujukan kasus spesifik (Sulaeman, 2023:341).

2) Langkah Kegiatan HIV/AIDS dan IMS

Terdapat lima langkah yang dapat dilakukan pada kegiatan HIV/AIDS dan IMS, langkah pertama yang dapat dilakukan yaitu melalui pengobatan dan perawatan ODHA dengan advokasi kebijakan kepada *stakeholder* tentang ketersediaan obat ARV dan infeksi oportunistik, pelatihan petugas kesehatan tentang tata laksana serta konseling HIV/AIDS, serta mengembangkan klinik VCT, menyediakan ARV dan infeksi oportunistik (Sulaeman, 2023:341).

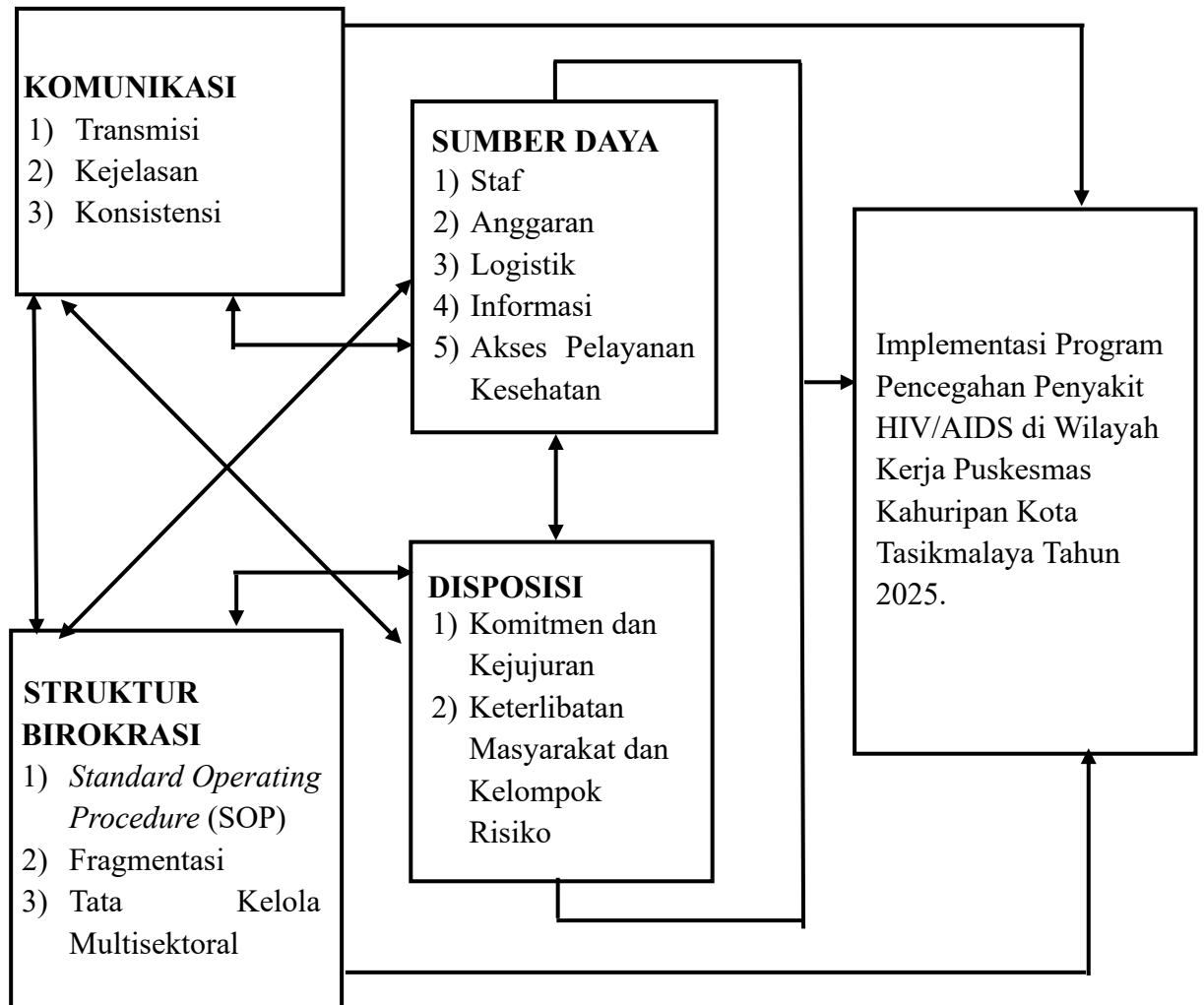
Langkah kedua yaitu melakukan pengobatan IMS dengan advokasi, meningkatkan KIE pencegahan IMS serta pemeriksaan dan pengobatan secara dini, pendidikan dan pelatihan bagi petugas kesehatan dalam tata laksana IMS, mengembangkan klinik IMS di lokasi/lokalisasi penjaja seks (PS), serta pemeriksaan IMS berkala

kepada para pekerja seks dan pramuria di lokasi, lokalisasi, *bar*, *karaoke*, dan panti pijat (Sulaeman, 2023:342).

Langkah ketiga yaitu melakukan peningkatan gaya hidup sehat dengan meningkatkan tingkat pendidikan dasar dari anak, pemuda, dan remaja, khususnya anak perempuan, mengadakan media KIE di sekolah dan tempat kerja termasuk *life skill education*, perlindungan dan KIE kepada keluarga dan kelompok penduduk yang menghadapi masalah sosial, kerja sama/koordinasi dengan media massa dan perusahaan advertensi untuk KIE (Sulaeman, 2023:343).

Langkah keempat yaitu melakukan promosi dan distribusi kondom seperti melakukan *social marketing* dan meningkatkan akses kondom kepada WPS dan pelanggannya, meningkatkan ketersediaan kondom dan memperluas jaring distribusinya melalui swasta, LSM, dan pemerintah, serta meningkatkan KIE tentang manfaat penggunaan kondom. Kemudian langkah kelima yaitu melakukan promosi perilaku seksual aman dengan advokasi kepada pengambil Keputusan, mengembangkan proyek-proyek panduan penggunaan kondom 100%, melaksanakan KIE secara sistematis dan bijaksana dengan penggunaan kondom dan hubungan seksual *non penetrative*, serta melaksanakan kegiatan pemeriksaan dan pengobatan IMS kepada kelompok berisiko (Sulaeman, 2023:343).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1

Model Pendekatan *Direct and Indirect Impact on Implementation* oleh George C. Edward III dalam (Agustino, 2020) modifikasi Kebijakan & Program HIV & AIDS dalam Sistem Kesehatan di Indonesia oleh (Suharni et al., 2016) dan Kebijakan HIV/AIDS & Sistem Kesehatan di Indonesia oleh (PKMK FK UGM, 2019).