



**ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENANGGULANGAN
HIV/AIDS DI PUSKESMAS ADIMULYO
KABUPATEN KEBUMEN**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan
Masyarakat

Disusun oleh:
Annisa Istiqomah
NIM.6411415110

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2019**

Annisa Istiqomah

Analisis Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen

VI + 183 halaman + 3 tabel + 3 gambar + 10 lampiran

ABSTRAK

Angka kejadian HIV/AIDS di Kabupaten Kebumen dari 2012 selalu mengalami kenaikan. Prevalensi kasus pada tahun 2014 yaitu 32 per 100.000 penduduk, selalu mengalami peningkatan hingga 68 per 100.000 penduduk pada tahun 2017. Tingginya kasus HIV/AIDS dipengaruhi beberapa hal seperti tingkat pengetahuan yang rendah, partisipasi masyarakat yang kurang, tidak dilakukannya KT-HIV pada calon pengantin, serta ketersediaan data yang minim. Salah satu puskesmas yang memiliki kasus baru HIV/AIDS tertinggi di Kabupaten Kebumen adalah Puskesmas Adimulyo. Kasus baru HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo pada 2017 sebanyak 6 kasus, meningkat 2 kali lipat menjadi 14 kasus pada 2018.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan teknik pengambilan data wawancara mendalam. Informan dipilih secara *purposive* sesuai dengan kebutuhan penelitian. Data yang diperoleh dalam penelitian kemudian diolah secara sistematis dan berlangsung terus menerus pada setiap tahapan hingga didapatkan hasil akhir yang ditampilkan dalam bentuk narasi.

Hasil menunjukkan bahwa transmisi dan wewenang dalam komunikasi baik, kejelasan komunikasi kader ke masyarakat kurang, kuantitas dan kualitas sumber daya baik, kinerja staf kurang optimal karena *double* tanggungjawab, tidak diberlakukannya insentif, fragmentasi dan SOP dalam birokrasi sudah baik, serta dukungan masyarakat yang belum optimal.

Saran dari penelitian ini adalah dengan meningkatkan pelayanan serta fasilitas terkait penanggulangan HIV/AIDS.

Kata kunci : Kebijakan, implementasi, HIV/AIDS

Kepustakaan : 71 (1984-2019)

Annisa Istiqomah

Analysis of HIV/AIDS Prevention Policy Implementation in Adimulyo Primary Health Care Center, Kebumen Regency

VI + 183 page + 3 tables + 3 images + 10 appendices

ABSTRACT

The incidence of HIV / AIDS in Kebumen Regency from 2012 has always been increasing. The prevalence of cases in 2014 was 32 per 100,000 population, always increasing to 68 per 100,000 population in 2017. The high case of HIV / AIDS is influenced by several things such as low level of knowledge, lack of community participation, not doing KT-HIV on bride and groom , and minimal data availability. One of the puskesmas with the highest number of new cases of HIV / AIDS in Kebumen is Adimulyo Puskesmas. New cases of HIV / AIDS in Adimulyo Health Center in 2017 were 6 cases, doubling to 14 cases in 2018.

The purpose of this research is to find out how the implementation of HIV / AIDS prevention policies at Adimulyo Health Center. Researchers used a qualitative research descriptive with in-depth interview techniques. Informants were selected purposively according to research needs. The data obtained in the study is then processed systematically and continues continuously at each stage until the final results are displayed in narrative form.

The results of the research show that the transmission and authority in good communication, lack of clarity of cadre communication to the community, good quantity and quality of resources, staff performance is less than optimal because of double responsibilities, incentives, fragmentation and SOP in the bureaucracy are not good, and community support is not optimal .

Suggestions from this research are to improve services and facilities related to HIV / AIDS prevention.

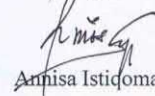
Keywords: Policy, implementation, HIV / AIDS

Literature: 71 (1984-2019)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, 1 November 2019



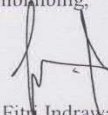
Annisa Istiqomah

NIM 6411415110

PERETUJUAN

Skripsi dengan judul “Analisis Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen” yang disusun oleh Annisa Istiqomah, NIM 6411415110 telah disetujui untuk diujikan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Semarang, 29 Oktober 2019
Pembimbing,



dr. Fitri Indrawati., M.P.H.
NIP 198307112008012008

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul "Analisis Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen" yang disusun oleh Annisa Istiqomah, NIM 6411415110 telah dipertahankan di hadapan penguji pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Selasa, 10 Desember 2019

tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM B

Panitia Ujian



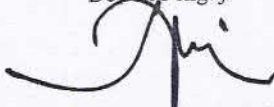
Sekretaris

Muhammad Azinar, S.K.M., M.Kes.
NIP 198205182012121002

Dewan Penguji


Tanggal

Penguji I


Lukman Fauzi, S.K.M., M.P.H.
NIP 198811122015041002


27-12-2019

Penguji II


Drs. Bambang Wahyono., M.Kes.
NIP 196006101987031002

7-01-2020

Penguji III


dr. Fitri Indrawati., M.P.H.
NIP 198307112008012008

9-01-2020

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan (Q.S Al-Insyirah : 5)”

“Allah akan mengangkat derajat orang-orang yang beriman diantara kalian, dan orang-orang yang diberi ilmu beberapa derajat (Q.S Al Mujadilah : 11)”

PERSEMBAHAN

1. Bapak Amir Muchtadi Parman (Alm)
dan Ibu Ambar Wahyuni
2. Saudara saya Achmad Wahyu Riyanto
dan Fahmi Ainul Hikmah
3. Teman-teman IKM 2015
4. Almamater UNNES

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya, skripsi dengan judul “Analisis Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen” dapat diselesaikan. Sholawat serta salam semoga tetap tercurah kepada junjungan kita Nabi Agung Muhammad SAW dan para sahabatnya karena telah memberikan tauladan baik sehingga penyusun dapat menyelesaikan skripsi. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan perkuliahan pada program Strata-1 di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang dengan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M).

Skripsi ini dapat terselesaikan atas bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, dengan hormat dan kerendahan hati, saya menyampaikan rasa terima kasih saya, kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas izin penelitian yang diberikan.
2. Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. dr. Mahlul Azam, M.Kes., atas izin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. Irwan Budiono., M.Kes (Epid)., atas izin penelitian.

4. Dosen Pembimbing dr. Fitri Indrawati., M.P.H., atas bimbingan, arahan, serta masukan dalam penulisan skripsi ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama perkuliahan.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen atas izin penelitian yang diberikan yang diberikan.
7. Ketua Komisi Penanggulangan HIV/AIDS (KPA) atas izin penelitian yang diberikan yang diberikan.
8. Kepala Puskesmas Adimulyo, Aim Luthful Hakim. S.Farm Apt., M.KM., atas izin yang diberikan dalam pelaksanaan penelitian.
9. Seluruh informan penelitian yang telah bersedia menjadi narasumber dalam penelitian.
10. Staf Tata Usaha (TU) Fakultas Ilmu Keolahragaan dan Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah membantu administrasi dan surat izin dalam penelitian.
11. Kedua orang tua (Bapak Amir Muchtadi Parman (Alm) dan Ibu Ambar Wahyuni), kakak (Achmad Wahyu Riyanto) dan adik (Fahmi Ainul Hikmah), dan seluruh keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan, motifasi, dan doa selama penyusunan skripsi.
12. Teman-teman (Siti Chomaerah, Siti Lutfiyah Ulfa, Siti Nur Anisah, dan Gusthi Arya Jiwangga) yang telah memberi dukungan dan semangat kepada peneliti, serta Dian Ratna Sari yang telah bersedia menjadi saksi penelitian ditengah persiapan pernikahannya.

13. Teman-teman satu bimbingan dan satu angkatan atas bantuan dan dukungan yang diberikan.
14. Semua pihak yang telah berkenan membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini. Penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan dan perbaikannya sehingga akhirnya proposal skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi bidang pendidikan dan penerapan di lapangan serta mampu dikembangkan lebih lanjut.

Semarang, 1 November 2019

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
PERNYATAAN.....	iii
PERETUJUAN	iv
PENGESAHAN	v
PRAKATA.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR ISTILAH	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 LATAR BELAKANG MASALAH	1
1.2 RUMUSAN MASALAH	6
1.3 TUJUAN PENELITIAN	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 MANFAAT PENELITIAN	8
1.4.1 Manfaat Teoritis	8
1.4.2 Manfaat Praktis	8
1.5 KEASLIAN PENELITIAN.....	9
1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN	13
BAB II TINJUAN PUSTAKA	14
2.1 LANDASAN TEORI.....	14
2.1.1 HIV/AIDS	14
2.1.2 Kebijakan	20
2.1.3 Implementasi Kebijakan.....	23

2.1.4	Teori Implementasi	24
2.1.5	PUSKESMAS	33
2.1.6	PERATURAN DAERAH KABUPATEN KEBUMEN NOMOR 2 TAHUN 2013	36
2.2	KERANGKA TEORI	39
BAB III METODE PENELITIAN.....		40
3.1	ALUR PIKIR	40
3.2	FOKUS PENELITIAN	40
3.2.1	Komunikasi	41
3.2.2	Sumber Daya	41
3.2.3	Disposisi	42
3.2.4	Birokrasi	42
3.2.5	Dukungan Masyarakat.....	43
3.3	JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN	43
3.4	SUMBER INFORMASI.....	43
3.4.1	Data Primer	44
3.4.2	Data Sekunder	45
3.5	INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA	45
3.5.1	Instrumen Penelitian.....	45
3.5.2	Teknik Pengambilan Data	46
3.6	PROSEDUR PENELITIAN	47
3.6.1	Tahap Pra Penelitian.....	48
3.6.2	Tahap Penelitian	48
3.6.3	Tahap Pasca Penelitian	48
3.7	PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA	49
3.8	TEKNIK ANALISIS DATA	49
3.8.1	Reduksi	49
3.8.2	Penyajian (Display) Data	50
3.8.3	Penarikan Kesimpulan (Verifikasi).....	50

BAB IV HASIL PENELITIAN	52
4.1 GAMBARAN UMUM	52
4.2 HASIL PENELITIAN	54
4.2.1 Karakteristik Informan	54
4.2.2 Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen.....	56
BAB V PEMBAHASAN	84
5.1 PEMBAHASAN.....	84
5.1.1 Komunikasi	85
5.1.2 Sumber Daya	90
5.1.3 Disposisi	97
5.1.4 Birokrasi	99
5.1.5 Dukungan Masyarakat.....	102
5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN	104
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	105
6.1 SIMPULAN.....	105
6.2 SARAN.....	106
6.2.1 Bagi Puskesmas.....	106
6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan	107
6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	107
DAFTAR PUSTAKA	108

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Kerangka Teori	39
Gambar 3.1 Alur Pikir	40
Gambar 4.1 Peta Wilayah Kecamatan Adimulyo	52

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	9
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Utama	55
Tabel 4.2 Karakteristik Informan Triangulasi	56

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Keterangan Pembimbing Skripsi	114
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari FIK UNNES	115
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari BAPEDA	116
Lampiran 4. Salinan Ethical Clearance	118
Lampiran 5. Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Penelitian	119
Lampiran 6. Penjelasan Kepada Calon Subjek	120
Lampiran 7. Persetujuan Kepada Calon Subjek	122
Lampiran 8. Instrumen Penelitian	130
Lampiran 9. Transkrip Wawancara	147
Lampiran 10. Dokumentasi	174

DAFTAR ISTILAH

AIDS = Acquired Immuno Deficiency Syndrome

CST = Care Support Treatmen

HIV = Human Immunodeficiency Virus

IMS = Infeksi Menular Seksual

KDS = Kelompok Dukungan Sebaya

KPA = Komisi Penanggulangan AIDS

KT-HIV = Konseling dan Testing HIV

LKB = Layanan Komprehensif Berkesinambungan

LSL = Laki-laki Suka Laki-laki

ODHA = Orang dengan HIV-AIDS

OHIDHA = Orang yang Hidup dengan ODHA

PITC = Provider Initiated HIV Testing and Counseling

PMTCT = Prevention Mother to Child Transmission of HIV

PSK = Pekerja Seks Komersial

P2PM = Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit Menular

RR = Report Recording

SOP = Stadar Operasional Prosedur / Standard Operating Procedur

UKM = Upaya Kesehatan Masyarakat

UKP = Upaya Kesehatan Perorangan

VCT = Voluntari Counseling and Testing

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunoan deficiency Virus* (HIV) yang menyerang sistem kekebalan tubuh kita sehingga mengakibatkan sistem kekebalan tubuh menjadi lemah. Dampaknya satu atau lebih penyakit dapat timbul dan beberapa penyakit menjadi lebih parah dari biasanya (Gallant, 2010). Selain berdampak pada kesehatan, HIV/AIDS juga berdampak pada kehidupan sosial, ekonomi, dan psikologis karena stigma yang ditimbulkan dari penyakit tersebut (Pradita & Sudibia, 2014). Stigma terkait HIV adalah proses psikologis dan sosial dimana individu HIV positif berjuang untuk mengatasi kesalahan persepsi, pemisahan sosial, pencemaran nama baik, dan tindakan diskriminatif yang terkait dengan status mereka (Chambers et al., 2015). Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dulu dinyatakan sebagai HIV positif. Jumlah HIV positif yang ada di masyarakat dapat diketahui melalui 3 metode, yaitu pada layanan *Voluntary, Conselling, and Testing* atau VCT (Dinkes Kabupaten Kebumen, 2017).

Data Direktorat Jendral P2P Kementerian Kesehatan RI menyebutkan bahwa data HIV/AIDS tiap tahunnya cenderung meningkat. Data tahun 2017 menyebutkan bahwa sebanyak 57.580 penduduk terkena HIV/AIDS dengan rincian 48.300 penderita HIV dan 9280 penderita AIDS. Berdasarkan kelompok umur, presentase

tertinggi terdapat pada kelompok umur 25-49 tahun (Ditjen P2P Kemenkes RI, 2018). Kelompok umur tersebut masuk dalam usia produktif, sehingga dapat menurunkan produktivitas seseorang.

Kasus HIV/AIDS di Jawa Tengah dalam kurun waktu lima tahun terakhir selalu mengalami peningkatan kasus. Jumlah kasus HIV tahun 2013 sebanyak 2282 kasus, tahun 2014 sebanyak 2480 kasus, tahun 2015 sebanyak 2763 kasus, tahun 2016 sebanyak 3269, serta tahun 2017 sebanyak 3679 kasus (Dinkes Jateng, 2017). Prevalensi kasus dari tahun 2014 sampai dengan tahun 2017 juga mengalami peningkatan. Terdapat 29 kasus HIV per 100.000 penduduk pada tahun 2014, meningkat menjadi 65 kasus per 100.000 penduduk. Provinsi Jawa Tengah menempati posisi ke tiga provinsi yang melaporkan kasus HIV terbanyak Oktober-Desember 2017 (Ditjen P2P Kemenkes RI, 2018).

Kabupaten Kebumen dalam kurun waktu 10 tahun sejak tahun 2012 sampai dengan 2017, angka kejadian HIV mengalami kenaikan. Prevalensi kasus pada tahun 2014 yaitu 32 per 100.000 penduduk, meningkat menjadi 68 per 100.000 penduduk pada tahun 2017. Keberadaan penderita HIV & AIDS bagaikan fenomena gunung es, dimana jumlah penderita yang ditemukan jauh lebih sedikit dari penderita yang sebenarnya ada (Dinkes Kabupaten Kebumen, 2017). Kabupaten Kebumen menempati peringkat ke 2 setelah Kota Semarang dalam hal penemuan HIV/AIDS pada tahun 2018. Pemerintah Daerah Kabupaten Kebumen dalam rangka memberikan kepastian hukum dan perlindungan terhadap setiap upaya penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Kebumen, maka dibentuklah dasar hukum bagi semua pihak yang terlibat

dalam pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Kebumen yaitu, Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 2 Tahun 2013 tentang Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus Acquired Immuno Deficiency Syndrome*. Adanya peraturan daerah tersebut diharapkan mampu mengatasi masalah HIV/AIDS di Kabupaten Kebumen sedikit demi sedikit. Akan tetapi, salah satu tujuan dari perda tersebut yaitu mencegah dan memutus rantai penularan HIV/AIDS belum dapat terlaksana, karena angka prevalensi HIV/AIDS mengalami peningkatan (Dinkes Kabupaten Kebumen, 2017).

Bab III Pasal 7 dalam peraturan daerah Kabupaten Kebumen tersebut menyebutkan bahwa langkah-langkah pencegahan HIV/AIDS dilakukan melalui upaya kegiatan promosi perubahan perilaku melalui komunikasi, informasi, dan edukasi; kegiatan penyuluhan dan sosialisasi; menyediakan layanan IMS, VCT, PITC, dan PMTCT. Pasal 8 menyebutkan bahwa penanganan HIV/AIDS dapat dilakukan dengan cara meningkatkan sarana pelayanan kesehatan (meliputi dukungan pelayanan klinik IMS, dukungan pelayanan VCT dan PITC, dukungan pelayanan CTS dan PMTCT, ketersediaan obat, bahan habis pakai dan reagensia), meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia tenaga kesehatan HIV/AIDS, serta meningkatkan penjangkauan dan pendampingan bagi kelompok rawan ODHA (Perda Kebumen, 2013).

Upaya-upaya kesehatan tersebut merupakan beberapa fungsi dari Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) yang tertera dalam PERMENKES RI Nomor 75 Tahun 2014 pasal 6 (Permenkes, 2014). Selain itu, puskesmas juga merupakan salah

satu simpul jejaring layanan HIV di suatu kabupaten atau kota sesuai dengan kerangka kerja LKB (Layanan HIV-IMS Komprehensif Berkesinambungan (Dirjen P3, 2016). Hal ini berarti bahwa Puskesmas juga berperan penting dalam hal penanggulangan dan pencegahan HIV/AIDS di wilayah kerjanya masing-masing. Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya 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 kerjanya.

Terdapat beberapa puskesmas dengan penemuan kasus baru HIV/AIDS yang tinggi, namun puskesmas dengan peningkatan kasus baru HIV/AIDS tertinggi di Kabupaten Kebumen adalah Puskesmas Adimulyo. Kejadian kasus baru HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo pada 2017 sebanyak 6 kasus, dan meningkat 2 kali lipat menjadi 14 kasus pada 2018 (Seksi P2PM Dinkes Kebumen, 2018).

Dari studi pendahuluan yang dilakukan, terdapat beberapa faktor yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Kebumen, seperti kesadaran masyarakat untuk berpartisipasi dalam penanggulangan HIV/AIDS masih kurang. Hal tersebut terjadi karena tingkat pendidikan masyarakat paling banyak yaitu lulusan sekolah dasar sebesar 42%. Masyarakat yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi pada umumnya mempunyai pengetahuan dan wawasan yang lebih luas sehingga lebih mudah menyerap dan menerima informasi, serta dapat turut berperan aktif dalam mengatasi masalah kesehatan dirinya dan keluarganya.

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka berpeluang memiliki pengetahuan yang lebih baik di banding dengan yang berpendidikan rendah (Rahayu et al., 2017).

Hambatan juga terjadi pada saat melakukan sosialisasi kepada masyarakat, karena sulit mengumpulkan masyarakat dalam waktu bersamaan dengan alasan bekerja, sekolah, atau waktu luang yang digunakan untuk istirahat. Faktor lainnya yaitu belum tersedianya struktur organisasi khusus penanggulangan HIV/AIDS sehingga koordinasi antar petugas belum optimal.

Pasal 7 poin (g) menyebutkan bahwa salah satu langkah pencegahan adalah dengan melakukan konseling pada calon pengantin. Namun, hal tersebut dilakukan hanya jika calon pengantin bersedia melakukannya. Puskesmas memiliki rencana kerja sama dengan KUA setempat, akan tetapi hal tersebut masih sebatas rencana dan belum dapat direalisasikan. Selain itu, ketersediaan informasi berupa data yang berkaitan dengan pelaksanaan juga sangat minim, padahal menurut Edward III ketersediaan informasi dalam bentuk data yang berkaitan dengan pelaksanaan kebijakan merupakan hal yang penting (Kartawidjaja, 2018).

Implementasi kebijakan dipengaruhi oleh komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi (Edward III, 1984). Selaras dengan penelitian terdahulu yang menyebutkan bahwa komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi merupakan faktor pendorong dan penghambat yang mempengaruhi implementasi kebijakan (Febrian, 2017). Penelitian lain menyebutkan bahwa sumber daya, khususnya ketersediaan staff menjadi salah satu penghambat dalam implementasi kebijakan HIV di Tanzania (Mwangome et al., 2017). Selain itu, fragmentasi dalam

birokrasi juga mempengaruhi implementasi kebijakan HIV/AIDS di Iran (Zarnaq et al., 2017). Dukungan masyarakat juga mempengaruhi implementasi kebijakan (Miranti et al., 2018).

Dari latar belakang yang telah disebutkan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo dengan judul “Analisis Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen”.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana peran komunikasi dalam implementasi kebijakan penanggulanagn HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo?
2. Bagaimana peran sumber daya dalam implementasi kebijakan penanggulanagn HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo?
3. Bagaimana peran disposisi dalam implementasi kebijakan penanggulanagn HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo?
4. Bagaimana peran struktur birokrasi dalam implementasi kebijakan penanggulanagn HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo?
5. Bagaimana peran dukungan masyarakat dalam implementasi kebijakan penanggulanagn HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan dari penelitian ini adalah untuk:

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui peran komunikasi dalam implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo.
2. Mengetahui peran sumber daya dalam implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo.
3. Mengetahui peran desposisi dalam implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo.
4. Mengetahui peran struktur birokrasi dalam implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo.
5. Mengetahui peran dukungan masyarakat dalam implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat:

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan dapat memberikan manfaat berupa informasi dan pengetahuan sebagai referensi serta acuan penelitian berikutnya mengenai implementasi kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Dinas Terkait

Sebagai bahan evaluasi dan bahan pertimbangan penyusunan rencana baru untuk pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 2 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Kebumen pada khususnya dan kebijakan-kebijakan lain pada umumnya.

1.4.2.2 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Sebagai bahan tambahan keustakaan dan bahan tambahan informasi bagi mahasiswa dalam melakukan penelitian selanjutnya.

1.4.2.3 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman serta wawasan peneliti mengenai implementasi sebuah kebijakan serta mampu menemukan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi implementasi Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus Acquired Immuno Deficiency Syndrome* di Puskesmas Kabupaten Kebumen.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

N o.	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
1	Abdul Jabbar dan Barisan (Jabbar & Barisan, 2018)	Implementasi Kebijakan Pemerintah terhadap Penanggulangan HIV dan AIDS di Kecamatan Maritenggae Kabupaten Sidenreng Rappang	Deskriptif Kuantitatif	Var.terikat : Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV dan AIDS Var. Bebas: indikator ketetapan kebijakan, pelaksana, target, lingkungan dan indikator ketetapan proses.	- Indikator ketetapan kebijakan berada pada kategori pernah atau sebesar 31,2%, indicator ketetapan pelaksana sebesar 29,8%, indikator ketetapan target sebesar 35,8% dan indikator ketetapan lingkungan sebesar 31,5%, indikator ketetapan proses sebesar 38,2%. - Upaya pencegahan berada pada kategori pernah dengan persentase sebesar 39%, upaya penanganan sebesar 28,4% dan upaya rehabilitasi sebesar 25,6%. - Implementasi Kebijakan Pemerintah berpengaruh sebesar 50,2% atau cukup baik.
2	Hary Priyanto, Nana Noviana (Priyanto & Noviana, 2018)	Analisis Implementasi Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi Nomor 45 Tahun 2015	Deskriptif kualitatif berdasarkan perspektif Kebijakan kesehatan	Var. Terikat: Implementasi kebijakan pencegahan HIV/AIDS Var. Bebas: standar dan tujuan kebijakan, sumber	- Aspirasi masyarakat mendukung pembangunan sehingga terwujud tujuan dari Perda tersebut - Diperlukan adanya koordinasi dengan instansi lainnya yang sejalan untuk mendukung implementasi kebijakan - Diperlukan transparansi dan akuntabilitas keuangan serta laporan pertanggung jawaban yang tersusun

				<p>daya, komu- -nikasi, interorgani- sasi dan aktifitas penguku- han, karakteris- tik agen pelaksana, serta Kondisi sosial, ekonomi, dan politik, serta karakter pelaksana.</p>	<p>secara jelas sehingga mudah di akses oleh masyarakat - Diperlukan Implementor yang benar-benar kompeten agar tujuan dari dapat tercapai.</p>
3	<p>Siti Wahyunin gih (Wahyunin gih, 2017)</p>	<p>Implemen- tasi Kebijakan Pencegah- an dan Penanggul- angan HIV AIDS di Kota Surakarta</p>	<p>Kualitatif dengan pendekatan non-doktrinal/ empiris</p>	<p>Var. Terikat: HAM/Huk- um</p> <p>Var. Bebas: substansi atau perundang- undangan, struktural atau kelembaga- an, kultural atau budaya.</p>	<p>- Faktor penghambat diantaranya belum dianggap masalah prioritas baik oleh sektor kesehatan maupun sektor pembangunan, - Dukungan politik yang belum memadai dan belum jelasnya strategi pelaksanaan program - Belum terkordinasinya KPA dan SKPD Kota Surakarta - Masih tinggi stigmatisasi/diskriminasi terhadap orang-orang yang terinfeksi/ODHA, - Belum maksimalnya penyebaran dan akses informasi layanan kesehatan</p>

					dan ketersediaan adanya layanan VCT, ARV bagi penderita dan orang beresiko tinggi terinfeksi HIV dan AIDS
4	Aulia Nugraheni & Aloysius Rengga (Nugraheni & Rengga, 2017)	Implementasi Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Kebumen (Telaah Pasal 7)	Kualitatif	Var. Terikat: Perda No.2 Tahun 2013 Var.Bebas: Pasal 7 (Tujuan, sasaran, keterlibatan pemerintah, masyarakat, dan swasta, kesiapan masyarakat, ketersediaan layanan, serta faktor yang mempengaruhi (Komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi)	- Telaah pasal 7 belum maksimal karena masyarakat sebagai sasaran kebijakan belum memahami dan mengerti dengan jelas isi perda tersebut hal ini dikarenakan kurangnya pengenalan dari pemerintah sehingga masih banyak masyarakat yang tidak mengetahui. - Sumber daya dan disposisi sebagai factor pendorong, struktur organisasi sebagai faktor pendukung, dan komunikasi sebagai faktor penghambat.
5	Diyan Purnomo	Analisis Kebijakan Penanggul	Deskriptif kualitatif	Var. Terikat: Implement	- Dukungan kondisi lingkungan yang kondusif, komitmen yang tinggi baik

	(Purnomo, 2015)	angan HIV AIDS Di Kabupaten Malang (Studi Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 14 Tahun 2008 Kabupaten Malang)		asi kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Malang (Perda No. 14 tahun 2008). Var. Bebas: Pemangku Kepentingan (stakeholder), Faktor pendukung dan faktor penghambat.	dari legislatif, dan masyarakat yang melibatkan banyak stakeholder dalam setiap proses kebijakannya dari formulasi, implementasi, hingga evaluasi kebijakan. Faktor pendukung: terdapat pokja, sarana prasarana baik kuantitas maupun kualitas. Faktor penghambat: kurang koordinasi antar stakeholder, minimnya penggunaan kondom kelompok beresiko, tingginya mobilitas kelompok beresiko keluar masuk Malang	eksekutif, masyarakat
6	Rahim Khodayari Zarnaq, Hamid Ravaghi, Leila Doshmangir (Zarnaq et al., 2017)	HIV/AIDS Policy-Making in Iran: Part 2- from Formulaton to Evaluation	Kualitatif exploratory	Var. Terikat: Kebijakan HIV/AIDS di Iran Var. Bebas: Fragmentasi, sumber daya	- Pembuatan kebijakan mengabaikan peran dari organisasi non pemerintah, Kerjasama yang tidak memadai diantara para pemangku kepentingan, serta kurangnya sumber daya.	
7	Mary N Mwangome, Eveline Geubbels, Alison Wringe, Jim Todd, Paul	A qualitative study of the determinants of HIV guidelines implemen	Var. Terikat: penerapan pedoman HIV Var. Bebas: strategi yang digunakan, karakteristik	Kualitatif eksplantif	- Tidak terlibatnya penyedia layanan dalam dalam revisi pedoman yang digunakan - Pedoman yang terlalu panjang dan dalam bahasa inggris tidak digunakan karena dianggap rumit	

Klatser, dan Marjolein Dieleman (Mwango me et al., 2017)	tation in two south-eastern districts of Tanzania	pedoman, organisasi pelaksana pedoman, pengguna pedoman, dan konteks sosial budaya	<ul style="list-style-type: none"> - Ketersediaan staff atau pelaksana yang kurang - Karakteristik penyedia layanan seperti tingkat pendidikan, pengetahuan, dan komitmen mempengaruhi keberhasilan implementasi
--	---	--	--

Hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah tempat dan waktu penelitian, serta variabel penelitian.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

Ruang lingkup dalam penelitian ini meliputi tempat, waktu dan ilmu

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Kebumen.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Ilmu

Materi dalam penelitian ini adalah implementasi kebijakan dan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan kebijakan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 HIV/AIDS

2.1.1.1 Definisi

HIV merupakan singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus* yang dapat menyebabkan AIDS atau *Acquired Immuno Deficiency Syndrom* dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia yang pada akhirnya tidak dapat bertahan dari gangguan penyakit walaupun yang sangat ringan sekalipun. HIV menyerang sel CD4 dan merubahnya menjadi tempat berkembang biak, baru kemudian merusaknya sehingga tidak dapat digunakan lagi. Padahal, sel darah putih sangat dibutuhkan sebagai kekebalan tubuh. Tanpa kekebalan tubuh, ketika diserang oleh penyakit maka tubuh tidak memiliki perlindungan untuk melawan penyakit tersebut (Yakup, 2009).

AIDS atau *Acquired Immuno Deficiency Syndrom* dapat diartikan sebagai sekumpulan tanda dan gejala penyakit akibat hilang atau menurunnya sistem kekebalan tubuh seseorang. Seseorang yang terkena virus HIV tidak serta merta menjadi AIDS. Untuk menjadi AIDS dibutuhkan waktu yang lama, yaitu antara 5

sampa 10 tahun. Sampai pada saat ini belum ada obat, serum, maupun vaksin yang dapat menyembuhkan HIV (Yakup, 2009). Akan tetapi ada pengobatan yang bisa digunakan untuk memperlambat perkembangan HIV, pengobatan ini juga akan membuat penderitanya hidup lebih lama, sehingga bisa menjalani hidup dengan normal.

2.1.1.2 Epidemiologi HIV/AIDS

Penderita HIV/AIDS di seluruh dunia berjumlah sekitar 36.7 juta orang, diantaranya terdapat 2,1 juta orang yang baru terinfeksi HIV dan 1,1 juta orang meninggal. Penyebab kematian utama penderita penyakit ini adalah infeksi oportunitik, akan tetapi 50% penderita yang telah mendapatkan terapi antiretrovirus akan meninggal karena *non-AIDS related death* antara lain *non-AIDS defining cancer* (23.5%), penyakit kardiovaskular (15,7%), dan penyakit liver (14,1%) (Yuliyanasari, 2017).

Penelitian-penelitian di Indonesia memperlihatkan bahwa di antara 175 orang yang direkrut untuk sebuah penelitian di Bali, ditemukan bahwa terdapat empat sub tipe yang ditemui di populasi: CRF01_AE (88.9%), B (9.3%), C (0.9%) dan G (0.9%). Dari semua orang ini, 65 (60%) adalah Penasun dan 40% lainnya adalah WPS, LSL, dan Waria dengan banyak pasangan seksual atau mereka yang tidak memiliki faktor risiko yang jelas. CRF01_AE lebih sering ditemukan di kalangan Penasun dengan 100% Penasun terkena infeksi subtype ini. Sub tipe B lebih sering ditemui di kalangan LSL dan pekerja seks komersial. Analisis filogenetik mengungkapkan tidak adanya pemisahan virus antar kelompok risiko. Rasio laki-laki terhadap perempuan

yang terinfeksi HIV di Indonesia memperlihatkan perbedaan dan tingkat yang bermakna, yakni menunjukkan lebih banyak laki-laki yang terinfeksi dibandingkan perempuan dengan rasio P/L 0,7 (Dirjen P2P, 2017).

2.1.1.3 Etiologi HIV/AIDS

Etiologi HIV-AIDS adalah *Human Immunodefisiensi virus* (HIV) yang merupakan virus sitopatik yang diklasifikasikan dalam famili retroviridae, subfamili lentiviridae, genus lentivirus. Berdasarkan strukturnya HIV termasuk famili retrovirus yang merupakan kelompok virus RNA yang mempunyai berat molekul 0,7 kb (kilobase). Virus ini terdiri dari 2 grup, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Masing-masing grup mempunyai berbagai subtipe. Diantara kedua grup tersebut, yang paling banyak menimbulkan kelainan dan lebih ganas di seluruh dunia adalah grup HIV-1 (Moyer, 2013).

HIV terdiri dari suatu bagian inti yang berbentuk silindris yang dikelilingi oleh *lipid bilayer envelope*. Pada *lipid bilayer* tersebut terdapat dua jenis glikoprotein yaitu gp120 dan gp41. Fungsi utama protein ini adalah untuk memediasi pengenalan sel CD4+ dan reseptor kemokin dan memungkinkan virus untuk melekat pada sel CD4+ yang terinfeksi. Bagian dalam terdapat dua kopi RNA juga berbagai protein dan enzim yang penting untuk replikasi dan maturasi HIV antara lain adalah p24, p7, p9, p17, reverse transkriptase, integrase, dan protease. Tidak seperti retrovirus yang lain, HIV menggunakan Sembilan gen untuk mengkode protein penting dan enzim. Ada tiga gen utama yaitu *gag*, *pol*, dan *env*. Gen *gag* mengkode protein inti, gen *pol* mengkode enzim reverse transkriptase, integrase, dan protease, dan gen *env* mengkode komponen

struktural HIV yaitu glikoprotein. Sementara itu, gen *rev*, *nef*, *vif*, *vpu*, *vpr*, dan *tat* penting untuk replikasi virus dan meningkatkan tingkat infeksi HIV (Yuliyanasari, 2017).

2.1.1.4 Patogenesis Infeksi

Penularan HIV/AIDS terjadi melalui cairan tubuh yang mengandung HIV baik melalui transmisi seksual, paparan parenteral yang terkontaminasi, persalinan dan laktasi dari ibu yang mengidap HIV ke bayinya (Veronique Grouzard et al, 2016). 12 Sistem imun menjadi target utama dari infeksi HIV dimana virus akan menyerang sel limfosit T helper yang mengandung marker molekul CD4. Setelah HIV mengikatkan diri pada molekul CD4, virus masuk ke dalam target dan melepaskan bungkusnya kemudian dengan enzim *reverse transcriptase* virus tersebut merubah bentuk RNA agar dapat bergabung dengan DNA sel target. Selanjutnya sel yang berkembang biak akan mengandung bahan genetik virus dan akan membentuk virus baru, dan menginfeksi sel host lainnya. Infeksi HIV dengan demikian menjadi irreversible dan berlangsung seumur hidup (Klatt, 2014).

Infeksi HIV di jaringan memiliki dua target utama yaitu sistem imun dan sistem saraf pusat. Gangguan pada sistem imun mengakibatkan kondisi imunodefisiensi pada *cell mediated immunity* yang mengakibatkan kehilangan sel T CD4+ dan ketidakseimbangan fungsi ketahanan sel T helper. Selain sel tersebut, makrofag dan sel dendrit juga menjadi target. HIV masuk ke dalam tubuh melalui jaringan mukosa dan darah selanjutnya sel akan menginfeksi sel T, sel dendritik dan makrofag. Infeksi

kemudian berlangsung di jaringan limfoid dimana virus akan menjadi laten pada periode yang lama (Kummar, Abbas, & Aster, 2015).

2.1.1.5 Siklus HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus merupakan retrovirus obligat intraselular dengan replikasi sepenuhnya di dalam sel *host*. Perjalanan infeksi HIV di dalam tubuh manusia diawali dari interaksi gp120 pada selubung HIV berikatan dengan reseptor spesifik CD4 yang terdapat pada permukaan membran sel target (kebanyakan limfosit T-CD4+). Sel target utama adalah sel yang mampu mengekspresikan reseptor CD4 (astroisit, mikroglia, monosit-makrofag, limfosit, Langerhan's dendritik).

Material genetik virus adalah RNA *single stand-sense* positif (ssRNA), virus harus mentranskripsi RNA ini dalam DNA secara optimal pada replikasi sel manusia (transkripsi normal terjadi dari DNA ke RNA, HIV bekerja mundur sehingga diberi nama retrovirus). Untuk melakukannya HIV dilengkapi dengan enzim unik RNA-*dependent DNA polymerase (reverse transcriptase)*. Gabungan DNA virus dan DNA sel inang akan mengalami replikasi, transkripsi dan translasi. DNA polimerase mencatat dan mengintegrasikan provirus DNA ke mRNA, dan mentranslasikan pada mRNA sehingga terjadi pembentukan protein virus. Perakitan partikel virion baru akan dimulai dengan penyatuan protein HIV dalam sel inang. Nukleokapsid yang sudah terbentuk oleh ssRNA virus disusun dalam satu kompleks. Kompleks nukleoprotein ini kemudian dibungkus dengan 1 membran pembungkus dan dilepaskan dari sel pejamu melalui proses "*budding*" dari membran plasma. Kecepatan produksi virus dapat sangat tinggi dan menyebabkan kematian sel (Savira, 2014).

Dengan berbagai proses kematian limfosit T tersebut terjadi penurunan jumlah limfosit T CD4 secara dramatis dari normal yang berkisar 600-1200/mm³ menjadi 200/mm³ atau lebih rendah lagi, sehingga pertahanan individu terhadap mikroorganisme patogen menjadi lemah dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi sekunder dan akhirnya masuk ke stadium AIDS (Yulianasari, 2017).

2.1.1.6 Faktor Risiko

Perilaku seks yang beresiko merupakan faktor utama yang berkaitan dengan penularan HIV/AIDS, yakni memiliki partner seks yang berubah-ubah dan tidak memakai kondom saat berhubungan seksual. Selain itu, faktor risiko lain yang diperkirakan dapat menularkan HIV/AIDS adalah sosial, ekonomi, dan khususnya kemiskinan. Beberapa kelompok yang memiliki resiko tinggi tertular HIV adalah status donor darah, baik penerima maupun pendonor jika alat tidak steril, kemudian dari ibu ke anak saat proses kehamilan, kelahiran, maupun pemberian ASI, serta pecandu narkotika khususnya narkoba suntik yang menggunakan jarum secara bergantian (Nuryati et al., 2018). Selain itu, kelompok dengan resiko tinggi tertular HIV/AIDS adalah WPS, Waria, dan LSL.

Penelitian terdahulu menyebutkan bahwa heteroseksual merupakan faktor risiko kejadian HIV/AIDS, dimana melakukan hubungan heteroseksual memiliki peluang 2 kali lebih besar menderita HIV/AIDS dibandingkan dengan yang tidak melakukan hubungan heteroseksual. Faktor risiko LSL yang melakukan hubungan beresiko memiliki peluang terkena HIV/AIDS 2 kali lebih tinggi dibandingkan dengan LSL yang melakukan hubungan tidak beresiko (Nuryati et al., 2018). LSL termasuk ke

dalam kelompok resiko tinggi yang perlu diwaspadai, estimasi infeksi HIV baru berdasarkan populasi kunci tahun 2002-2025 memperkirakan bahwa LSL merupakan salah satu populasi kunci yang selalu mengalami peningkatan (Dirjen P3, 2015).

2.1.2 Kebijakan

Kebijakan merupakan kesepakatan yang didapatkan dari usulan seseorang, sekelompok orang, para anggota legislatif, atau pemerintah dalam lingkungan tertentu untuk menanggulangi masalah atau mencari peluang untuk mengatasi hambatan tertentu (Dachi, 2017). Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) memberikan pengertian yang lebih rinci tentang kebijakan yang menyebutkan bahwa kebijakan ialah pedoman untuk bertindak, dimana pedoman tersebut dapat bersifat sederhana atau kompleks, bersifat umum atau khusus, kabur atau jelas, longgar atau terperinci, maupun luas atau sempit (Wahab, 2015).

Kebijakan secara umum dapat dibedakan dalam tiga tingkatan (Kartawidjaja, 2018):

1. Kebijakan umum, yaitu kebijakan yang menjadi pedoman atau petunjuk pelaksanaan baik yang bersifat positif maupun negative yang meliputi keseluruhan wilayah atau instansi yang bersangkutan.
2. Kebijakan pelaksana, yaitu kebijakan yang menjabarkan kebijakan umum. Untuk tingkat pusat bisa berupa peraturan pemerintah tentang pelaksanaan suatu undang-undang.
3. Kebijakan teknis, yaitu kebijakan operasional yang berada dibawah kebijakan pelaksana.

Semua kebijakan tersebut memiliki peranan yang penting terhadap kualitas implementasi kebijakan. Bukan hanya jenis kebijakan tertentu yang paling berperan, namun semua kebijakan yang ada merupakan rangkaian atau satu kesatuan yang masing-masing memiliki peranannya sendiri dalam proses pelaksanaan atau implementasi sebuah kebijakan dalam mencapai tujuan.

2.1.2.1 Kebijakan Publik

James Anderson, memberikan pengertian atas definisi kebijakan publik, dalam bukunya *Public Policy Making*, sebagai serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud atau tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang aktor atau sekelompok aktor yang berhubungan dengan suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan. Konsep kebijakan ini menitikberatkan pada apa yang sesungguhnya dikerjakan daripada apa yang diusulkan atau dimaksud (Agustino, 2006).

Pakar kebijakan publik mendefinisikan bahwa kebijakan publik adalah segala sesuatu yang dikerjakan atau tidak dikerjakan oleh pemerintah, mengapa suatu kebijakan harus dilakukan dan apakah manfaat bagi kehidupan bersama harus menjadi pertimbangan yang holistik agar kebijakan tersebut mengandung manfaat yang besar bagi warganya dan berdampak kecil dan sebaiknya tidak menimbulkan persoalan yang merugikan. Walaupun demikian pasti ada yang diuntungkan dan ada yang dirugikan, disinilah letaknya pemerintah harus bijaksana dalam menetapkan suatu kebijakan (B. Sore & Sobirin, 2017).

Ketika kebijakan publik berisi nilai-nilai yang bertentangan dengan nilai-nilai yang hidup dalam masyarakat, maka kebijakan publik tersebut akan mendapat

resistensi ketika diimplementasikan. Sebaliknya suatu kebijakan publik harus mampu mengakomodasi nilai-nilai dan praktika-praktika yang hidup dan berkembang dalam masyarakat. Lingkup kebijakan publik sangat luas karena mencakup berbagai sektor atau bidang pembangunan, seperti kebijakan publik di bidang pendidikan, pertanian, kesehatan, transportasi, pertahanan, dan sebagainya (Taufiqurokhman, 2014).

Kebijakan publik biasanya dituangkan dalam peraturan perundang-undangan seperti undang-undang (UU), peraturan presiden, dan peraturan daerah (perda) merupakan bentuk-bentuk kebijakan publik. Kebijakan publik atau kebijakan umum merupakan program-program yang diterapkan oleh pemerintah dalam arti luas untuk mencapai tujuan masyarakat. Dengan kata lain, kebijakan publik adalah suatu keputusan-keputusan dari lembaga yang berwenang atau pemerintah untuk memecahkan masalah publik (Herniawati et al., 2017).

2.1.2.2 Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat. Pengembangan kebijakan biasanya top-down dimana Departemen Kesehatan memiliki kewenangan dalam penyiapan kebijakan. Implementasi dan strateginya adalah bottom-up. Kebijakan seharusnya dikembangkan dengan partisipasi oleh mereka yang terlibat dalam kebijakan itu. Hal ini untuk memastikan bahwa kebijakan tersebut realistis dan dapat

mencapai sasaran. Untuk itu perlu komitmen dari para pemegang dan pelaksana kebijakan. (Massie, 2009).

Kebijakan kesehatan harus berdasarkan pembuktian yang menggunakan pendekatan problem solving secara linear. Tujuannya adalah untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan . Kebijakan kesehatan juga peduli terhadap dampak dari lingkungan dan sosial ekonomi terhadap kesehatan (Massie, 2009).

2.1.3 Implementasi Kebijakan

Pembuatan kebijakan tidak berakhir setelah kebijakan tersebut ditentukan atau disetujui. Seperti yang dinyatakan oleh Anderson: “Kebijakan dibuat saat ia sedang diatur dan diatur saat sedang dibuat”. Implementasi adalah pelaksanaan pembuatan kebijakan dengan cara-cara lain (Parsons, 2006).

T. B. Smith mengakui bahwa ketika kebijakan telah dibuat, kebijakan tersebut harus diimplementasikan dan hasilnya sedapat mungkin sesuai dengan apa yang diharapkan oleh pembuat kebijakan. Jika divisualisasikan akan terlihat bahwa suatu kebijakan memiliki tujuan yang jelas sebagai wujud orientasi nilai kebijakan. Tujuan implementasi kebijakan diformulasi ke dalam program aksi dan proyek tertentu yang dirancang dan dibiayai. Keseluruhan implementasi kebijakan dievaluasi dengan cara mengukur luaran program berdasarkan tujuan kebijakan. Luaran program dilihat melalui dampaknya terhadap sasaran yang dituju baik individu dan kelompok maupun

masyarakat. Luaran implementasi kebijakan adalah perubahan dan diterimanya perubahan oleh kelompok sasaran (Akib, 2010).

Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier mendefinisikan Implementasi kebijakan sebagai: Pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya (Agustino, 2006).

2.1.4 Teori Implementasi

2.1.4.1 Teori Implementasi George C. Edwards III

Mengacu pada pendapat Edward III mengenai kriteria penting dalam implementasi kebijakan, dapat dikemukakan empat faktor sebagai sumber masalah sekaligus prakondisi bagi keberhasilan proses implementasi, yakni komunikasi, sumber daya, sikap birokrasi atau pelaksana dan struktur organisasi atau birokrasi. Komunikasi suatu program hanya dapat dilaksanakan dengan baik apabila jelas bagi para pelaksana. Hal ini menyangkut proses penyampaian informasi, kejelasan informasi dan konsistensi informasi yang di-sampaikan. Sumber daya, meliputi empat komponen yaitu staf yang cukup (jumlah dan mutu), informasi yang dibutuhkan guna pengambilan keputusan, kewenangan yang cukup guna melaksanakan tugas atau tanggung jawab dan fasilitas yang dibutuhkan dalam pelaksanaan. Disposisi atau sikap pelaksana merupakan komitmen pelaksana terhadap program. Struktur birokrasi

didasarkan pada prosedur operasional standar yang mengatur tata aliran pekerjaan dan pelaksanaan kebijakan (Edward III, 1984).

2.1.4.4.1 *Komunikasi*

Keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, dimana yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (*target group*), sehingga akan mengurangi distorsi implementasi.

Terdapat tiga indikator yang dapat dipakai dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi tersebut di atas, yaitu yang *pertama Transmisi*, penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. *Kedua Kejelasan*, komunikasi yang diterima oleh para pelaksana kebijakan haruslah jelas dan tidak membingungkan atau tidak ambigu. Dan yang *ketiga* adalah *Konsistensi*, perintah yang diberikan dalam pelaksanaan harus konsisten dan jelas. Karena jika perintah yang diberikan sering diubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan di bagian pelaksana.

2.1.4.4.2 *Sumber Daya*

Meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, misalnya kompetensi implementor dan sumber daya finansial.

Indikator sumberdaya terdiri dari beberapa elemen, yaitu yang *pertama Staff*, sumberdaya utama dalam implementasi kebijakan adalah staf. Kegagalan yang sering

terjadi adalah dikarenakan staf yang tidak cukup mencukupi, memadai, ataupun tidak kompeten di bidangnya. *Kedua* Informasi, dalam implementasi kebijakan, informasi memiliki dua bentuk, yaitu : informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan dan informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap peraturan dan regulasi. *Ketiga* Wewenang, pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi pelaksana kebijakan yang ditetapkan secara politik. Dan yang *keempat* adalah Fasilitas, salah satu faktor yang penting dalam melaksanakan kebijakan adalah fasilitas fisik. Tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana dan prasarana) maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan berhasil.

2.1.4.4.3 Disposisi

Merupakan watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka implementor tersebut dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif.

Hal-hal penting yang perlu dicermati pada variabel disposisi, menurut George C. Edward III, yang *pertama* Penangkatan Birokrat, disposisi atau sikap para pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan bila personil yang ada tidak melaksanakan kebijakan-kebijakan yang diinginkan oleh pejabat-pejabat tinggi. Karena itu pemilihan dan pengangkatan personil pelaksana

kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan, lebih khusus lagi terhadap kepentingan warga. Dan yang *kedua Intesif*, Edward menyatakan bahwa salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah kecenderungan para pelaksana adalah dengan manipulasi intensif. Oleh karena itu, pada umumnya orang bertindak menurut kepentingan mereka sendiri, maka manipulasi intensif oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi pelaksana kebijakan. Dengan cara menambah 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.

2.1.4.4.4 Struktur Birokrasi

Aspek dari struktur birokrasi adalah *Standard Operating Procedure* (SOP) dan fragmentasi. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red-tape*, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks, hal tersebut menjadikan aktivitas organisasi tidak fleksibel (Hakim, 2018).

Dua karakteristik menurut George C Edward III yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi atau organisasi ke arah yang lebih baik adalah dengan dibentuknya *Standar Operating Prosedures* (SOP) dan melakukan *Fragmentasi*. SOP adalah suatu kegiatan rutin yang memungkinkan *staff* (atau pelaksana kebijakan/ administrator/ birokrat) untuk melaksanakan kegiatan-kegiatannya pada tiap harinya sesuai dengan standar yang ditetapkan (atau standar minimum yang dibutuhkan warga). Pelaksanaan fragmantasi adalah upaya penyebaran tanggungjawab kegiatan-kegiatan

atau aktivitas-aktivitas pegawai diantara beberapa unit kerja, dimana semakin panjang alur koordinasi, maka akan semakin menghambat suatu implementasi kebijakan.

2.1.4.2 Teori Implementasi Van Meter dan Van Horn

Model yang diajukan oleh Van Meter dan Van Horn menekankan pentingnya partisipasi implementor dalam penyusunan tujuan kebijakan, namun pendekatan mereka termasuk kategori pendekatan *top-down*. Mereka mengatakan bahwa standar dan tujuan kebijakan dikomunikasikan pada implementor melalui jaringan interorganisasional. Dengan perkataan lain, para implementor memahami serta menyetujui tujuan dan standar yang telah ditetapkan, bukan turut menentukan tujuan dan standar tersebut.

Model implementasi menetapkan beberapa variabel yang diyakini dapat mempengaruhi implementasi dan kinerja kebijakan. Variable tersebut diantaranya (Anggara, 2014):

1. Tujuan kebijakan dan standar yang jelas, yaitu perincian mengenai sasaran yang ingin dicapai melalui kebijakan beserta standar untuk mengukur pencapaiannya.
2. Sumber daya (dana atau berbagai insentif yang dapat memfasilitasi keefektifan implementasi).
3. Kualitas hubungan interorganisasional atau komunikasi. Keberhasilan implementasi sering menuntut prosedur dan mekanisme kelembagaan yang memungkinkan struktur yang lebih tinggi mengontrol agar implementasi berjalan sesuai dengan tujuan dan standar yang telah ditetapkan.

4. Karakteristik lembaga atau organisasi pelaksana (termasuk kompetensi dan ukuran agen pelaksana, tingkat control hirarki pada unit pelaksana terbawah pada saat implementasi, dukungan politik dari eksekutif dan legislatif, serta keberkaitan formal dan informal dengan lembaga pembuat kebijakan).
5. Lingkungan politik, sosial, dan ekonomi (apakah sumber daya ekonomi mencukupi; seberapa besar dan bagaimana kebijakan dapat memengaruhi kondisi sosial ekonomi yang ada; bagaimana tanggapan publik tentang kebijakan tersebut; apakah elite mendukung implementasi).
6. Disposisi atau tanggapan atau sikap para pelaksana (termasuk pengetahuan dan pemahaman isi dan tujuan kebijakan, sikap atas kebijakan, serta intensitas sikap).

2.1.4.3 Teori Implementasi Meriless S. Grindle

Keberhasilan implementasi menurut Grindle dipengaruhi oleh dua variable besar, yaitu isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi (*context of implementation*) (Subarsono, 2013).

2.1.4.3.1 *Content of Policy*

Variabel isi kebijakan menurut Grindle yang pertama adalah *Interest Affected* (kepentingan-kepentingan yang mempengaruhi), *Interest Affected* berkaitan dengan berbagai kepentingan yang mempengaruhi suatu implementasi kebijakan. indikator ini beragumen bahwa suatu kebijakan dalam pelaksanaannya pasti melibatkan banyak kepentingan, dan sejauhmana kepentingan-kepentingan tersebut membawa pengaruh terhadap implementasinya, hal inilah yang ingin diketahui lebih lanjut. Kedua, *Type of Benefits* (tipe manfaat), pada poin ini *content of policy* berupaya untuk menunjukkan

atau menjelaskan bahwa dalam suatu kebijakan harus terdapat beberapa jenis manfaat yang menunjukkan dampak positif yang dihasilkan oleh pengimplementasian kebijakan yang hendak dilaksanakan. Ketiga, *Extent of Change Envision* (derajat perubahan yang diinginkan), setiap kebijakan mempunyai target yang hendak dan ingin dicapai. *Content of Policy* yang ingin dijelaskan pada pola ini adalah bahwa seberapa besar perubahan yang hendak atau ingin dicapai melalui suatu implemmtasi kebijakan harus mempunyai skala yang jelas. Keempat, *Site of Decision Making* (letak pengambilan keputusan), pengambilan keputusan dalam suatu kebijakan memegang peranan penting dalam pelaksanaan suatu kebijakan, maka pada bagian ini harus dijelaskan dimana letak pengambilan keputusan dari sutau kebijakan yang akan diimplementasikan. Kelima, adalah *Program Impelemter* (pelaksana program), dalam menjalankan suatu kebijakan atau program harus didukung dengan adanya pelaksana kebijakan yang kompeten dan kapabel demi keberhasilan suatu kebijakan. Dan ini harus sudah terdata atau terpapar dengan baik pada bagian ini. Dan yang keenam adalah *Resources Committes* (sumber-sumber daya yang digunakan) Pelaksanaan suatu kebijakan juga harus didukung oleh sumber daya yang mendukung agar pelaksanaannya berjalan dengan baik.

2.1.4.3.2 *Context of Implementation*

Variable lingkungan implementasi menurut Grindle yang pertama adalah *Power, Interest, and Strategy of Actor Involved* (kekuasaan, kepentingan-kepentingan dan strategi dari aktor yang terlibat), dalam suatu kebijakan perlu diperhitungkan pula

kekuatan atau kekuasaan, kepentingan serta strategi yang digunakan oleh para aktor yang terlibat guna memperlancar jalannya pelaksanaan suatu implementasi kebijakan. Bila hal ini tidak diperhitungkan dengan matang sangat besar kemungkinan program yang hendak diimplementasikan akan jauh dari hambatan. Kedua, *Institution and Regime Characteristic* (karakteristik lembaga dan rezim yang berkuasa), lingkungan dimana suatu kebijakan tersebut dilaksanakan juga berpengaruh terhadap keberhasilannya, maka pada bagian ini ingin dijelaskan karakteristik dari suatu lembaga yang akan turut mempengaruhi suatu kebijakan. Ketiga, *Compliance and Responsiveness* (tingkat kepatuhan dan adanya respon pelaksana), hal ini yang dirasa penting dalam proses pelaksanaan suatu kebijakan adalah kepatuhan dan respon dari para pelaksana, maka yang hendak dijelaskan pada poin ini adalah sejauh mana kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam menanggapi suatu kebijakan.

2.1.4.4 Teori Implementasi Jan Merse

Jan Merse mengemukakan bahwa terdapat empat faktor yang dapat mempengaruhi suatu implementasi kebijakan . Faktor tersebut informasi, isi kebijakan, dukungan masyarakat, dan pembagian potensi (Kadji, 2015).

2.1.4.4.1 Informasi

Informasi merupakan data yang telah diolah menjadi bentuk yang memiliki arti bagi penerima, dan dapat berupa fakta, atau suatu nilai yang bermanfaat. Informasi terdiri dari tiga hal yaitu informasi harus akurat, yang berarti informasi harus bebas

dari kesalahan dan tidak menyesatkan, tepat pada waktunya berarti informasi tidak boleh terlambat, serta relevan yang berarti informasi tersebut bermanfaat .

2.1.4.4.2 Isi Kebijakan

Isi dari kebijakan akan mempengaruhi keberhasilan implementasinya, sehingga isi kebijakan harus jelas dan tegas. Implementasi kebijakan dapat gagal karena masih samarnya isi atau tujuan kebijakan, atau ketidak tepatan kebijakan itu sendiri.

2.1.4.4.3 Dukungan Masyarakat

Dukungan yang dimaksud dalam hal ini berupa dukungan fisik maupun non fisik. Apabila pada pelaksanaannya tidak cukup dukungan untuk kebijakan tersebut, maka implementasi kebijakan akan sulit untuk dilaksanakan. Dukungan yang dimaksud oleh Jan Merse berkaitan dengan partisipasi masyarakat terhadap suatu kebijakan. Program akan berlangsung secara berkelanjutan jika didukung oleh tingkat partisipasi masyarakat yang tinggi.

2.1.4.4.4 Pembagian Potensi

Elemen pembagian potensi berkaitan dengan kinerja koordinasi yang intensif antar pelaku yang ada, baik pihak pemerintah, swasta, maupun masyarakat luas. Koordinasi sangat dibutuhkan karena setiap pelaku memiliki kepentingan dan latar belakang yang berbeda, sehingga proses koordinasi menjadi titik sentral sebagai titik temu bagi keberhasilan pelaksanaan kebijakan.

Penegasan Jan Merse dalam teorinya bahwa setiap implementasi kebijakan tetap membutuhkan dukungan masyarakat atau partisipasi masyarakat sebagai

stakeholder. Oleh karena pentingnya partisipasi masyarakat dalam setiap implementasi kebijakan program pembangunan dan kemasyarakatan.

2.1.5 PUSKESMAS

Pusat Kesehatan Masyarakat atau yang biasa disingkat Puskesmas adalah organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima, dan terjangkau oleh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat (Ismainar, 2015). Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan kepada masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan perorangan. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis kesehatan di bawah supervisi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Secara umum, puskesmas harus memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif, sampai dengan rehabilitatif baik melalui upaya kesehatan perorangan (UKP) maupun upaya kesehatan masyarakat (UKM). Puskesmas dapat memberikan pelayanan rawat inap selain pelayanan rawat jalan. Hal ini disepakati oleh puskesmas dan dinas kesehatan yang bersangkutan. Puskesmas biasanya memiliki sub unit pelayanan seperti puskesmas pembantu, puskesmas keliling, posyandu, pos kesehatan desa, maupun pos bersalin desa (polindes).

Puskesmas memiliki 6 prinsip penyelenggaraan yang meliputi paradigma sehat, pertanggungjawaban wilayah, kemandirian masyarakat, pemerataan, teknologi tepat guna, dan keterpaduan dan kesinambungan (Permenkes, 2014). Berdasarkan prinsip

paradigma sehat artinya puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Prinsip pertanggungjawaban wilayah artinya puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Prinsip kemandirian masyarakat artinya puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Prinsip pemerataan artinya puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan. Prinsip teknologi tepat guna artinya puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan. Sedangkan prinsip keterpaduan dan kesinambungan artinya puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugasnya, puskesmas menyelenggarakan 2 fungsi, yaitu penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya dan penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya. Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan, dalam kondisi tertentu seperti pertimbangan

kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas, pada satu kecamatan dapat didirikan lebih dari satu Puskesmas. Selain itu, dalam pendiriannya Puskesmas harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, ketenagaan, kefarmasian dan laboratorium.

Dalam rangka pemenuhan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan. Berdasarkan karakteristik wilayah kerjanya Puskesmas dibedakan menjadi tiga, yakni Puskesmas kawasan perkotaan, Puskesmas kawasan pedesaan, serta Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil. Sedangkan berdasarkan kemampuan penyelenggaraan Puskesmas dikategorikan menjadi dua, yakni Puskesmas non rawat inap dan Puskesmas rawat inap. Puskesmas non rawat adalah Puskesmas yang tidak menyelenggarakan pelayanan rawat inap, kecuali pertolongan persalinan normal. Sedangkan Puskesmas Rawat inap adalah Puskesmas yang diberi tambahan sumber daya untuk menyelenggarakan pelayanan rawat inap, sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Kabupaten Kebumen memiliki 193 Puskesmas dengan rincian 11 Puskesmas rawat inap, 24 Puskesmas non rawat inap, 91 Puskesmas keliling, dan 67 Puskesmas pembantu, yang tersebar di kecamatan-kecamatan yang ada di Kabupaten Kebumen (Dinkes Kabupaten Kebumen, 2017).

2.1.6 PERATURAN DAERAH KABUPATEN KEBUMEN NOMOR 2 TAHUN 2013

Peraturan daerah Kabupaten Kebumen Nomor 2 Tahun 2013 ini mengulas mengenai penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus Acquired Immuno Deficiency Syndrome*. Peraturan daerah ini terdiri dari 13 bab dan 24 pasal. Peraturan ini dibuat dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sehingga mampu menanggulangi penularan HIV/AIDS.

Bab I terdiri dari ketentuan umum dalam peraturan daerah tentang penanggulangan HIV/AIDS. Bab I ini menjelaskan daerah yang dimaksud adalah Kabupaten Kebumen (poin 1). Pemerintah daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah (poin 2). HIV adalah Virus penyebab *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* yang digolongkan sebagai jenis yang disebut retrovirus yang menyerang sel darah putih dan melumpuhkan sistem kekebalan tubuh dan ditemukan dalam cairan tubuh penderita misalnya darah, air mani, cairan vagina, dan air susu ibu (poin 9). AIDS atau Sindroma Penurunan Kekebalan Tubuh adalah kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh HIV yang merusak sistem kekebalan tubuh manusia sehingga daya tahan tubuh melemah dan mudah terjangkit penyakit infeksi (poin 10).

Bab II terdiri dari 3 pasal yang berkaitan dengan asas, maksud, dan tujuan. Asas peraturan daerah ini adalah asas kemanusiaan, keamanan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan, keadilan, dan kesetaraan gender. Maksud peraturan daerah ini adalah untuk memberika perlindungan masyarakat dari resiko penularan HIV/AIDS dan memberikan pelayanan penderita HIV/AIDS. Sedangkan salah satu tujuan dari perda

ini adalah menanggulangi penularan HIV/AIDS dan melindungi masyarakat terhadap segala kemungkinan penularan HIV/AIDS.

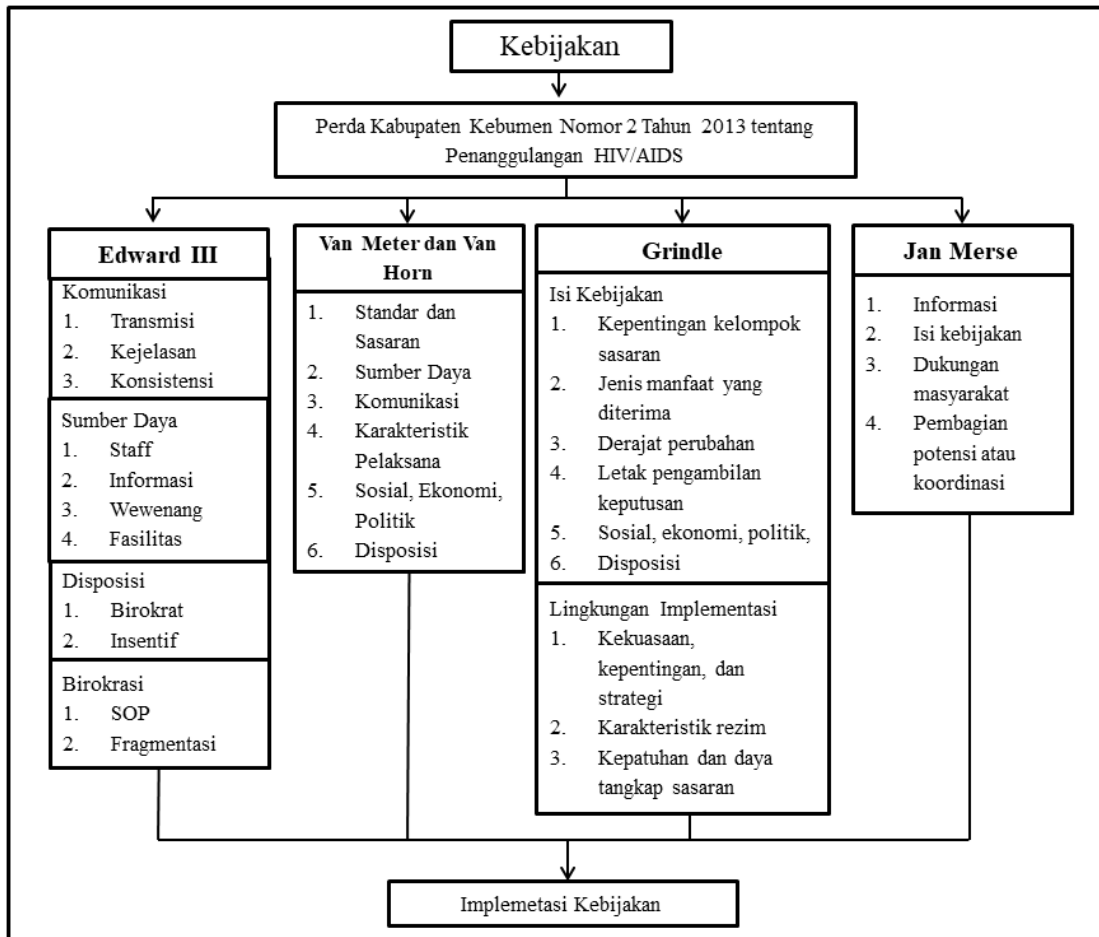
Bab III terdiri dari 5 pasal yang membahas tentang penyelenggaraan penanggulangan HIV/AIDS. Dalam pasal 5 poin (c) disebutkan bahwa penanggulangan HIV/AIDS dilakukan secara sistematis dan terpadu, mulai dari peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit, perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA. Bab IV terdiri dari satu pasal yang membahas tentang komisi penanggulangan HIV/AIDS. Bab V terdiri dari 4 pasal yang berisi tentang tanggung jawab, kewajiban, larangan, dan sanksi administratif. Bab VI terdiri dari satu pasal tentang peran serta masyarakat. Bab VII terdiri dari satu pasal tentang peran dan tanggung jawab ODHA. Bab VIII terdiri dari satu pasal tentang pembiayaan. Bab IX terdiri dari satu pasal tentang pembinaan dan pengawasan. Bab X terdiri dari satu pasal tentang ketentuan penyidikan. Bab XI terdiri dari satu pasal tentang ketentuan pidana. Bab XIII terdiri dari satu pasal tentang ketentuan peralihan. Dan bab XIII yang terdiri dari 2 pasal tentang ketentuan penutup.

Pasal 7 poin (a) dan (b) menyebutkan bahwa komunikasi yang ada dalam perda tersebut berupa kegiatan promosi perubahan perilaku melalui komunikasi, informasi, dan edukasi, serta penyuluhan. Sumber daya dalam perda tersebut terdapat dalam pasal 4 poin (e) yang menyebutkan bahwa tujuan perda penanggulangan HIV/AIDS adalah meningkatkan mutu sumber daya manusia dalam penanggulangan HIV-AIDS. Pasal 6 poin (e) menyebutkan bahwa strategi penanggulangan HIV/AIDS salah satunya dengan meningkatkan penggunaan sumber dana di semua tingkat. Selain itu, pasal 8 poin (b)

juga menyebutkan bahwa salah satu langkah dalam penanganan HIV/AIDS adalah dengan meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia tenaga kesehatan HIV-AIDS. Disposisi dalam perda tersebut dibuktikan dengan komitmen pemerintah daerah yang dibuktikan dengan dibentuknya peraturan daerah tentang penanggulangan HIV/AIDS tersebut. Sedangkan struktur birokrasi terdapat dalam pasal 11 poin (3) yang menyebutkan bahwa ketentuan mengenai struktur organisasi, kewenangan, tugas pokok, tata kerja, dan tata cara pelaporan KPAD diatur dengan Peraturan Bupati.

Peraturan daerah Kabupaten Kebumen ini ditetapkan di Kabupaten Kebumen pada tanggal 28 Maret 2013 oleh Bupati Kebumen pada saat itu yaitu Buyar Winarso, dan diundangkan di Kebumen sekretaris daerah Kabupaten Kebumen yaitu Adi Pandoyo. Peraturan Daerah ini terdapat pada lembaran daerah Kabupaten Kebumen Tahun 2013 Nomor 2. Membaca peraturan tersebut berarti semua lapisan masyarakat harus memenuhi atau ikut berpartisipasi menyelenggarakan implementasi mengenai penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan tersebut.

2.2 KERANGKA TEORI

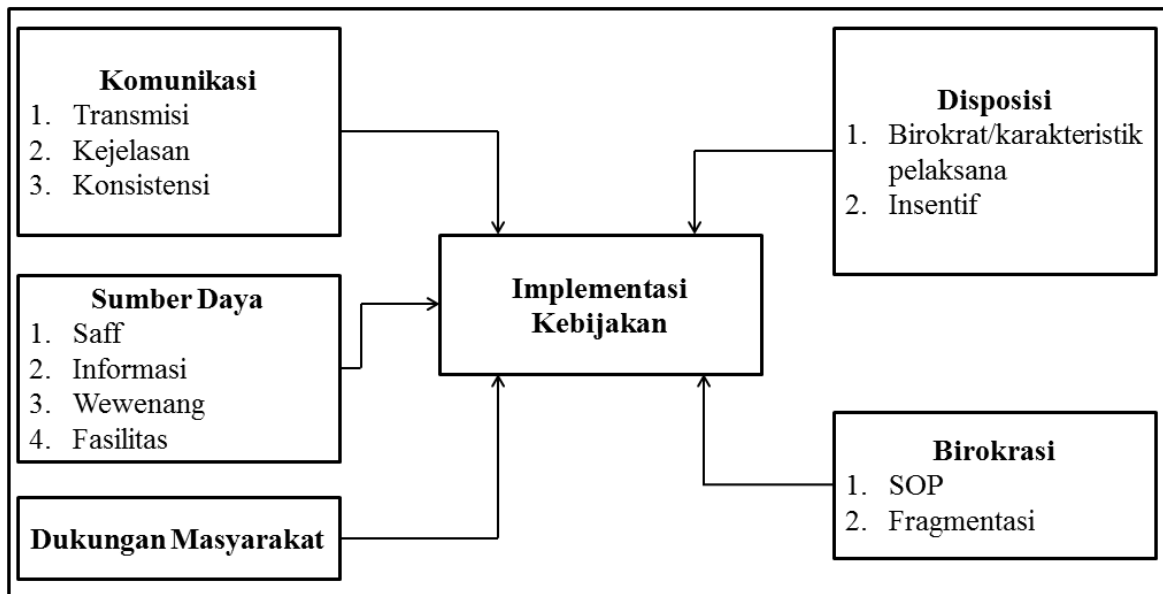


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi dari teori Edward III (1980), Van Meter dan Van Horn (1975), Meriless S.Grindle (1980) dalam Subarsono (2013); dan Jan Merse dalam Kadji (2015)

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 ALUR PIKIR



Gambar 3.1 Alur Pikir

3.2 FOKUS PENELITIAN

Fokus penelitian merupakan batasan masalah yang akan dikaji dalam penelitian kualitatif. Fokus penelitian sebenarnya merupakan masalah pokok yang bersumber dari pengalaman peneliti atau melalui pengalaman yang diperoleh dari kepustakaan ilmiah (Mekar, 2013). Berdasarkan rumusan masalah yang telah disebutkan

sebelumnya, maka fokus dalam penelitian ini adalah implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS dengan faktor-faktor sebagai berikut:

3.2.1 Komunikasi

Komunikasi diartikan sebagai proses penyampaian informasi mengenai kebijakan penanggulangan HIV/AIDS antara komunikator kepada komunikan. Faktor komunikasi memegang peran penting agar implementor kebijakan mengetahui persis apa yang akan mereka kerjakan. Terdapat tiga indikator dalam komunikasi, yang pertama transmisi atau penyaluran informasi, dimana jika penyaluran komunikasi baik akan dapat menghasilkan implementasi yang baik pula karena berkurangnya salah pengertian. Indikator kedua yaitu kejelasan, karena ketidakjelasan pesan komunikasi yang disampaikan akan mendorong terjadinya interpretasi yang salah bahkan bertentangan dengan makna pesan awal. Indikator ketiga adalah konsistensi, jika implementasi ingin berlangsung efektif maka perintah pelaksanaan harus konsisten dan jelas.

3.2.2 Sumber Daya

Sumber daya yakni segala sesuatu yang dapat dijadikan peralatan atau perlengkapan guna mendukung kelancaran implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo Kebumen. Indikator sumber daya meliputi staf yang tepat dengan keahlian yang dibutuhkan, informasi yang cukup dan relevan tentang cara untuk mengimplementasikan serta penyesuaian terhadap siapa saja yang terlibat dalam implementasi kebijakan; kewenangan untuk meyakinkan bahwa

kebijakan dilakukan dengan maksud dan tujuan tertentu, serta berbagai fasilitas yang digunakan untuk mendukung pelayanan.

3.2.3 Disposisi

Disposisi merupakan karakteristik yang melekat kepada implementor kebijakan. Implementasi kebijakan akan berlangsung efektif jika implementor kebijakan bukan hanya mengetahui apa yang harus dilakukan serta memiliki kemampuan untuk melaksanakannya, tetapi mereka juga harus mempunyai keinginan dan kecenderungan sikap positif untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Jika para implementor memiliki kecenderungan sikap yang positif terhadap kebijakan, maka mereka cenderung melaksanakannya sesuai juga dengan apa yang diharapkan oleh pembuat kebijakan. Indikator dalam disposisi yaitu pengangkatan birokrasi dan *insentif*.

3.2.4 Birokrasi

Birokrasi berkaitan dengan kesesuaian organisasi birokrasi yang menjadi penyelenggara implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo. Terdapat dua indikator dalam disposisi yakni SOP, dimana SOP yang baik mencantumkan kerangka kerja yang jelas, sistematis, tidak berbelit, dan mudah dipahami. Indikator kedua yaitu fragmentasi, dimana semakin panjang alur koordinasi, maka akan semakin menghambat suatu implementasi kebijakan.

3.2.5 Dukungan Masyarakat

Dukungan masyarakat yakni dukungan dari masyarakat berupa dukungan fisik maupun non fisik yang berkaitan dengan partisipasi masyarakat terhadap suatu kebijakan. Suatu kebijakan akan berlangsung secara berkelanjutan jika didukung oleh tingkat partisipasi masyarakat yang tinggi.

3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan deskriptif kualitatif, yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif (Sujarweni, 2014), dimana pengumpulan data menggunakan pedoman wawancara dengan teknik wawancara mendalam atau *indepth interview*. Wawancara mendalam atau *indepth interview* merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan antara informan atau responden dengan pewawancara yang terampil yang ditandai dengan penggalian yang mendalam tentang segala sesuatu tentang masalah penelitian dengan menggunakan pertanyaan terbuka (Lapau, 2015).

3.4 SUMBER INFORMASI

Sumber data atau informasi merupakan objek yang mampu memberikan informasi penelitian sehingga data yang didapatkan dapat digunakan untuk menjustifikasi atau menyelesaikan masalah. Sampel penelitian dalam penelitian

kualitatif disebut dengan narasumber atau informan. Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder.

3.4.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapatkan dari tempat penelitian yang berasal dari narasumber atau informan yang berkaitan dengan Implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo. Informasi didapatkan dengan melakukan wawancara mendalam atau *indepth interview*. Penentuan narasumber atau informan ditentukan berdasarkan *purposive sampling* dimana narasumber merupakan orang yang berhubungan dengan penanggulangan HIV/AIDS dan memiliki pengalaman bekerja minimal 6 bulan.

Informan utama dalam penelitian ini berjumlah 4 orang, yang terdiri dari:

1. Kepala Puskesmas Adimulyo
2. Pemegang program penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo.
3. Petugas surveilans kesehatan Puskesmas Adimulyo.
4. Kader HIV/AIDS Puskesmas Adimulyo.

Informan triangulasi data dalam penelitian ini berjumlah 3 orang, yang terdiri dari:

1. Seksi Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit (P2P) Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen
2. *Staff* Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten Kebumen
3. ODHA (Orang dengan HIV/AIDS)

3.4.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari pihak lain, bukan dari peneliti itu sendiri, dan bersifat mendukung pembahasan. Data sekunder seperti laporan-laporan , buku, jurnal penelitian, dan sumber-sumber lain yang relevan.

3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam suatu penelitian. Instrument penelitian adalah segala peralatan yang digunakan untuk memperoleh, mengelola, dan menginterpretasikan informasi dari responden yang dilakukan dengan menggunakan pola pengukuran yang sama.

Dalam penelitian kualitatif instrumen utamanya adalah peneliti itu sendiri, namun selanjutnya setelah fokus penelitian menjadi jelas, maka kemungkinan akan dikembangkan instrumen penelitian sederhana yang diharapkan dapat melengkapi data dan membandingkan dengan data yang telah ditemukan melalui observasi dan wawancara. Peneliti akan terjun ke lapangan sendiri dari melakukan analisis data sampai penarikan kesimpulan (Sugiyono, 2017). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini antar lain:

3.5.1.1 Panduan Wawancara

Panduan wawancara berisikan panduan pertanyaan yang ditujukan kepada objek penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen.

3.5.1.2 Perangkat Merekam dan Dokumentasi

Alat perekam yang digunakan untuk merekam proses wawancara adalah ponsel, yang sekaligus digunakan untuk mendokumentasikan proses penelitian. Hasil wawancara kemudian akan disatukan menjadi satu dalam sebuah *flashdisk*.

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

Penelitian kualitatif dalam pengumpulan datanya dilakukan dalam kondisi yang alamiah, dimana sumber data lebih banyak diperoleh dari wawancara mendalam yang dilakukan serta dokumentasi (Sugiyono, 2017). Teknik pengambilan data yang dilakukan dalam penelitian ini diantaranya:

3.5.2.1 Wawancara Mendalam

Wawancara merupakan proses memperoleh penjelasan untuk mengumpulkan informasi dengan menggunakan cara tanya jawab bisa melalui tatap muka ataupun tanpa tatap muka yaitu melalui media telekomunikasi antara pewawancara dengan narasumber yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman (Sujarweni, 2014).

Wawancara digunakan sebagai metode pengumpulan data secara langsung dari informan, dengan mengajukan pertanyaan secara lisan kepada informan. Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam untuk menemukan permasalahan yang lebih khusus lagi terkait dengan penelitiannya. Data primer dalam penelitian ini didapatkan melalui metode wawancara mendalam (*indepth interview*), yaitu salah satu teknik pengumpulan data yang dilakukan antara informan atau responden dengan

pewawancara yang terampil, yang ditandai dengan penggalian mendalam tentang segala sesuatu tentang masalah penelitian dengan menggunakan pertanyaan terbuka.

3.5.2.2 Dokumentasi

Dokumentasi merupakan pelengkap dari penggunaan observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif maupun kuantitatif. Hasil penelitian dari observasi, pemberian angket dan wawancara, akan lebih dapat dipercaya jika didukung dengan foto-foto atau karya tulis akademik dan seni yang telah ada. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan sebuah kamera (Sugiyono, 2017).

3.5.2.3 Observasi

Observasi merupakan kegiatan pengumpulan data dengan melakukan pengamatan, meliputi kegiatan pemuatan perhatian terhadap suatu objek dengan menggunakan seluruh alat indra (Arikunto, 2010). Peneliti akan lebih mampu memahami konteks data dalam keseluruhan situasi sehingga akan didapatkan pandangan yang holistic atau menyeluruh. Selain itu, dengan observasi peneliti akan dapat melihat hal-hal yang kurang atau tidak diamati orang lain, khususnya orang yang ada dalam lingkungan itu karena telah dianggap biasa dan arena itu tidak akan terungkap dalam wawancara (Sugiyono, 2017).

3.6 PROSEDUR PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahapan, yang meliputi tahap pra penelitian, tahap pelaksanaan penelitian, dan tahap pasca penelitian. Penjelasan dari tahapan-tahapan tersebut yaitu:

3.6.1 Tahap Pra Penelitian

Dalam tahap pra penelitian, kegiatan-kegiatan yang harus dilakukan yaitu:

1. Melakukan studi pendahuluan dengan tujuan untuk mencari data awal melalui dokumen-dokumen yang relevan, sehingga didapatkan rumusan masalah yang ingin diteliti.
2. Menyusun rancangan awal penelitian.
3. Melakukan koordinasi dan proses perizinan penelitian dengan petugas yang mengurus HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen.
4. Menyusun proposal penelitian.
5. Pengurusan izin penelitian.
6. Persiapan instrumen penelitian, yaitu pedoman wawancara.
7. Pengajuan *ethical clearance*.

3.6.2 Tahap Penelitian

Dalam tahap penelitian, peneliti melakukan pengambilan data di lapangan dengan melakukan wawancara mendalam, melakukan observasi pada lingkungan penelitian, serta mendokumentasikan kegiatan.

3.6.3 Tahap Pasca Penelitian

Dalam tahap pasca penelitian ini, peneliti telah memperoleh data yang dibutuhkan untuk selanjutnya akan dilakukan analisis data. Setelah analisis data dilakukan langkah selanjutnya adalah penyajian data secara kualitatif dan penarikan kesimpulan dari hasil penelitian.

3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA

Derajat kepercayaan dalam penelitian kualitatif diuji menggunakan keabsahan data. Pengujian keabsahan data metode kualitatif menggunakan validitas internal (*credibility*) pada aspek nilai kebenaran, validitas eksternal (*transferability*) pada aspek penerapan, *dependability* pada aspek konsistensi, serta obyektifitas (*confirmability*) pada aspek netralitas (Sugiyono, 2017).

Peneliti menggunakan teknik triangulasi data dalam menguji keabsahan data. Triangulasi merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data dengan cara memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu sendiri, untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembandingan terhadap data tersebut. Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber, yaitu triangulasi yang dilakukan dengan cara membandingkan hasil pengamatan dengan wawancara, membandingkan antara apa yang dikatakan umum dengan yang dikatakan pribadi, membandingkan hasil wawancara dengan dokumen yang ada (Bachri, 2010).

3.8 TEKNIK ANALISIS DATA

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis data kualitatif, mengikuti konsep yang diberikan Miles and Huberman (Herdiansyah, 2012), yang meliputi tiga tahapan yaitu reduksi data, penyajian, dan penarikan kesimpulan.

3.8.1 Reduksi

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan data kasar yang muncul dari catatan tertulis di lapangan. Proses reduksi data bukanlah proses yang hanya dilakukan satu kali saja, melainkan sebuah

proses yang berulang selama penelitian dilakukan. Data yang didapatkan di lapangan kemudian direduksi oleh peneliti dengan cara klasifikasi data, menelusuri tema-tema, membuat gugus, menulis memo, dan selanjutnya akan dilakukan pemilihan terhadap data yang diperoleh di lapangan, kemudian dari data itu akan dibedakan mana yang relevan dan mana yang tidak relevan dengan permasalahan dan fokus penelitian. Reduksi data akan terus berlanjut terus sesudah penelitian di lapangan dilakukan hingga laporan akhir secara lengkap tersusun (Romadhoni, 2017).

3.8.2 Penyajian (Display) Data

Penyajian atau *display* data dimaknai dengan sekumpulan informasi yang tersusun, yang memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat dengan teks yang bersifat naratif. Dengan mendisplay data, maka akan mempermudah dalam memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami.

3.8.3 Penarikan Kesimpulan (Verifikasi)

Kesimpulan awal yang telah dikemukakan masih bersifat sementara dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Akan tetapi, apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung dengan bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan untuk mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredible (Sugiyono, 2017). *Verifikasi* dalam penelitian dilakukan secara kontinyu sepanjang penelitian dilakukan. Hal tersebut dimaksudkan

untuk menganalisis dan mencari makna dari informasi yang dikumpulkan dengan mencari tema, pola hubungan, permasalahan yang muncul, hipotesis yang disimpulkan secara *relative*, sehingga terbentuk proporsi tertentu yang bisa mendukung teori ataupun menyempurnakan teori.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Simpulan yang dapat diambil dari penelitian yang telah dilakukan adalah:

1. Komunikasi yang dilakukan dalam implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo dilakukan dengan sosialisasi, pelatihan, dan konseling, baik sosialisasi dan pelatihan yang dilakukan oleh dinas kesehatan kepada puskesmas maupun sosialisasi dan konseling yang dilakukan puskesmas kepada masyarakat. Penyaluran informasi dari dinas kesehatan kepada puskesmas baik, penyaluran informasi puskesmas kepada masyarakat belum optimal. Kejelasan sosialisasi dari dinas kesehatan kepada puskesmas baik, kejelasan dari puskesmas kepada masyarakat didalam gedung baik, dan sosialisasi kepada masyarakat di luar gedung puskesmas melalui bantuan kader kesehatan belum optimal. Sosialisasi dan pelatihan yang diberikan dinas kesehatan serta sosialisasi yang dilakukan puskesmas kepada masyarakat sudah konsisten.
2. Sumber daya staf dalam implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo kurang optimal karena *double* tanggungjawab. Informasi dalam bentuk kejelasan langkah dan tindakan sudah baik dan informasi dalam bentuk data kurang. Staf diberikan wewenang penuh dalam menjalankan kegiatan terkait penanggulangan HIV/AIDS. Fasilitas sarana prasarana sudah baik, fasilitas dalam bentuk reagen masih kurang.

3. Disposisi atau sikap pelaksana yang ditunjukkan dalam penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo belum optimal, dan tidak adanya pemberian insentif bagi staf yang berprestasi.
4. Birokrasi dalam penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo sudah baik. Fragmentasi yang ada tidak menghambat pelaksanaan implementasi serta tersedianya SOP yang jelas dan dipatuhi oleh staf.
5. Dukungan Masyarakat terkait kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Adimulyo belum optimal, hal tersebut dilihat dari masih adanya diskriminasi pada ODHA serta kurangnya partisipasi masyarakat dalam memberikan kritik dan saran yang membangun kepada puskesmas.

6.2 SARAN

6.2.1 Bagi Puskesmas

1. Membekali kader kesehatan dengan media yang mudah dibawa (seperti buku saku) sehingga mempermudah kader dalam memberikan informasi terkait HIV/AIDS kepada masyarakat.
2. Memberikan pelatihan kepada kader kesehatan tentang HIV/AIDS sehingga dapat memberikan informasi yang benar kepada masyarakat.
3. Meningkatkan pelayanan terkait pencegahan dan penanggulangan, serta pengobatan HIV/AIDS.
4. Memberikan *reward* atau insentif kepada staf yang berprestasi, dengan demikian diharapkan akan meningkatkan kinerja staf.

5. Mengadakan kegiatan sosialisasi di masyarakat, sekolah, serta tempat kerja secara rutin sehingga dapat sedikit demi sedikit mengurangi diskriminasi terhadap ODHA.
6. Mengoptimalkan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) sehingga ODHA memiliki tempat berbagi cerita.

6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan

Meningkatkan kualitas penyajian data HIV/AIDS agar lebih mudah dipahami pihak pengguna dan masyarakat.

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan untuk memperluas penelitian serupa dengan menambahkan variabel-variabel lain yang dapat mempengaruhi implementasi kebijakan HIV/AIDS di Puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustino, L. (2006). *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Akib, H. (2010). Kebijakan Kesehatan: Apa, Mengapa, dan Bagaimana. *Jurnal Administrasi Publik*, 1-11.
- Alfitri, M. et al. (2016). Analysis of Inputs in the Sexually Transmitted Infection Screening with Voluntary Counselling and Testing Program for Female Prisoners at Class II A Jail, in Malang. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 118-124.
- Anggara, S. (2014). *Kebijakan Publik*. Bandung: CV Pustaka Setia.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- B. Sore, U., & Sobirin. (2017). *Kebijakan Publik*. Makassar: CV Sah Media.
- Bachri, B. (2010). Meyakinkan Validitas Data melalui Triangulasi pada Penelitian Kualitatif. *Jurnal Teknologi Pendidikan*, 46-62.
- Chambers, L. et al. (2015). Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health*, 1-17.
- Dachi, R. A. (2017). *Proses dan Analisa Kebijakan Kesehatan: Suatu Pendekatan Konseptual*. Yogyakarta: Deepublish.
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah. (2017). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen. (2017). *Profil Kesehatan Kabupaten Kebumen Tahun 2017*. Kebumen: Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
- Dirjen P2P. (2017). *Kajian Epidemiologi HIV Indonesia 2016*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Dirjen P2PL. (2008). *Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS secara Sukarela (Voluntary Counseling and Testing)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

- Ditjen P2P Kemenkes RI. (2018). *Laporan Perkembangan HIIV-AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) Triwulan IV Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI .
- Dirjen P3. (2016). *Petunjuk Teknis Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Edward III. (1984). *Public Policy Implementing*. London-England: Jai Press Inc.
- Febrian, Y. (2017). implementasi Peraturan Daerah Kota Tarakan No.06 Tahun 2007 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV di Kota Tarakan. *eJournal Ilmu Pemerintahan*, 993-1002.
- Gallant, J. (2010). *100 Tanya Jawab*. Jakarta: Indeks.
- Hakim, L. (2018). Pelaksanaan Program Keluarga Berencana di Kecamatan Melak Kabupaten Kutai Barat. *Jurnal Paradigma*, 65-75.
- Hasibun, M. (2011). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Henanta, N. et al. (2018). Pengaruh Insentif Material dan Insentif Non Material terhadap Kinerja Karyawan dengan Variabel Mediator Motivasi Kerja. *urnal Administrasi Bisnis (JAB)*, 41-49.
- Herdiansyah, H. (2012). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Herniawati. et al. (2017). Agenda Kebijakan Publik pada Badan Perpustakaan dan Arsip (BPA) Kota Pekanbaru. *Jurnal Niara*.
- Imadduddin. (2018). Peran Ulama dalam Pendampingan Perempuan yang Positif HIV dan AIDS. *AL-BANJARI*, 81-112.
- Ismainar, H. (2015). *Administrasi Kesehatan Masyarakat: bagi perekam medis dan informatika kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Jabbar, A., & Barisan. (2018). Implementasi Kebijakan Pemerintah terhadap Penanggulangan HIV dan AIDS di Kecamatan Maritengngae Kabupaten Sidenreng Rappang. *Jurnal Wedana*, 540-548.
- Kadji, Y. (2015). *Formulasi dan Implementasi Kebijakan Publik (Kepemimpinan dan Perilaku Birokrasi dalam Fakta Realitas)*. Gorontalo: UNG Press.

- Kartawidjaja, D. (2018). *Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Klatt, E. C. (2014). *Pathology of AIDS Version 25*. Savannah: Mercer University School of Medicine.
- Kummar, V., Abbas, A., & Aster, J. (2015). *Pathologic Basic of Disease Ninth edition Philadelphia*. Belanda: Saunders Elsevier.
- Lapau, B. (2015). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Manggala, W. (2014). *Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan*. Jakarta: FKIK UIN.
- Massie, R. G. (2009). Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis dan Penelitian. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 409-417.
- Mekar, S. (2013). *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Miranti, M. et al. (2018). Analisis Implementasi Integrasi Layanan PPIA HIV ke Layanan Antenatal di Kota Depok 2017. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 79-87.
- Moyer, V. A. (2013). Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*.
- Mwangome, M. et al. (2017). A qualitative study of the determinants of HIV guidelines implementation in two south-eastern districts of Tanzania. *Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine*, 825–834.
- Niftah, Y., & Rahmat, A. (2017). Pengaruh Kredibilitas Konselor Terhadap Sikap Remaja Mengenai HIV/AIDS di Sukabumi. *Jurnal Kajian Komunikasi*, 159-167.
- Nugraheni, A., & Rengga, A. (2017). Implementasi Peraturan Daerah No 2 TAHUN 2013 tentang Penanggulangan HIV-AIDS di Kabupaten Kebumen (Telaah Pasal 7). *Administrasi Publik Undip*.
- Pakasi, D. (2013). Antara Kebutuhan dan Tabu: Pendidikan Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Bagi Remaja di SMA. *Makara Seri Kesehatan*, 79-87.

- Parsons, W. (2006). *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*. Jakarta: Kencana.
- Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen. (2013). *Peraturan Daerah Kabupaten Kebumen Nomor 2 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS*. . Kebumen: Sekretariat Kabupaten Kebumen.
- Peraturan Menteri Kesehatan. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Peraturan Menteri Kesehatan. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Permenkes RI. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 52 Tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan Human Immunodeficiency Virus, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Pradita, D. Y., & Sudibia, I. K. (2014). Analisis Dampak Sosial, Ekonomi, dan Psikologis Penderita HIV AIDS Di Kota Denpasar. *Jurnal Buletin Studi Ekonomi*, 193-199.
- Priyanto, H., & Noviana, N. (2018). Analisis Implementasi Peraturan Daerah Kabupaten Banyuwangi No 45 Tahun 2015. *Jurnal Analisis Kebijakan dan Pelayanan Publik*, 1-9.
- Purnomo, D. (2015). Analisis Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Malang (Studi Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 14 Tahun 2008 Kabupaten Malang). *Jurnal Administrasi Publik* , 42-48.
- Putra, A., & M Hufron. (2017). Pengaruh Pemberian Insentif terhadap Kinerja Karyawan di PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero) Tbk. *Jurnal Riset Manajemen*, 136-154.
- Rahakbauw, N. (2016). Dukungan Keluarga terhadap Kelangsungan Hidup ODHA. *INSANI*, 64-82.
- Rahayu, I. et al. (2017). Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan Perilaku Seksual Pranikah Pelajar. *Journal Endurance*, 145-150.
- Roeslie, E., & Bachtiar, A. (2018). Analisis Persiapan Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (Indikator 8: Kesehatan Jiwa) di Kota Depok Tahun 2018. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 64-73.

- Romadhoni, F. (2017). Pola Komunikasi di Kalangan Pecandu Game. *Jurnal Ilmu Komunikasi*, 235-247.
- Rizzana, S. (2017). Implementasi Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS (Studi Implementasi Peraturan Daerah Nomor 14 Tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Malang). *Jurnal Ilmiah Administrasi Publik (JIAP)*, 162-167.
- Santoso, M., & Wahyono, B. (2018). Manajemen Program Payanan Voluntary Counseling and Testing (VCT). *HIGEA*, 205-215.
- Savira, M. (2014). Immunologi Human Immunodeficiency. *JIK*, 1-7.
- Sofiyatun, V. (2019). Implementasi Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru. *HIGEA*, 74-86.
- Suarsana, Anggraeni et al. (2017). Gambaran Pemeriksaan Antibodi HIV pada Sopir Taksi di Wilayah Kelurahan Kuta Kabupaten Bandung. *Chemistry*, 4(1): 16-22.
- Subarsono. (2013). *Analisis Kebijakan Publik (Konsep, Teori, dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Subekti, M. et al. (2017). Pengaruh Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi, dan Struktur Birokrasi terhadap Efektifitas Implementasi Program Bantuan Operasional Sekolah pada Satuan Pendidikan Sekolah Dasar Negeri di Kecamatan Tambak. *IJPA The Indonesian Journal of Public Administration*, 58-71.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sujarweni, V. (2014). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Gava Media.
- Taufiqurokhman. (2014). *Kebijakan Publik*. Jakarta: Universitas Moestopo Beragama Pers.
- Trisnanti, M. (2014). Studi Mengenai Implementasi Kebijakan Program Layanan Referensi di Perpustakaan Universitas Surabaya. *Journal Universitas Surabaya*, 277-291.
- Wahab, S. A. (2015). *Analisis Kebijakan*. Jakarta: Bumi Aksara.

- Wahyuningsih, S. (2017). Implementasi Kebijakan Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Kota Surakarta. *Jurnal Pasca Sarjana Hukum UNS*, 178-189.
- Waku, W. et al. (2016). Dukungan Keluarga dan Sosial terhadap Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Banggai. *Jurnal Administrasi Publik*.
- Winarno, B. (2014). *Kebijakan Publik (Teori, Proses, dan Studi Kasus)*. Yogyakarta: CAPS.
- Yakup, J. (2009). *Faktor yang Berhubungan dengan Peningkatan Angka Penderita HIV/AIDS di Indonesia*. Makasar: Universitas Indonesia Timur.
- Yuliyanasari, N. (2017). Global Burden Disease-Human Immunodeficiency Virus-Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV-AIDS). *Jurnal Kedokteran FK UM Surabaya*, 65-77.
- Zarnaq, R. K. et al. (2017). HIV/AIDS Policy-Making in Iran: Part 2- from Formulation to Evaluation. *Depiction of Health*, 134-144.