



**ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM PELAYANAN
VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT) DI
PUSKESMAS GOMBONG II
KABUPATEN KEBUMEN**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh :

Urlinda Rizki

NIM 6411414105

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2018**



**ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM PELAYANAN
VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT) DI
PUSKESMAS GOMBONG II
KABUPATEN KEBUMEN**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh :

Urlinda Rizki

NIM. 6411414105

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2018**

ABSTRAK

Urlinda Rizki

Analisis Implementasi Program Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen

XVII + 123 halaman + 4 tabel + 3 gambar + 11 lampiran

Konseling dan tes HIV Sukarela (VCT) merupakan salah satu cara awal untuk pemeriksaan diagnosis HIV. Data dari Puskesmas Gombang II menunjukkan bahwa jumlah kunjungan VCT sampai pada bulan Desember 2017 mengalami peningkatan yang signifikan. Pasien yang berkunjung termasuk dalam populasi kunci dan berisiko tinggi terkena HIV/AIDS sehingga memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) sangatlah penting. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran implementasi program pelayanan VCT di Puskesmas Gombang II.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Informan penelitian terdiri dari 5 informan utama yang terdiri atas petugas pelaksana dan 6 informan triangulasi terdiri atas pemegang program VCT Dinkes Kabupaten Kebumen dan pasien yang pernah periksa VCT yang dipilih dengan teknik purposive sampling. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara dan observasi. Data dianalisis secara kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan pelayanan VCT yang belum optimal dilihat dari variabel komunikasi yang belum berjalan dengan baik dari aspek transmisi, sumber daya (SDM, dana, dan sarpras) yang masih kurang, disposisi sudah baik dan struktur birokrasi sudah baik. Simpulan penelitian ini adalah implementasi program pelayanan VCT di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen belum berjalan optimal.

Saran penelitian ini adalah perlu adanya peningkatan sosialisasi terkait pelayanan VCT kepada masyarakat umum khususnya populasi kunci.

Kata kunci: Implementasi, VCT, Puskesmas

Kepustakaan: 51 (2005-2018)

ABSTRACT

Urlinda Rizki

Analysis of the Implementation of *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* Service Program at Gombong Primary Health Care II Kebumen Regency
XVII + 123 pages + 4 tables + 3 images + 11 appendices

Voluntary Counseling and Testing (VCT) HIV is one of the earliest ways to diagnose HIV. Data from the Gombong Primary Health Care II shows that the number of VCT visits until December 2017 experienced a significant increase. Patients who visit are included in the key of population and the risk of getting HIV/AIDS so that using VCT service is very important. The aim of the research is to know the description of implementation in VCT service program at Gombong Primary Health Care II.

The type of research is qualitative descriptive. The informant of the research consist of 5 the main informants consisting of implementing officers and 6 triangulation informants consisted of the Kebumen District Health Office VCT program holders and patients who had examined VCT that selected by purposive sampling technique. The technique collecting data using interview and observation. The data analyze with qualitative.

The result of the research showed that the implementation of VCT service was not optimal, communication variables that have not good from the aspect of transmission, the resources like Human Resources (SDM), funds, and infrastructure are low, disposition and bureaucratic structure are good. The conclusion of the research is the implementation of VCT service at Gombong Health Center II has not been optimal.

The suggestion of this study is that there needs to be an increase in socialization regarding VCT services to the general public, especially the key population.

Keywords: Implementation, VCT, Primary Health Care

Literatures: 51 (2005-2018)

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, November 2018

Penulis,



Urlinda Rizki

NIM 6411414105

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Analisis Implementasi Program Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen” yang disusun oleh Urlinda Rizki, NIM 6411414105 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

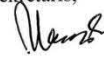
hari, tanggal : Kamis, 20 Desember 2018
tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM A



Ketua
Prof. Dr. Jantoso Bahayu, M.Pd.
NIP. 196103201984032001

Panitia Ujian

Sekretaris,




Mardiana, S.K.M., M.Si.
NIP. 198004202005012003

Dewan Penguji

Tanggal

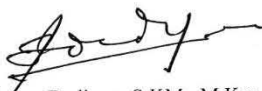
Penguji I



Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si.
NIP. 196012171986011001

7/1/2019

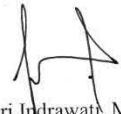
Penguji II



Irwan Budiono, S.K.M., M.Kes.
NIP. 197512172005011003

8/1/2019

Penguji III



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

8/1/2019

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

- ❖ Berdo'a dan berusaha adalah kunci keberhasilan dan kesuksesan.
- ❖ Sesungguhnya sesudah ada kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai (dari suatu perkara) kerjakanlah dengan sungguh-sungguh. Dan hanya kepada Tuhan mulah hendaknya kamu berharap (QS. Al Insyirah: 6-8).

Persembahan

Karya ini aku persembahkan untuk:

- Bapak dan Ibu, yang selalu menyayangiku, mendukungku, menyemangatiku, dan mendoakanku menjadi anak yang sholehah dan sukses, serta selalu memberikan do'a restu. Semoga Allah SWT membalas dengan cinta berlimpah. Aamiin. Semoga karyaku ini akan menjadi salah satu wujud baktiku untuk bapak dan ibu tercinta.
- Kakak dan kedua adikku tersayang yang selalu memberiku semangat dalam menggapai cita-cita.

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas limpahan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul “Analisis Implementasi Program Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen”.

Penyusunan Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang. Dalam proses penulisan dan penyusunan Skripsi ini penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak sehingga Skripsi ini dapat diselesaikan. Untuk itu penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., yang telah memberikan izin penulis untuk mengadakan penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Irwan Budiono, S.KM., M.Kes., yang telah memberikan izin penulis untuk mengadakan penelitian.
3. Dosen Pembimbing, dr. Fitri Indrawati, M. P. H., yang selalu memberikan bimbingan, petunjuk, dan arahan kepada penulis dengan penuh kesungguhan dan kesabaran hingga sampai terselesaikannya skripsi ini.
4. Penguji 1 Bapak Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si., atas bimbingan, arahan dan masukan yang telah diberikan.
5. Penguji 2 Bapak Irwan Budiono, S.KM., M.Kes., atas bimbingan, arahan dan masukan yang telah diberikan.
6. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang telah diberikan selama bangku kuliah.
7. Staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, serta seluruh staf TU Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perizinan penelitian.

8. Kepala Puskesmas Gombang II yang telah memberikan izin puskesmasnya untuk dijadikan tempat penelitian.
9. Bapak dan Ibu petugas pelaksana program VCT di Puskesmas Gombang II, yang telah memberikan bantuan, dukungan, dan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai informan utama.
10. Pemegang program VCT Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen, Ibu Maryati yang telah memberikan bantuan dan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai informan triangulasi.
11. Ibu-ibu yang sudah mau ikut berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai informan triangulasi.
12. Teman seperjuangan Dwi Ratna, Isna Luthfiyatul, Nurani Elok, Alfi Nur, Aryantika Devi, Fatkhullah, dan teman-teman Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan bantuan, dukungan, motivasi dan semangat yang tiada henti dalam proses penyusunan skripsi ini.
13. Teman-teman satu pembimbing yang selalu memberi dukungan dan semangat yang tiada henti dalam proses penyusunan skripsi ini.
14. Semua pihak yang telah memberikan bantuan yang sangat berarti baik berupa sumbangan pemikiran, bantuan moril, emosional dan material baik langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Tak ada gading yang tak retak, karena itu penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan baik dari segi penulisan maupun penyajian. Untuk itu segala saran dan kritik yang membangun semoga dapat berguna untuk perbaikan ke depan. Semoga penyusunan skripsi ini menjadi awal kesuksesan penulis pada langkah selanjutnya.

Semarang, November 2018

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|---------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| ABSTRAK | ii |
| ABSTRACT | iii |
| PERNYATAAN | iv |
| PENGESAHAN | v |
| MOTTO DAN PERSEMBAHAN | vi |
| PRAKATA | vii |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR TABEL | xv |
| DAFTAR GAMBAR | xvi |
| DAFTAR LAMPIRAN | xvii |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 8 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 9 |
| 1.3.1 Tujuan Khusus | 9 |
| 1.3.2 Tujuan Umum | 9 |
| 1.4 Manfaat | 10 |
| 1.4.1 Manfaat Bagi Puskesmas | 10 |
| 1.4.2 Manfaat Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat | 10 |
| 1.4.3 Manfaat Bagi Peneliti | 10 |

| | |
|---|----|
| 1.5 Keaslian Penelitian | 10 |
| 1.6 Ruang Lingkup Penelitian | 13 |
| 1.6.1 Ruang Lingkup Tempat | 13 |
| 1.6.2 Ruang Lingkup Waktu | 13 |
| 1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan | 14 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 15 |
| 2.1 Landasan Teori | 15 |
| 2.1.1 Kebijakan Publik | 15 |
| 2.1.1.1 Definisi Kebijakan Publik..... | 15 |
| 2.1.1.2 Implementasi Kebijakan..... | 16 |
| 2.1.1.3 Model Implementasi Kebijakan George C. Edward III | 17 |
| 2.1.2 HIV/AIDS | 21 |
| 2.1.2.1 Pengertian HIV/AIDS | 21 |
| 2.1.2.2 Perjalanan HIV/AIDS | 22 |
| 2.1.2.3 Cara Penularan HIV/AIDS | 24 |
| 2.1.2.4 Gejala HIV/AIDS..... | 25 |
| 2.1.2.4.1 Gejala Mayor | 25 |
| 2.1.2.4.2 Gejala Minor | 25 |
| 2.1.2.5 Pencegahan HIV/AIDS | 26 |
| 2.1.3 Pelayanan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT) | 28 |
| 2.1.3.1 Pengertian VCT..... | 28 |
| 2.1.3.2 Peran Konseling dan Testing Sukarela (VCT)..... | 29 |
| 2.1.3.3 Prinsip Pelayanan VCT | 30 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1.3.4 Metode Pelayanan VCT | 32 |
| 2.1.3.5 Sasaran Konseling dan Testing HIV/AIDS Sukarela (VCT)..... | 33 |
| 2.1.3.6 Tahapan Pelayanan VCT..... | 33 |
| 2.1.3.7 SDM dalam Pelayanan VCT | 37 |
| 2.1.3.8 Dana dalam Pelayanan VCT | 38 |
| 2.1.3.9 Sarana Prasarana Pelayanan VCT | 39 |
| 2.1.3.10 SOP Pelayanan VCT | 41 |
| 2.1.3.11 Sosialisasi Pelayanan VCT | 42 |
| 2.1.4 Pelayanan Puskesmas | 42 |
| 2.1.4.1 Pengertian Puskesmas | 42 |
| 2.1.4.2 Fungsi Puskesmas | 43 |
| 2.1.4.3 Kerangka Teori | 45 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 46 |
| 3.1 Alur Pikir | 46 |
| 3.2 Fokus Penelitian | 47 |
| 3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian | 47 |
| 3.4 Sumber Informasi | 48 |
| 3.4.1 Data Primer | 48 |
| 3.4.2 Data Sekunder | 48 |
| 3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data | 49 |
| 3.5.1 Instrumen Penelitian | 49 |
| 3.5.2 Teknik Pengambilan Data | 49 |
| 3.5.2.1 Wawancara Mendalam | 50 |

| | |
|--|-----------|
| 3.5.2.2 Studi Dokumentasi | 50 |
| 3.5.2.3 Studi Pustaka..... | 50 |
| 3.5.2.4 Observasi | 51 |
| 3.6 Prosedur Penelitian | 51 |
| 3.6.1 Tahap Pra Penelitian | 51 |
| 3.6.2 Tahap Penelitian | 52 |
| 3.6.3 Tahap Pasca Penelitian | 52 |
| 3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data | 52 |
| 3.8 Teknik Analisis Data | 53 |
| 3.8.1 Reduksi Data | 53 |
| 3.8.2 Penyajian Data | 54 |
| 3.8.3 Penarikan Kesimpulan / Verifikasi | 54 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN..... | 55 |
| 4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 55 |
| 4.1.1 Karakteristik Informan Utama | 56 |
| 4.1.2 Karakteristik Informan Triangulasi..... | 57 |
| 4.2 Hasil Penelitian | 58 |
| 4.2.1 Gambaran Proses Pelaksanaan Program Pelayanan VCT di Puskesmas Gombang II | 58 |
| 4.2.1.1 Komunikasi | 59 |
| 4.2.1.1.1 Aspek Transmisi | 59 |
| 4.2.1.1.2 Aspek Kejelasan | 63 |
| 4.2.1.1.3 Aspek Konsistensi..... | 65 |

| | |
|--|-----------|
| 4.2.1.2 Sumber Daya..... | 67 |
| 4.2.1.2.1 Sumber Daya Manusia | 67 |
| 4.2.1.2.1.1 Ketersediaan SDM | 67 |
| 4.2.1.2.1.2 Latar Belakang Pendidikan | 68 |
| 4.2.1.2.1.3 Pelatihan..... | 70 |
| 4.2.1.2.1.4 Hambatan Operasional | 71 |
| 4.2.1.2.2 Fasilitas/Sarana Prasarana | 72 |
| 4.2.1.2.2.1 Ketersediaan Fasilitas..... | 72 |
| 4.2.1.2.3 Ketersediaan dana | 74 |
| 4.2.1.3 Disposisi..... | 75 |
| 4.2.1.3.1 Sikap Pelaksana | 76 |
| 4.2.1.3.2 Motivasi | 79 |
| 4.2.1.4 Struktur Birokrasi..... | 80 |
| 4.2.1.4.1 Standar Operasional Prosedur (SOP) | 80 |
| 4.2.1.4.2 Struktur Organisasi | 82 |
| BAB V. PEMBAHASAN | 87 |
| 5.1 Pembahasan Hasil Penelitian | 87 |
| 5.1.1 Komunikasi | 88 |
| 5.1.1.1 Aspek Transmisi | 88 |
| 5.1.1.2 Aspek Kejelasan..... | 90 |
| 5.1.1.3 Aspek Konsistensi..... | 91 |
| 5.1.2 Sumber Daya | 93 |
| 5.1.2.1 Sumber Daya Manusia | 93 |

| | |
|---|------------|
| 5.1.2.2 Fasilitas/Sarana | 97 |
| 5.1.2.3 Dana | 99 |
| 5.1.3 Disposisi..... | 101 |
| 5.1.3.1 Sikap Pelaksana..... | 101 |
| 5.1.3.2 Motivasi | 102 |
| 5.1.4 Struktur Birokrasi..... | 103 |
| 5.1.4.1 Standar Operasional Prosedur (SOP)..... | 103 |
| 5.1.4.2 Struktur Organisasi | 104 |
| 5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian | 106 |
| 5.2.1 Hambatan Penelitian | 106 |
| 5.2.2 Kelemahan Penelitian | 107 |
| BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN | 109 |
| 6.1 Simpulan | 109 |
| 6.2 Saran | 110 |
| DAFTAR PUSTAKA | 112 |
| LAMPIRAN..... | 117 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|---------|
| Tabel 1.1 Penelitian-penelitian yang relevan dengan penelitian ini | 10 |
| Tabel 4.1 Sarana Kesehatan di Puskesmas Gombang II..... | 56 |
| Tabel 4.2 Gambaran Karakteristik Informan Utama..... | 57 |
| Tabel 4.3 Gambaran Karakteristik Informan Triangulasi | 58 |
| Tabel 4.4 Kesimpulan Komunikasi | 66 |
| Tabel 4.5 Kesimpulan Sumber Daya Manusia | 72 |
| Tabel 4.6 Kesimpulan Fasilitas/Sarana | 74 |
| Tabel 4.7 Kesimpulan Ketersediaan Dana | 75 |
| Tabel 4.8 Kesimpulan Disposisi | 79 |
| Tabel 4.9 Kesimpulan Struktur Birokrasi | 86 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|---|---------|
| Gambar 2.1 Faktor Penentu Implementasi Menurut Edward III (1980)..... | 20 |
| Gambar 2.3 Kerangka Teori | 45 |
| Gambar 3.1 Alur Pikir | 46 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|--|---------|
| Lampiran 1. Surat Keputusan Pembimbing | 118 |
| Lampiran 2. Form Ethical Clearence | 119 |
| Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Fakultas..... | 120 |
| Lampiran 4. Surat Izin Penelitian dari BAP3DA Kabupaten Kebumen..... | 121 |
| Lampiran 5. Surat Keterangan Sudah Melaksanakan Penelitian | 122 |
| Lampiran 6. Lembar Permintaan Menjadi Responden | 123 |
| Lampiran 7. Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek..... | 124 |
| Lampiran 8. Lembar Persetujuan Keikutsertaan dalam Penelitian | 126 |
| Lampiran 9. Lembar Pedoman Wawancara | 127 |
| Lampiran 10. Lembar Transkrip Hasil Wawancara..... | 136 |
| Lampiran 11. Lembar Dokumentasi | 177 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 21 tahun 2013 tentang penanggulangan HIV dan AIDS, untuk pemeriksaan diagnosis HIV dapat dilakukan dengan konseling dan tes HIV Sukarela atau *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*. *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* merupakan proses konseling sukarela dan tes HIV atas inisiatif individu yang bersangkutan. VCT dilakukan dengan langkah-langkah meliputi konseling pra tes, tes HIV, dan konseling pasca tes.

Konseling dalam VCT juga dijelaskan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang pedoman pelayanan konseling dan testing HIV/AIDS secara sukarela, dimana konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan, ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS. Sedangkan menurut Anderson (2012) *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* merupakan suatu tes darah secara sukarela dan akan dijamin kerahasiaannya dengan *informed consent* melalui gabungan konseling (*pra-test counseling, testing HIV dan post-test counseling*).

Target sasaran layanan VCT sangat luas yaitu diharapkan seluruh kelompok berisiko tertular dan kelompok rentan mendapat pemeriksaan HIV di layanan VCT. Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang karena lingkup pekerjaan, lingkungan, rendahnya ketahanan keluarga dan rendahnya kesejahteraan keluarga, status kesehatan, sehingga mudah tertular HIV. Kelompok tersebut seperti, orang dengan mobilitas tinggi, perempuan, remaja, anak jalanan, orang miskin, ibu hamil, penerima tranfusi darah. Kelompok berisiko tertular adalah kelompok masyarakat yang berperilaku risiko tinggi seperti Wanita Penjaja Seks (WPS) dan pelanggannya, pasangan tetap penjaja seks, Lelaki Suka Lelaki (LSL), Pengguna Napza Suntik (Penasun) dan pasangannya serta narapidana (PKBI Pusat, 2015).

Menurut UNAIDS (*United Nations Programme on HIV and AIDS*) dan WHO (*World Health Organization*), AIDS telah mengakibatkan kematian lebih dari 25 juta jiwa sejak pertama kali diakui tahun 1981 (Kent et al., 2010). Data dari *World Health Organization* menyatakan bahwa terdapat 35 juta orang di dunia hidup dengan HIV/AIDS, sekitar 13 juta anak yang menjadi yatim piatu karena AIDS, hampir 600 bayi yang terinfeksi setiap tahun melalui ibu yang mengidap HIV/AIDS dan jutaan remaja muda yang hidup dengan stigma tanpa akses yang tepat terhadap konseling, pelayanan dan dukungan.

Jumlah kasus baru HIV positif di Indonesia yang dilaporkan dari tahun ke tahun cenderung meningkat dan pada tahun 2016 dilaporkan sebanyak 41.250 kasus. Sedangkan jumlah kasus AIDS terlihat adanya kecenderungan peningkatan penemuan kasus baru sampai tahun 2013 yang kemudian cenderung menurun

pada tahun-tahun berikutnya. Penurunan tersebut diperkirakan terjadi karena jumlah pelaporan kasus AIDS dari daerah masih rendah. Pada tahun 2016 kasus AIDS yang dilaporkan sedikit meningkat dibandingkan tahun 2015 yaitu sebanyak 7.491 kasus. Secara kumulatif, kasus AIDS sampai dengan tahun 2016 sebesar 86.780 kasus (Kemenkes RI, 2017). Sedangkan di Jawa Tengah, berdasarkan Data dan Informasi dari Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI 2017, jumlah kasus baru HIV tahun 2014 sampai dengan 2016 sebanyak 2.867 kasus (2014), 3005 kasus (2015), dan 4032 kasus (2016). Hal tersebut menjadikan provinsi Jawa Tengah masuk dalam 5 besar kasus baru HIV tertinggi di Indonesia. Jumlah kasus baru AIDS per Desember 2016 di Jawa Tengah sebanyak 1.402 kasus. Angka tersebut menempatkan Jawa Tengah menjadi provinsi dengan angka kejadian kasus baru AIDS tertinggi di Indonesia.

Data dari Profil Kesehatan Kabupaten Kebumen tahun 2016, menunjukkan bahwa tren kasus HIV/AIDS dari tahun 2012 sampai 2016 menunjukkan adanya peningkatan kasus HIV/AIDS, berikut jumlah kasus HIV/AIDS berturut-turut: tahun 2012 (71 kasus), tahun 2013 (92 kasus), tahun 2014 (107 kasus), tahun 2015 (107 kasus), dan tahun 2016 (178 kasus). Tingginya kasus HIV/AIDS di Kabupaten Kebumen dibenarkan oleh Sekretaris KPA Kabupaten Kebumen Siti Nuriyatun Fauziah. Pada tahun 2003-2014 penyandang HIV/AIDS di Kebumen baru ditemukan 11 kasus saja. Jumlah itu terus meningkat dan mencapai 640 pada tahun 2016 ini. Nuriyatun juga mengatakan bahwa angka 640 itu belum mencerminkan kondisi sesungguhnya di lapangan. Dari estimasi KPA, ada 1.176 kasus dan banyaknya jumlah penderita yang belum terdata karena masih

rendahnya kesadaran penderita untuk melakukan *Voluntary Counseling Test* (VCT) serta sejumlah faktor lain (www.kebumenkab.go.id). Mengingat hal itu maka diperlukan suatu pencegahan atau penanggulangan mengenai HIV/AIDS.

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan pada 19 Februari 2018, di Kabupaten Kebumen sampai dengan Desember tahun 2017 terdapat 938 pasien HIV/AIDS dengan temuan baru sebanyak 267 kasus. Kabupaten Kebumen menempati angka pertama dengan kasus AIDS paling tinggi di Jawa Tengah pada tahun 2016 dan 2017. Untuk kasus HIV sendiri, Kabupaten Kebumen pada tahun 2016 tidak masuk dalam 5 besar kasus HIV tertinggi se-Jawa Tengah. Akan tetapi, pada tahun 2017 Kabupaten Kebumen masuk dalam 5 besar kasus HIV tertinggi se-Jawa Tengah. Dengan ditetapkannya sebagai peringkat pertama kasus AIDS tertinggi se-Jawa Tengah, menunjukkan bahwa masih rendahnya deteksi dini untuk kasus HIV/AIDS.

Puskesmas Gombang II merupakan salah satu puskesmas yang mempunyai klinik VCT di Kabupaten Kebumen. Wilayah kerja Puskesmas Gombang II terdiri dari 9 desa, diantaranya Semondo, Kalitengah, Kemukus, Gombang, Wonokriyo, Semanding, Wonosigro, Sidayu, dan Klopogodo. Klinik VCT di Puskesmas Gombang II ada sejak September tahun 2016. Puskesmas Gombang II juga merupakan puskesmas dengan wilayah kerja yang menaungi tempat lokalisasi yaitu berada di desa Kalitengah. Lokalisasi tersebut menjadi tempat Wanita Pekerja Seksual (WPS) dalam menjajakan dirinya. Berdasarkan informasi yang didapatkan dari Kepala Puskesmas Gombang II, tempat lokalisasi tersebut sudah ditutup akan tetapi para WPS tersebut masih tetap melayani

pelanggan di daerah tersebut. Kondisi ini mengancam upaya menahan laju penyebaran HIV/AIDS, dimana sebagai lokasi liar di kota kecil membuat akses terhadap informasi seputar HIV/AIDS secara benar tidak mudah didapatkan. Begitu juga dengan kegiatan VCT, pemeriksaan IMS dan IVA secara teratur.

Data dari Laporan Kunjungan Konseling dan Tes HIV (*Voluntary Counseling and Testing / VCT*) Puskesmas Gombang II pada tahun 2016 dari bulan September sampai bulan Desember yakni sebanyak 136 kunjungan dan ditemukan kasus HIV positif sejumlah 8 kasus. Sedangkan pada tahun 2017 sampai bulan Desember, orang yang memanfaatkan layanan VCT sejumlah 552 dan ditemukan kasus HIV positif sejumlah 16 kasus dengan prosentase pasien yang diobati sebanyak 93,7%. Pasien yang berkunjung ke layanan VCT tersebut terdiri atas Ibu Hamil, WPS (Wanita Pekerja Seks), PPS (Pria Penjaja Seks), Waria, LSL (Laki-laki Seks dengan Laki-laki), IDU (*Injecting Drug User*), Pasangan Risti (Pasangan Risiko Tinggi), Pelanggan PS (Penjaja Seks), dan lain-lain yang termasuk dalam populasi kunci dan berisiko tinggi terkena HIV/AIDS sehingga memanfaatkan layanan *Voluntary Counseling And Testing (VCT)* sangatlah penting.

Tahun-tahun mendatang, jumlah terbesar infeksi HIV baru akan terjadi diantara laki-laki berhubungan seks dengan laki laki (LSL), diikuti oleh perempuan pada populasi umum (perempuan resiko rendah), yang terdiri dari perempuan terinfeksi melalui berhubungan seks dengan pasangan yang terinfeksi serta wanita yang mereka sendiri mungkin telah terlibat dalam perilaku berisiko pada tahun sebelumnya dan mereka yang sebenarnya telah terinfeksi HIV dan

baru dapat terdeteksi di kemudian hari. Jumlah infeksi yang cukup besar terjadi pada laki-laki yang merupakan pelanggan pekerja seks dan laki-laki populasi umum, yang terdiri dari laki-laki yang terinfeksi melalui hubungan seksual dengan isteri-isteri mereka ditambah dengan laki-laki yang berhubungan seks dengan WPS pada tahun sebelumnya (Kemenkes RI, 2016 : 20).

Masih adanya WPS yang menjajakan dirinya di sekitar tempat lokalisasi menjadikan daerah tersebut memiliki potensi kerawanan yang tinggi untuk penularan HIV/AIDS. Oleh karena itu, perlunya untuk menyadarkan masyarakat akan bahaya HIV/AIDS dan bagaimana cara mencegah terjadinya penularan HIV/AIDS serta pentingnya melakukan deteksi dini. Menurut Kemenkes (2012) ada tiga cara pencegahan penularan HIV (termasuk ABCDE) diantaranya yaitu pencegahan penularan melalui hubungan seksual (A (*abstinence* = puasa), B (*be faithful* = setia pada pasangan), C (*using condom* = menggunakan kondom)), pencegahan penularan melalui darah (termasuk D (*drugs* = tidak menggunakan narkoba) dan E (*equipment* = mewaspadaikan semua alat-alat yang ditusukkan ke tubuh atau yang dapat melukai kulit)), dan pencegahan penularan dari ibu kepada anak. Sedangkan untuk deteksi dini bisa dilakukan dengan VCT.

Standar Operasional Prosedur (SOP) menurut Atmoko (2011:2) dalam Sulistiani (2016) merupakan gambaran langkah-langkah kerja (sistem, mekanisme, dan tata kerja internal) yang diperlukan dalam pelaksanaan suatu tugas untuk mencapai tujuan instansi pemerintah. SOP sebagai suatu dokumen/instrumen memuat tentang proses dan prosedur suatu kegiatan yang bersifat efektif dan efisien berdasarkan suatu standar yang sudah berlaku.

Penyelenggaraan pelayanan VCT terdapat standar minimum yang mencakup seperti sumber daya manusia yang sudah terlatih dan kompeten, sarana, dan prasarana yang cukup, dan pembiayaan berdasarkan *unit costs* yang proporsional.

Berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan peneliti di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen tidak ditemukan adanya papan bertuliskan klinik VCT di depan puskesmas, tidak ada *leaflet* dan banner terkait layanan VCT, begitu juga dengan ruangan bertuliskan klinik VCT di dalam puskesmas. Hal tersebut mengindikasikan bahwa banyak warga yang tidak tahu tentang adanya klinik VCT di puskesmas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indrawati (2013) menyebutkan bahwa salah satu faktor yang menghambat pemanfaatan klinik VCT oleh Wanita Pekerja Seks (WPS) di Bandungan Kabupaten Semarang selain stigma HIV/AIDS yaitu belum tau ada klinik VCT di Bandungan terutama pada WPS yang baru.

Hasil penelitian Dayaningsih (2009) yang dilakukan di RSUP dr. Kariadi Semarang, menyimpulkan bahwa hambatan dari fasilitas layanan berdasarkan hasil wawancara dengan informan muncul masalah untuk pelayanan di rumah sakit itu bahwa pelayanan VCTnya bersifat *passive finding*, usaha promosi yang sudah dilaksanakan masih kurang, untuk pelayanan VCT di ruang rawat inap belum memiliki ruangan khusus untuk VCT, untuk pelayanan di poliklinik *setting* ruang belum ideal, form untuk konseling pre tes ada 4 lembar dirasa tidak efektif. Sedangkan penelitian yang dilakukan Mujiati (2013) di Klinik VCT kota Bandung, menyimpulkan bahwa layanan VCT secara umum sudah berjalan lancar, namun beberapa kendala yang masih dihadapi yaitu dari segi konselor

(jumlah konselor, waktu tunggu konselor, bahasa, dan sikap konselor/petugas), kemudian untuk sarana dan prasarana yang masih kurang diantaranya belum ada ruangan khusus VCT, tidak ada tempat cuci tangan di tempat pengambilan darah, dan tidak terdapat papan informasi tentang alur layanan VCT.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, dijelaskan bahwa salah satu wilayah kerja yang dinaungi oleh Puskesmas Gombang II merupakan tempat lokalisasi dan mempunyai potensi lebih besar untuk penularan HIV/AIDS. *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) merupakan pemeriksaan untuk deteksi dini untuk mengetahui status seseorang yang sudah terinfeksi HIV atau belum melalui konseling dan testing HIV/AIDS sukarela, bukan dipaksa atau diwajibkan. Untuk itu, peneliti bermaksud mengadakan penelitian tentang "Analisis Implementasi Program Pelayanan *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) Di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen".

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat diuraikan bahwa jumlah kasus HIV/AIDS selalu meningkat setiap tahunnya sehingga diperlukan adanya upaya untuk penanggulannya. Program Konseling dan Tes HIV atau *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) dianggap sebagai pintu masuk bagi masyarakat untuk memperoleh akses ke semua layanan HIV/AIDS, penemuan kasus secara dini, pengobatan segera, serta peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku dalam pencegahan HIV. Akan tetapi tidak hanya SDM yang sudah terlatih, sarana dan prasarana yang cukup dan pembiayaan berdasarkan *unit cost* yang proporsional saja, terdapat 4 variabel yang juga dapat mempengaruhi pelaksanaan

suatu program diantaranya 1) komunikasi 2) sumber daya 3) disposisi dan 4) struktur birokrasi. Oleh sebab itu, perlu dilakukan penelitian tentang bagaimana implementasi program pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen".

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Khusus

Tujuan umum dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui bagaimana implementasi pelayanan program *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen.

1.3.2 Tujuan Umum

1.3.2.1 Mengetahui bagaimana variabel komunikasi dalam implementasi pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen.

1.3.2.2 Mengetahui bagaimana variabel sumber daya dalam implementasi pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen.

1.3.2.3 Mengetahui bagaimana variabel disposisi dalam implementasi pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen.

1.3.2.4 Mengetahui bagaimana variabel struktur birokrasi dalam implementasi pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen.

1.4 MANFAAT

1.4.1 Manfaat Bagi Puskesmas

Mengetahui permasalahan terkait implementasi program pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen sehingga dapat membantu dalam meningkatkan mutu pelayanan terhadap pasien. Selain itu juga dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan langkah teknis kegiatan VCT.

1.4.2 Manfaat Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Memberikan informasi dan menambah pustaka bagi institusi pendidikan dalam pengembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat sehingga menambah wawasan tentang gambaran implementasi pelaksanaan program pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen.

1.4.3 Manfaat Bagi Peneliti

Sebagai tambahan ilmu pengetahuan, kompetensi dan pengalaman berharga bagi peneliti dalam menggambarkan program *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di puskesmas.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1: Penelitian-Penelitian yang relevan dengan penelitian ini

| No | Judul Penelitian | Nama Peneliti | Tempat dan Tahun Penelitian | Rancangan Penelitian | Hasil Penelitian |
|----|--|---------------|---|---|--|
| 1. | Gambaran Pelaksanaan Layanan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> | Mujiati, dkk | 2013, Kota Bandung (Klinik VCT RSUD Kota Bandung, RS Al Islam | Jenis penelitian <i>explanatory research</i> , pendekatan | Pelaksanaan layanan VCT (69,0%) dan sarana prasarana VCT (58,7%) sudah baik. |

| | | | | | |
|----|--|--------------------|--|--|---|
| | (VCT) dan Sarana Prasarana Klinik VCT di Kota Bandung Tahun 2013 | | Bandung, Puskesmas Kopo, Puskesmas Ujungberung Indah, Klinik Mawar PKBI dan LSM Abiasa) | <i>n cross sectional</i> | Layanan yang masih kurang baik yaitu dari segi konselor (jumlah dan bahasa konselor), dan waktu tunggu konselor. Sarana dan prasarana yang belum baik yaitu hanya ada satu pintu di ruang konseling, tidak ada tempat cuci tangan di ruang pengambilan darah, tidak ada papan informasi alur layanan VCT, fasilitas belum lengkap, dan tidak ada kotak saran di ruang tunggu. |
| 2. | Gambaran Implementasi Program Pelayanan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT) di Puskesmas Jongaya Makassar Tahun 2013 | Yusnita Maani, dkk | 2013, Puskesmas Jongaya Kota Makassar | Penelitian Kualitatif dengan pendekatan deskriptif | Jumlah SDM yang terlatih mencukupi dengan latar belakang pendidikan yang sesuai dengan standar, sarana yang mendukung dalam pelaksanaan program pun sudah tersedia, dan dana untuk program ini pun sudah mencukupi. Pelaksanaan program pelayanan VCT dilihat dari tahap-tahap pelayanan |

| | | | | | |
|----|---|--------------------|--------------------|-------------------|---|
| | | | | | VCT yang di lakukan yakni konseling pra testing, testing dan konseling pra testing adalah sudah baik yakni setiap elemen dari tahap-tahap tersebut telah di laksanakan. Sedangkan pelaksanaan program pelayanan VCT di lihat dari jumlah pasien yang mendapat pelayanan VCT adalah sudah baik karena sudah mencapai target yang di tetapkan puskesmas tersebut. |
| 3. | Pelaksanaan Program <i>Voluntary Counseling Test</i> Mobile Dalam Rangka Penanggula ngan HIV/AIDS Oleh Komisi Penanggula ngan AIDS Kota Bontang | Desy Arisandy Haya | 2015, Kota Bontang | Metode Kualitatif | Pelaksanaan program VCT mobile oleh KPA Kota Bontang dapat dikatakan cukup baik. Faktor penghambat pelaksanaan program VCT Mobile adalah fasilitas dan prasarana yang kurang menunjang pelaksanaan kegiatan VCT Mobile seperti ruangannya yang kurang memadai, safety box yang |

masih kurang, partisipasi yang kurang dari WTS, jumlah SDM yang masih kurang khususnya konselor dikarenakan konselor banyak yang berhalangan untuk mengikuti kegiatan VCT Mobile ini sehingga tidak berjalan maksimal, serta kurangnya dukungan pemerintah dari segi pendanaan.

Adapun perbedaan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian mengenai analisis implementasi program pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) Di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen belum pernah dilakukan.
2. Fokus penelitian dalam penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan pada Agustus - September tahun 2018.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya bidang ilmu administrasi kebijakan kesehatan tentang implementasi Program Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Kebijakan Publik

2.1.1.1 Definisi Kebijakan Publik

Kebijakan adalah seperangkat keputusan yang diambil oleh pelaku-pelaku politik dalam rangka memilih tujuan dan bagaimana cara untuk pencapaian tujuan (Subarsono, 2013). Menurut Barkel (1996) yang dikutip Subarsono (2013), kebijakan merupakan serangkaian kegiatan, pernyataan, regulasi, bahkan hukum yang merupakan hasil dari keputusan-keputusan tentang bagaimana melakukan sesuatu.

Kebijakan publik menurut Thomas Dye (1981) sebagaimana dikutip oleh Subarsono (2016 : 2) adalah apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan (*public policy is whatever goverments choose to do or not to do*). Definisi tersebut mengandung makna bahwa (1) kebijakan publik tersebut dibuat oleh badan pemerintah, bukan organisasi swasta; (2) kebijakan publik menyangkut pilihan yang harus dilakukan atau tidak dilakukan oleh badan pemerintah. Hal ini sejalan dengan pemikiran James E. Anderson yang mendefinisikan kebijakan publik sebagai kebijakan yang ditetapkan oleh badan-badan dan aparat pemerintah (Subarsono, 2016).

Kebijakan publik dapat berupa undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan pemerintah provinsi, peraturan pemerintah kabupaten/kota, dan keputusan bupati/walikota (Subarsono, 2016). Pengertian kebijakan dalam beberapa literatur tersebut diatas sangat beragam. Namun dapat dirumuskan bahwa kebijakan publik (*public policy*) adalah serangkaian tindakan yang dibuat, ditetapkan, dan dilaksanakan oleh pemerintah dengan tujuan tertentu demi kepentingan masyarakat. Kebijakan yang dibuat merupakan sarana untuk mencapai tujuan.

2.1.1.2 Implementasi Kebijakan

Menurut Lester dan Stewart dalam Winarno (2012), Implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian luas, merupakan tahap dari proses kebijakan segera setelah penetapan undang-undang di mana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan-tujuan kebijakan atau program-program.

Implementasi kebijakan juga dapat diartikan sebagai aktivitas menjalankan kebijakan dalam ranah senyatanya, baik yang dilakukan oleh organisasi pemerintah maupun para pihak yang telah ditentukan dalam kebijakan. Implementasi kebijakan merupakan tahap yang penting dalam kebijakan, tahap ini menentukan apakah kebijakan yang ditempuh oleh pemerintah benar-benar aplikabel di lapangan dan berhasil untuk menghasilkan *output dan outcomes* seperti yang telah direncanakan (Indiahono, 2017).

Kebijakan publik diimplementasikan oleh badan-badan pemerintah. Badan-badan tersebut melaksanakan pekerjaan pemerintah dari hari ke hari yang membawa dampak pada warga negaranya. Implementasi tersebut dapat melibatkan banyak aktor kebijakan, sehingga sebuah kebijakan bisa menjadi rumit. Kompleksitas implementasi bukan saja ditunjukkan oleh banyaknya aktor atau unit organisasi yang terlibat, tetapi juga dipengaruhi oleh variabel-variabel yang terkait di dalamnya (Subarsono, 2016).

2.1.1.3 Model Implementasi Kebijakan George C. Edward III

Dalam pandangan Edwards III (1980) dalam Subarsono (2016) implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yakni komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Begitu juga dengan pendapat Indiahono (2017) yang menyatakan bahwa model implementasi publik yang dikemukakan oleh Edward menunjuk empat variabel yang berperan penting dalam pencapaian keberhasilan implementasi. Empat variabel tersebut adalah komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Keempat variabel tersebut juga saling berhubungan satu sama lain.

1. Komunikasi

Komunikasi, yaitu menunjuk bahwa setiap kebijakan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program (kebijakan) dengan para kelompok sasaran (target group). Tujuan dan sasaran dari program/kebijakan dapat disosialisasikan secara baik sehingga dapat menghindari adanya distorsi atas kebijakan dan program (Indiahono, 2017).

Secara umum Edward membahas tiga hal penting dalam proses komunikasi kebijakan, yakni transmisi, konsistensi, dan kejelasan (Winarno, 2012).

- 1) Transmisi. Penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik juga. Seringkali terjadi masalah dalam penyaluran komunikasi yaitu adanya salah pengertian (miskomunikasi) yang disebabkan banyaknya tingkatan birokrasi yang diharapkan terdistorsi di tengah jalan.
- 2) Kejelasan. Komunikasi yang diterima oleh pelaksana kebijakan (*street-level-bureaucrats*) harus jelas dan tidak membingungkan.
- 3) Konsistensi. Perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi harus konsisten dan jelas untuk ditetapkan atau dijalankan. Jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan.

2. Sumber Daya

Sumber daya yaitu menunjuk setiap kebijakan harus didukung oleh sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya finansial. Sumber daya manusia adalah kecukupan baik kualitas implementor yang dapat melingkupi seluruh kelompok sasaran. Sumber daya finansial adalah kecukupan modal investasi atas sebuah program/ kebijakan. Keduanya harus diperhatikan dalam implementasi program/ kebijakan pemerintah. Sebab tanpa kehandalan implementor, kebijakan menjadi kurang enerjik dan berjalan lambat dan seadanya. Sedangkan, sumber daya finansial menjamin keberlangsungan program/ kebijakan. Tanda ada dukungan finansial yang memadai, program tak

dapat berjalan efektif dan cepat dalam mencapai tujuan dan sasaran (Indiahono, 2017).

3. Disposisi

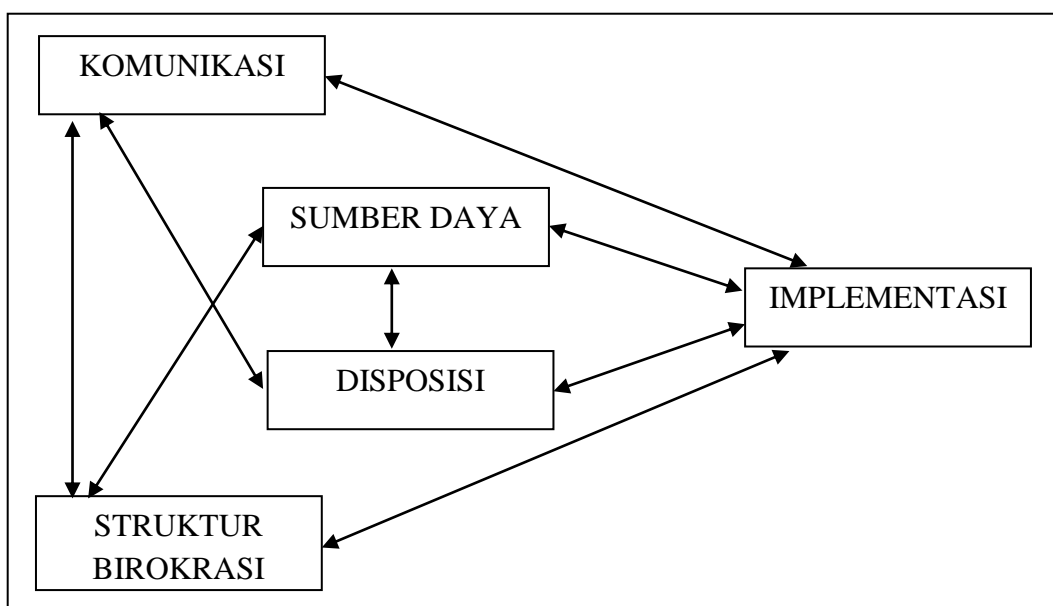
Disposisi adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka dia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif. (Subarsono, 2016 : 91-92).

Karakter yang penting dimiliki oleh implementor adalah kejujuran, komitmen, dan demokratis. Implementor yang memiliki komitmen tinggi dan jujur akan senantiasa bertahan diantara hambatan yang ditemui dalam program/kebijakan. Kejujuran mengarahkan implementor untuk tetap berada dalam arah program yang telah digariskan dalam *guideline* program. Komitmen dan kejujurannya membawanya semakin antusias dalam melaksanakan tahap-tahap program secara konsisten. Sikap yang demokratis akan meningkatkan kesan baik implementor dan kebijakan dihadapan anggota kelompok sasaran. Sehingga sikap ini akan menurunkan resistensi dari masyarakat dan menumbuhkan rasa percaya dan kepedulian kelompok sasaran terhadap implementor dan program/kebijakan (Indiahono, 2017).

4. Struktur Birokrasi

Menurut Edward III (1980) dalam Subarsono (2016), struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Salah satu dari aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah adanya prosedur operasi yang standar (*standard operating procedures* atau SOP). SOP menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam bertindak. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red-tape*, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks. Ini pada gilirannya menyebabkan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

Keempat variabel diatas dalam model yang dibangun oleh Edward memiliki keterkaitan satu dengan yang lain dalam mencapai tujuan dan sasaran program/kebijakan. Semuanya saling bersinergi dalam mencapai tujuan dan satu variabel akan sangat mempengaruhi variabel yang lain. Model dari George C Edward III ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Model Implementasi Edward III

Sumber: Edward III, 1980:48 dalam Indiahono (2017)

2.1.2 HIV/AIDS

2.1.2.1 Pengertian HIV/AIDS

Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan sindrom atau kumpulan penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yaitu retrovirus yang menyerang sistem kekebalan tubuh (Kemenkes, 2007). Penyakit AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) merupakan salah satu penyakit yang mengakibatkan kematian di dunia. Menurut UNAIDS (*United Nations Programme on HIV and AIDS*) dan WHO (*World Health Organization*), AIDS telah mengakibatkan kematian lebih dari 25 juta jiwa sejak pertama kali diakui tahun 1981 (Kent et al., 2010).

AIDS dimulai dari tubuh terinfeksi oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), kemudian HIV menyerang sel-sel tertentu dari sistem kekebalan tubuh dan menghancurkan sistem kekebalan tubuh setelah menginfeksi host manusia (Guindo et al., 2014). *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yaitu virus yang memperlemah kekebalan pada tubuh manusia. Orang yang terkena virus ini akan menjadi rentan terhadap infeksi oportunistik ataupun mudah terkena tumor. Meskipun penanganan yang telah ada dapat memperlambat laju perkembangan virus, namun penyakit ini belum benar-benar bisa disembuhkan. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan virus-virus sejenisnya umumnya ditularkan melalui kontak langsung antara lapisan kulit dalam (membran mukosa) atau aliran darah, dengan cairan tubuh yang mengandung HIV, seperti darah, air mani, cairan vagina, cairan preseminal, dan air susu ibu. Penularan dapat terjadi melalui hubungan intim (vaginal, anal, ataupun oral), transfusi darah, jarum suntik yang

terkontaminasi, antara ibu dan bayi selama kehamilan, bersalin, atau menyusui, serta bentuk kontak lainnya dengan cairan-cairan tubuh tersebut (Zeth, dkk., 2010).

2.1.2.2 Perjalanan HIV/AIDS

Gejala HIV/AIDS tidak dengan cepat muncul pada diri seseorang yang terinfeksi HIV. Gejala tersebut baru muncul beberapa hari sampai bertahun-tahun, sejak masuknya virus HIV ke dalam tubuh. Sehingga ada beberapa tahapan atau perkembangan ketika mulai terinfeksi virus sampai timbul gejala AIDS, dalam keadaan wajar (*higiene/sanitasi* baik), maka sejak masuknya virus HIV ke dalam tubuh, seseorang akan mengalami beberapa tahapan infeksi. Secara singkat seseorang yang terinfeksi HIV akan mengalami tahapan yang dibagi menjadi 4 stadium (Kemenkes, 2012):

A. Stadium satu (*window period* atau periode jendela)

- a. Stadium dimulai sejak saat pertama terinfeksi HIV
- b. Tidak ada tanda-tanda khusus, dalam beberapa minggu orang tersebut mungkin akan menjadi sakit dengan gejala-gejala mirip flu yaitu adanya demam, rasa lemas dan lesu, sendi-sendi terasa nyeri, batuk, dan nyeri tenggorokan. Gejala-gejala ini akan berlangsung beberapa hari atau minggu saja, kemudian hilang dengan sendirinya.
- c. Jika dilakukan tes darah untuk HIV, hasilnya mungkin negatif karena belum terdeteksinya antibody HIV dalam darah. Periode ini disebut Periode Jendela (*window period*) yaitu: sejak masuknya HIV ke dalam tubuh, diikuti dengan perubahan serologis pada darah sampai tes anti-bodi

terhadap HIV dinyatakan positif. Lamanya *window period* ini berkisar 1 sampai 3 bulan, bahkan dapat sampai 6 bulan. Berbeda pada penyakit umumnya karena virus, jika ditemukan antibodi, ini adalah kabar baik karena berarti dalam tubuh ada cukup zat anti yang dapat melawan virus tersebut. Pada HIV kebalikannya, jika ditemukan adanya anti-bodi HIV dalam tubuh, itu adalah konfirmasi adanya HIV dalam tubuh.

- d. Meski masih dalam Periode Jendela, hasil tes darah untuk HIV masih negatif, namun orang tersebut sudah dapat menularkan HIV kepada orang sehat lainnya.

B. Stadium Dua (Stadium HIV Positif Tanpa Gejala/Asimtomatik)

- a. HIV telah berkembang biak, dan hasil tes darah untuk HIV dinyatakan positif.
- b. Namun orang tersebut masih terlihat sehat, dan merasa sehat. Pada stadium ini tidak ada gejala yang terlihat, orang tersebut masih terlihat sama seperti orang sehat lainnya, hal ini berlangsung rata-rata selama 5-10 tahun.

C. Stadium Tiga (Muncul Gejala)

- a. Sistem kekebalan tubuh menurun,
- b. Mulai muncul gejala meliputi diare kronis yang tidak jelas penyebabnya, pembesaran kelenjar limfe atau kelenjar getah bening secara tetap dan merata, tidak hanya muncul di satu tempat, dan berlangsung lebih dari satu bulan serta mengalami flu terus menerus.

D. Stadium Empat (Masuk ke Kondisi AIDS)

- a. Sistem kekebalan tubuh rusak parah, tubuh menjadi lemah terhadap serangan penyakit apapun.
- b. Ditandai dengan adanya bermacam-macam penyakit, meliputi Toksoplasmosis pada otak, kandidiasis pada saluran tenggorokan (oesophagus), saluran pernafasan (trachea), batang saluran paru-paru (bronchi) atau paru-paru dan Sarkoma Kaposi, dan berbagai kanker.

2.1.2.3 Cara Penularan HIV/AIDS

Untuk berada di dalam tubuh manusia, HIV harus masuk langsung ke dalam aliran darah orang yang bersangkutan. Sedangkan diluar tubuh manusia HIV sangat cepat mati. HIV bertahan lebih lama diluar tubuh manusia hanya bila darah yang mengandung HIV tersebut masih dalam keadaan belum mengering. Dalam media darah kering HIV akan cepat mati. Dalam tubuh manusia, HIV terutama terdapat dalam cairan seperti cairan darah, cairan sperma, cairan vagina, dan air susu ibu.

Penularan HIV terjadi jika ada kontak atau percampuran dengan cairan tubuh yang mengandung HIV yaitu melalui hubungan seksual, melalui darah yaitu saat penggunaan jarum suntik yang tidak steril diantara pengguna narkoba, dan melalui transfusi darah yang ternyata darah yang ditransfusikan mengandung HIV, darah ibu ke bayi yang dikandung dalam rahimnya, dan alat suntik atau benda tajam yang tercemar darah yang mengandung HIV (alat cukur, jarum akupuntur, alat tindik, dan lainnya). Kemudian dapat ditularkan melalui air susu ibu yang mengidap HIV kepada bayinya (Kemenkes RI, 2012).

2.1.2.4 Gejala HIV/AIDS

2.1.2.4.1 *Gejala Mayor*

Gejala mayor adalah gejala terinfeksi seseorang oleh virus HIV namun tidak khas, dikarenakan penderita penyakit lain juga memiliki gejala serupa. Sehingga dibutuhkan paling sedikit 2 gejala ini untuk mulai mencurigai seseorang menderita virus HIV. Gejala-gejala ini yaitu:

- a. Berat badan menurun lebih dari 10% dalam 1 bulan
- b. Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan
- c. Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan
- d. Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis

2.1.2.4.2 *Gejala Minor*

Sementara gejala minor jauh lebih spesifik karena infeksi virus HIV, walaupun bisa juga diakibatkan penyakit lainnya. Satu gejala ini bila disertai 2 gejala mayor sudah cukup untuk mencurigai seseorang sudah terinfeksi virus HIV. Gejala ini dapat berupa:

- a. Batuk menetap lebih dari 1 tahun
- b. Dermatitis generalisata
- c. Adanya penyakit herpes zoster multisegmental dan herpes zoster berulang
- d. Kandidiasis orofaringeal
- e. Herpes simpleks kronis progresif
- f. Limfadenopati generalisata
- g. Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita
- h. Retinitis virus sitomegalo

Sebagai contoh, bila seorang dewasa (>12 tahun) dianggap AIDS apabila menunjukkan tes HIV positif dengan strategi pemeriksaan yang sesuai dengan sekurang-kurang 2 gejala mayor dan 1 gejala minor, dan gejala ini bukan disebabkan oleh keadaan lain yang tidak berkaitan dengan infeksi HIV.

2.1.2.5 Pencegahan HIV/AIDS

Pencegahan penularan HIV dapat dicapai secara efektif dengan cara menerapkan pola hidup aman dan tidak berisiko. Menurut Kemenkes (2012) ada tiga cara pencegahan penularan HIV (termasuk ABCDE), yaitu:

1. Pencegahan penularan melalui hubungan seksual (ABC)
 - A = *abstinence* = puasa, tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah. Hubungan seksual hanya dilakukan melalui pernikahan yang sah.
 - B = *be faithful* = setia pada pasangan, yaitu jika telah menikah melakukan hubungan seksual hanya dengan pasangannya saja (suami atau istri sendiri). Tidak melakukan hubungan seksual diluar nikah.
 - C = *using condom* = menggunakan kondom, yaitu bagi salah satu pasangan yang telah terinfeksi HIV agar tidak menularkan kepada pasangannya. Menurut KPAN (2010) dalam Azam dkk (2014) menyatakan bahwa penggunaan kondom pada hubungan seksual berisiko merupakan salah satu strategi pencegahan yang dapat dilakukan untuk mencegah penularan IMS dan HIV pada kelompok berisiko termasuk kepada WPS dan pelanggannya.

2. Pencegahan penularan melalui darah (termasuk DE)

- D = *drugs* = tidak menggunakan narkoba, karena saat sakaw tidak ada pengguna narkoba yang sadar akan kesterilan jarum suntik, apalagi ada rasa kekompakan untuk memakai jarum suntik yang sama secara bergantian, dan menularkan HIV dari pecandu yang telah terinfeksi kepada pecandu lainnya.
- E = *equipment* = mewaspadaai semua alat-alat yang ditusukkan ke tubuh atau yang dapat melukai kulit, seperti jarum akupuntur, alat tindik, pisau cukur, agar semuanya steril dari HIV lebih dulu sebelum digunakan, atau pakai jarum atau alat bantu yang belum pernah digunakan.
- Mewaspadaai darah yang diperlukan untuk transfusi, pastikan telah dites bebas HIV.

3. Pencegahan penularan dari ibu kepada anak

Transmisi HIV dari ibu ke anak dapat terjadi melalui rahim (*in utero*) selama masa perinatal, yaitu minggu-minggu terakhir kehamilan dan saat persalinan. Bila tidak ditangani, tingkat penularan dari ibu ke anak selama kehamilan dan persalinan adalah sebesar 25-45%. Risiko ini semakin besar jika ibu telah masuk ke kondisi AIDS. Risiko dapat diturunkan jika dilakukan:

- a. Intervensi berupa pemberian obat antiretroviral (ARV) kepada ibu selama masa kehamilan (biasanya mulai usia kehamilan 36 minggu);
- b. Kemudian ibu melakukan persalinan secara bedah (*caesar*); dan

- c. Ibu memberikan susu formula sebagai pengganti ASI, karena ASI ibu yang mengidap HIV mengandung virus (HIV).

Pencegahan penularan HIV/AIDS dari Ibu ke Anak (PPIA) merupakan program pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke bayi. Konsep dasarnya adalah menurunkan *Viral Load* serendah-rendahnya. Meminimalkan paparan janin/bayi dari cairan tubuh HIV positif. Lalu mengoptimalkan kesehatan bayi dari ibu dengan HIV positif.

2.1.3 Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

2.1.3.1 Pengertian VCT

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang pedoman pelayanan konseling dan testing HIV/AIDS secara sukarela, konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan, ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS.

Dalam Peraturan Bupati Kebumen Nomor 71 Tahun 2013 tentang petunjuk pelaksanaan peraturan daerah kabupaten kebumen nomor 2 tahun 2013 tentang penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus-Acquired Immuno Deficiency Syndrom*, konseling adalah suatu dialog antara seseorang yang bermasalah atau klien dengan orang yang menyediakan pelayanan konseling atau konselor dengan tujuan untuk memberdayakan klien agar mampu menghadapi permasalahannya dan sanggup mengambil keputusan yang mandiri atas

permasalahan tersebut. Sedangkan *Voluntary Counseling Test* (Tes HIV Sukarela) yang selanjutnya disingkat VCT adalah suatu tes darah secara sukarela dan dijamin kerahasiaannya dengan *informed consent* melalui gabungan konseling (*pre-test counseling, testing HIV* dan *post-test counseling*) yang digunakan untuk memastikan apakah seseorang sudah terinfeksi HIV dengan cara mendeteksi adanya antibodi HIV di dalam sampel darahnya.

2.1.3.2 Peran Konseling dan Testing Sukarela (VCT)

Ada delapan peran VCT sesuai Permenkes No 74 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan VCT:

1. Peningkatan kualitas hidup dan perencanaan masa depan dalam pengasuhan anak.
2. Sebagai konseling lanjutan.
3. Pendidikan dan informasi masyarakat: untuk normalisasi HIV dan AIDS.
4. Penerimaan status, perawatan diri, komunikasi perubahan perilaku, dan pencegahan positif.
5. Memfasilitasi rujukan PPIA, akses kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual
6. Manajemen dini pemeriksaan infeksi oportunistik dan informasi pengobatan HIV (ART).
7. Dukungan dan perawatan di rumah, komunitas dan masyarakat.
8. Memfasilitasi informasi dan rujukan terkait dukungan psikososial dan akses ekonomi.

Konseling dan Testing Sukarela yang dikenal sebagai *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat dan sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV/AIDS berkelanjutan.

1. Layanan VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien pada saat klien mencari pertolongan medik dan testing yaitu dengan memberikan layanan dini dan memadai baik kepada mereka dengan HIV positif maupun negatif. Layanan ini termasuk konseling, dukungan, akses untuk terapi suportif, terapi infeksi oportunistik, dan ART.
2. VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif dimana memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan resiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV/AIDS, mempelajari status dirinya, dan mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.
3. Testing HIV dilakukan secara sukarela tanpa paksaan dan tekanan, segera setelah klien memahami berbagai keuntungan, konsekuensi, dan risiko.

2.1.3.3 Prinsip Pelayanan VCT

Dalam pelaksanaannya, tes HIV harus mengikuti prinsip yang telah disepakati secara global yaitu 5 komponen dasar yang disebut 5C (*informed consent, confidentiality, counseling, correct test results, connections to care, treatment and prevention services*):

1. *Informed Consent*, adalah persetujuan akan suatu tindakan pemeriksaan laboratorium HIV yang diberikan oleh pasien/klien atau wali/pengampu setelah mendapatkan dan memahami penjelasan yang diberikan secara lengkap oleh petugas kesehatan tentang tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien/klien tersebut.
2. *Confidentiality*, adalah semua isi informasi atau konseling antara klien dan petugas pemeriksa atau konselor dan hasil tes laboratoriumnya tidak akan diungkapkan kepada pihak lain tanpa persetujuan pasien/klien. *Konfidensialitas* dapat dibagikan kepada pemberi layanan kesehatan yang akan menangani pasien untuk kepentingan layanan kesehatan sesuai indikasi penyakit pasien.
3. *Counselling*, yaitu proses dialog antara konselor dengan klien bertujuan untuk memberikan informasi yang jelas dan dapat dimengerti klien atau pasien. Konselor memberikan informasi, waktu, perhatian dan keahliannya, untuk membantu klien mempelajari keadaan dirinya, mengenali dan melakukan pemecahan masalah terhadap keterbatasan yang diberikan lingkungan. Layanan konseling HIV harus dilengkapi dengan informasi HIV dan AIDS, konseling pra-Konseling dan Tes pasca-tes yang berkualitas baik.
4. *Correct test results*. Hasil tes harus akurat. Layanan tes HIV harus mengikuti standar pemeriksaan HIV nasional yang berlaku. Hasil tes harus dikomunikasikan sesegera mungkin kepada pasien/klien secara pribadi oleh tenaga kesehatan yang memeriksa.

5. *Connection to care, treatment and prevention services.* Pasien/klien harus dihubungkan atau dirujuk ke layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV yang didukung dengan sistem rujukan yang baik dan terpantau.

2.1.3.4 Metode Pelayanan VCT

Berdasarkan Permenkes No 74 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan VCT menjelaskan bahwa penyelenggaraan VCT wajib terintegrasi dengan pelayanan KIA, KB, pelayanan kesehatan reproduksi, pelayanan kesehatan remaja, pelayanan IMS, pelayanan TB, pelayanan Hepatitis, serta pelayanan NAPZA dan rehabilitasi di fasilitas pelayanan kesehatan. VCT dilakukan melalui dua pendekatan yaitu Konseling dan Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan (KTIP atau PICT) dan Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS atau VCT). Sedangkan ada dua model pelayanan VCT antara lain:

1. Mobile VCT (penjangkauan dan keliling)

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

2. Statis VCT (klinik VCT tetap)

Statis VCT adalah layanan VCT yang terintegrasi dengan sarana kesehatan, yaitu menjadi bagian dari sarana kesehatan yang telah ada. Sarana

kesehatan yang dapat melakukan VCT harus memiliki kemampuan memenuhi kebutuhan masyarakat akan konseling dan testing HIV/AIDS, layanan pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan terkait dengan HIV/AIDS. Contoh dari statis VCT yaitu: VCT di Rumah Sakit dan Puskesmas.

2.1.3.5 Sasaran Konseling dan Testing HIV/AIDS Sukarela (VCT)

Sasaran VCT adalah masyarakat yang membutuhkan pemahaman diri akan status HIV agar dapat mencegah dirinya dari penularan infeksi penyakit yang lain dan penularan kepada orang lain. Masyarakat yang datang ke pelayanan VCT disebut dengan klien. Semua pasien atau klien yang datang ke layanan kesehatan terutama di layanan TB, IMS, PTRM, LASS, KIA, KB, layanan untuk populasi kunci/orang yang berperilaku risiko tinggi (penasun, pekerja seks, pelanggan atau pasangan seks dari pekerja seks, waria, LSL dan warga binaan pemasyarakatan) dan pada kelompok pekerja yang berisiko ataupun klien yang datang ke layanan VCT untuk mencari layanan Tes HIV secara sukarela (Kemenkes, 2014).

2.1.3.6 Tahapan Pelayanan VCT

1. Konseling pra testing

Konseling pra-tes dilaksanakan pada klien/pasien yang belum bersedia atau pasien yang menolak untuk menjalani tes HIV setelah diberikan informasi pra-tes. Dalam konseling pra-tes harus seimbang antara pemberian informasi, penilaian risiko dan respon kebutuhan emosi klien. Masalah emosi yang menonjol adalah rasa takut melakukan tes HIV karena berbagai alasan termasuk ketidaksiapan menerima hasil tes, perlakuan diskriminasi, stigmatisasi

masyarakat dan keluarga (Kemenkes, 2014). Ruang lingkup konseling pra-tes pada VCT adalah:

- a. Alasan kunjungan, informasi dasar tentang HIV dan klarifikasi tentang fakta dan mitos tentang HIV;
- b. Penilaian risiko untuk membantu klien memahami faktor risiko;
- c. Menyiapkan klien untuk pemeriksaan HIV;
- d. Memberikan pengetahuan tentang implikasi terinfeksi HIV dan memfasilitasi diskusi cara menyesuaikan diri dengan status HIV;
- e. Melakukan penilaian sistem dukungan termasuk penilaian kondisi kejiwaan jika diperlukan;
- f. Meminta informed consent sebelum dilakukan tes HIV; dan
- g. Menjelaskan pentingnya menyingkap status untuk kepentingan pencegahan, pengobatan dan perawatan.

Pemberian informasi dasar terkait HIV bertujuan agar klien:

- a. Memahami cara pencegahan, penularan HIV, perilaku berisiko;
- b. Memahami pentingnya tes HIV; dan
- c. Mengurangi rasa khawatir dalam tes HIV.
- d. Konselor perlu mengetahui latar belakang kedatangan klien untuk mengikuti konseling HIV dan memfasilitasi kebutuhan agar proses tes HIV dapat memberikan penguatan untuk menjalani hidup lebih sehat dan produktif serta melakukan komunikasi perubahan perilaku. Komunikasi perubahan perilaku adalah unsur penting dalam konseling pra tes yang tidak boleh dihilangkan (Kemenkes, 2014).

2. Testing

Prinsip testing HIV adalah sukarela dan terjaga kerahasiannya. Pada tahapan testing HIV yang dilakukan adalah untuk menegakkan diagnosis. Testing HIV terdiri dari serangkaian tes yang berbeda karena perbedaan prinsip yang digunakan. Testing yang digunakan adalah testing serologis untuk mendeteksi antibodi HIV dalam serum atau plasma. Spesimen adalah darah klien yang diambil secara intravena, plasma, atau serumnya. Penggunaan metode testing cepat (*rapid test*) memungkinkan klien mendapatkan hasil tes pada hari yang sama. Tujuan testing HIV ada 4, yaitu: untuk membantu menegakkan diagnosis, pengamanan darah donor (skrining), untuk surveilans, dan untuk penelitian.(Kemenkes, 2005). Bagi pengambil darah dan teknisi laboratorium harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Sebelum testing harus didahului dengan konseling dan penandatanganan informed consent;
- b. Hasil testing HIV harus diverifikasi oleh dokter patologi klinis atau dokter terlatih;
- c. Hasil diberikan kepada konselor dalam aplop tertutup;
- d. Dalam laporan pemeriksaan hanya ditulis nomor atau kode pengenal;
- e. Jangan memberi tanda berbeda yang mencolok terhadap hasil positif dan negatif;
- f. Meskipun spesimen berasal dari sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya yang berbeda, tetap harus dipastikan bahwa klien telah menerima konseling dan menandatangani informed consent.

3. Konseling psasca testing

Permenkes No 74 tahun 2014 tentang Pedoman Pelayanan VCT menjelaskan bahwa konseling pasca tes HIV membantu klien memahami dan menyesuaikan diri dengan hasil test, memberikan hasil tes dan menyediakan informasi yang dibutuhkan. Jika perlu merujuk klien ke fasilitas layanan lainnya. Dasar keberhasilan pasca test HIV dibangun saat konseling pra tes HIV. Prinsip-prinsip pasca tes adalah menilai situasi psikososial terkini, mendukung mental emosional klien seperti mendorong klien berbicara lebih lanjut, manajemen pemecahan masalah dengan cara mencegah masalah, memahami, dan memberi pemahaman pada klien, menyusun rencana, membantu membuat rencana menghadapi kehidupan pasca penetapan hasil dengan perubahan perilaku ke perilaku sehat, menyediakan waktu untuk diskusi secara rahasia, serta menekankan pada infeksi HIV. Kunci utama dalam menyampaikan hasil tes menurut Kemenkes (2005) adalah:

- a. Memeriksa hasil tes klien sebelum bertemu dengan klien untuk memastikan kebenarannya;
- b. Menyampaikan hasil secara langsung dan tatap muka;
- c. Bersikap wajar dan professional ketika memanggil klien kembali dari ruang tunggu. Seseorang konselor tak diperkenankan memberikan hasil pada klien secara verbal dan non verbal selagi berda di ruang tunggu;
- d. Hasil tertulis dan bertanda tangan petugas penanggung jawab layanan.

2.1.3.7 Sumber Daya Manusia dalam Pelayanan VCT

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

1. Kepala klinik VCT

Kepala klinik VCT adalah seorang yang memiliki keahlian manajerial dan program terkait pengembangan layanan VCT dan penanganan program perawatan, dukungan, dan pengobatan HIV/AIDS. Kepala klinik VCT bertanggung jawab terhadap Direktur Utama atau Direktur Pelayanan. Kepala klinik VCT mengelola seluruh pelaksanaan kegiatan di dalam/ di luar unit, serta bertanggung jawab terhadap seluruh kegiatan yang berhubungan dengan institusi pelayanan lain yang berkaitan dengan HIV/AIDS.

2. Sekretaris/Administrasi

Sekretaris/administrasi adalah seorang yang memiliki keahlian dibidang administrasi dan berlatar belakang minimal setingkat SLTA. Tugas sekretaris/administrasi yaitu bertanggung jawab terhadap kepala unit VCT, bertanggungjawab terhadap pengurusan perizinan klinik VCT dan registrasi konselor VCT, melakukan surat menyurat dan administrasi terkait, melakukan tata laksana dokumen, pengarsipan, melakukan pengumpulan, pengolahan dan analisis data, serta membuat pencatatan dan pelaporan.

3. Koordinator pelayanan medis

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

4. Koordinator Pelayanan Non Medis

Koordinator pelayanan non medis adalah seorang yang mampu mengembangkan program perawatan, dukungan dan pengobatan HIV/AIDS terkait psikologis, sosial, dan hukum. Koordinator pelayanan non medis minimal sarjana kesehatan/non kesehatan yang berlatar belakang pendidikan sarjana psikologi atau ilmu sosial yang sudah terlatih VCT.

5. Konselor VCT

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

6. Petugas manajemen kasus

Petugas manajemen kasus adalah tenaga non kesehatan yang telah mengikuti pelatihan manajemen kasus dengan pendidikan minimal SLTA.

7. Petugas laboratorium

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

2.1.3.8 Dana dalam Pelayanan VCT

Dana dalam pelayanan VCT adalah anggaran yang dibutuhkan dalam dalam operasional kegiatan VCT dan untuk pelatihan dan dukungan bagi tenaga kesehatan. Pembiayaan untuk pelayanan VCT berdasarkan Kepmenkes Nomor 1507 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing Secara Sukarela

menjelaskan bahwa dana VCT ini berbeda-beda tergantung unit pelayanan ini berada. Pelayanan di LSM, puskesmas, rumah sakit yang dikenakan tarif sesuai dengan kondisi atau kebijakan setempat, namun komponen pelayanan tetap sama yaitu meliputi testing dan jasa pelayanan. Tarif pelayanan disesuaikan dengan pola tarif berdasarkan *unit cost* yang proporsional dari setiap komponen pelayanan, sesuai dengan ketentuan di wilayah masing-masing. Komponen biaya itu meliputi biaya: Administrasi, Konseling, Testing HIV, dan Pengobatan.

2.1.3.9 Sarana dan Prasarana VCT

Sarana dan prasarana yang harus ada dalam layanan VCT Sesuai dengan Standar Operasional Prosedur Klinik VCT (2007) antara lain:

1. Sarana pertama

Papan nama / petunjuk, Ruang tunggu, Alat Peraga, leaflet kesehatan tentang IMS dan HIV-AIDS, Dildo, Kondom, Poster, Stiker dan Kaset/CD, Telephone dan fax, Alat pendukung seperti tempat sampah, tisu, dan persediaan air minum, meja dan kursi yang tersedia dan nyaman dan kalender serta jam kerja layanan konseling dan testing terintegrasi dalam jam kerja institusi.

2. Sarana kedua

Ruang konseling yang nyaman untuk 2 atau 3 orang dengan fasilitas pendukung, AC atau Kipas Angin dan penerangan yang cukup, tempat duduk bagi klien maupun konselor, buku catatan perjanjian klien dan catatan harian, formulir *informed consent*, catatan medis klien, formulir pra dan pasca testing, buku rujukan, formulir rujukan, kalender, alat tulis, kondom dan alat

peraga penis, jika mungkin alat peraga alat reproduksi perempuan, alat peragaan lainnya misalnya gambar berbagai penyakit oportunistik, dan alat peraga menyuntik yang aman. air minum, kartu rujukan serta lemari arsip atau lemari dokumen yang dapat dikunci.

3. Sarana ketiga

Ruang pengambilan darah dan peralatan yang diperlukan, seperti; jarum dan semprit steril, tabung dan botol tempat penyimpanan darah, stiker kode, kapas, alcohol, cairan desinfektan, sarung tangan, jas lab, sabun dan tempat cuci tangan dengan air mengalir, tempat sampah barang terinfeksi, tempat sampah barang tidak terinfeksi, dan tempat sampah barang tajam (sesuai petunjuk Kewaspadaan Universal Departemen Kesehatan), serta petunjuk pajanan okupasional dan alur permintaan pertolongan pasca pajanan okupasional.

4. Sarana ke empat

Sarana dan prsarana yang harus ada di ruang administrasi klinik VCT, antara lain: Meja registrasi, Kursi, Almari File yang dapat dikunci, Lampu/Penerangan cukup, Buku Registrasi, Formulir Konseling, Tempat sampah, dan Alat tulis.

5. Sarana ke lima

Sarana dan prasaran yang harus tersedia di ruang laboratorium VCT, antar lain: Sarung tangan, Jas lab, Mikropipet 5–50 ul, Refrigerator, Tabung vacuntainer SST., Jarum vacuntainer, Holder vacuntainer, Wadah limbah biohazard, Wadah limbah tahan tusukan (Biohazard sharp bin), Rak tabung, Alkohol swab, Hipoklorit 0.5%, SD HIV 1/2 BIOLINE 3.0, DETERMINE

HIV 1/2 O, TRIDOT HIV atau ONCOPROBE HIV, Meja lab yang dilapisi plastic, dan Tempat sampah.

2.1.3.10 Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelaksanaan VCT

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator-indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. Standar Operasional Prosedur (SOP) berfungsi: 1) membentuk sistem kerja dan aliran kerja yang teratur, sistematis, dan dapat dipertanggung jawabkan; 2) menggambarkan bagaimana tujuan pekerjaan dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku, 3) menjelaskan bagaimana proses pelaksanaan kegiatan berlangsung, 4) sebagai sarana tata urutan dari pelaksanaan dan pengadministrasian pekerjaan harian sebagaimana metode yang ditetapkan dan menetapkan hubungan timbal balik antar satuan kerja.

Pelaksanaan VCT di Indonesia berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan No 74 tahun 2014 tentang Pedoman Pelayanan VCT dan Standar Operasional Prosedur (SOP) Klinik VCT dari Kementerian Kesehatan RI tahun 2007. Dimana, kedua pedoman tersebut wajib menjadi acuan bagi tenaga kesehatan, pengelola program, kelompok profesi yang menjadi konselor HIV, pengelola/pengurus tempat kerja, dan pemangku kepentingan terkait lainnya dalam penyelenggaraan Konseling dan Tes HIV atau Voluntary Counseling and Testing (VCT).

2.1.3.11 Sosialisasi layanan VCT

Sosialisasi layanan VCT dilaksanakan berdasarkan sasaran, tempat, waktu, dan metode yang digunakan dengan tujuan merubah perilaku masyarakat sehingga tergerak untuk memanfaatkan VCT. Sosialisasi VCT harus dapat dilakukan dengan cara edukatif melalui berbagai media dengan melakukan pemasaran sosial dan membuat publik sadar akan keberadaan VCT (Kemenkes, 2005).

2.1.4 Pelayanan Puskesmas

2.1.4.1 Pengertian Puskesmas

Salah satu bentuk reformasi bidang kesehatan adalah dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang kebijakan dasar pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 mendefinisikan Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah 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.

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kesehatan. Puskesmas adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Adapun yang dimaksudkan dengan Puskesmas ialah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang

kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu (Azwar, 2010).

2.1.4.2 Fungsi Puskesmas

Puskesmas memiliki tiga fungsi pokok, yaitu :

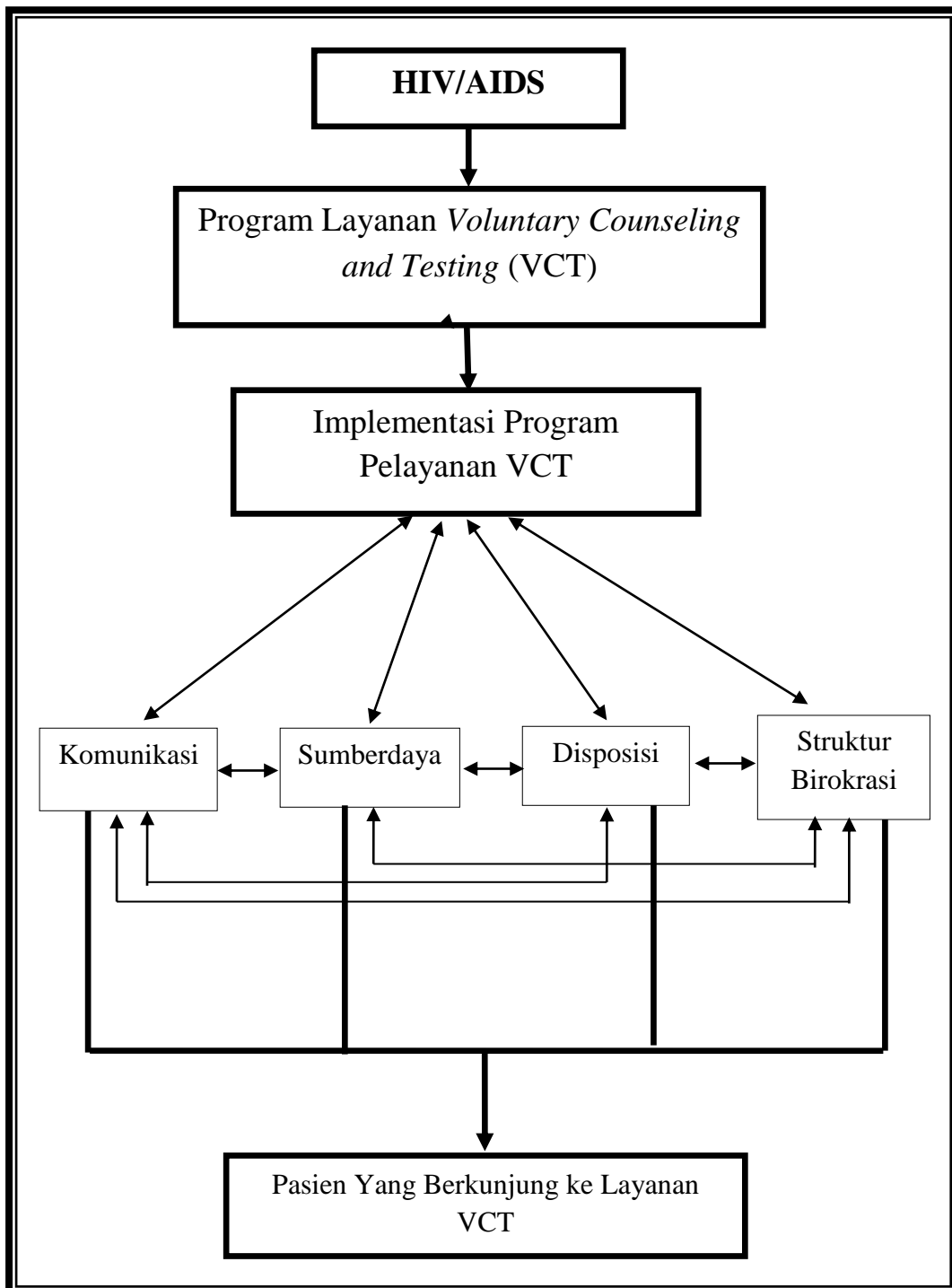
1. Sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Sebagai pusat pemberdayaan masyarakat.
3. Sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama (primer) secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (*continue*), mencakup pelayanan kesehatan perorangan (*private goods*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public goods*). (Temesvari, 2015)

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas menyebutkan dalam menyelenggarakan fungsi Puskesmas, Puskesmas berwenang untuk:

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- b. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- c. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- d. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;

- e. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- f. Melaksanakan rekam medis;
- g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
- h. Melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan;
- i. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- j. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

2.2 KERANGKA TEORI

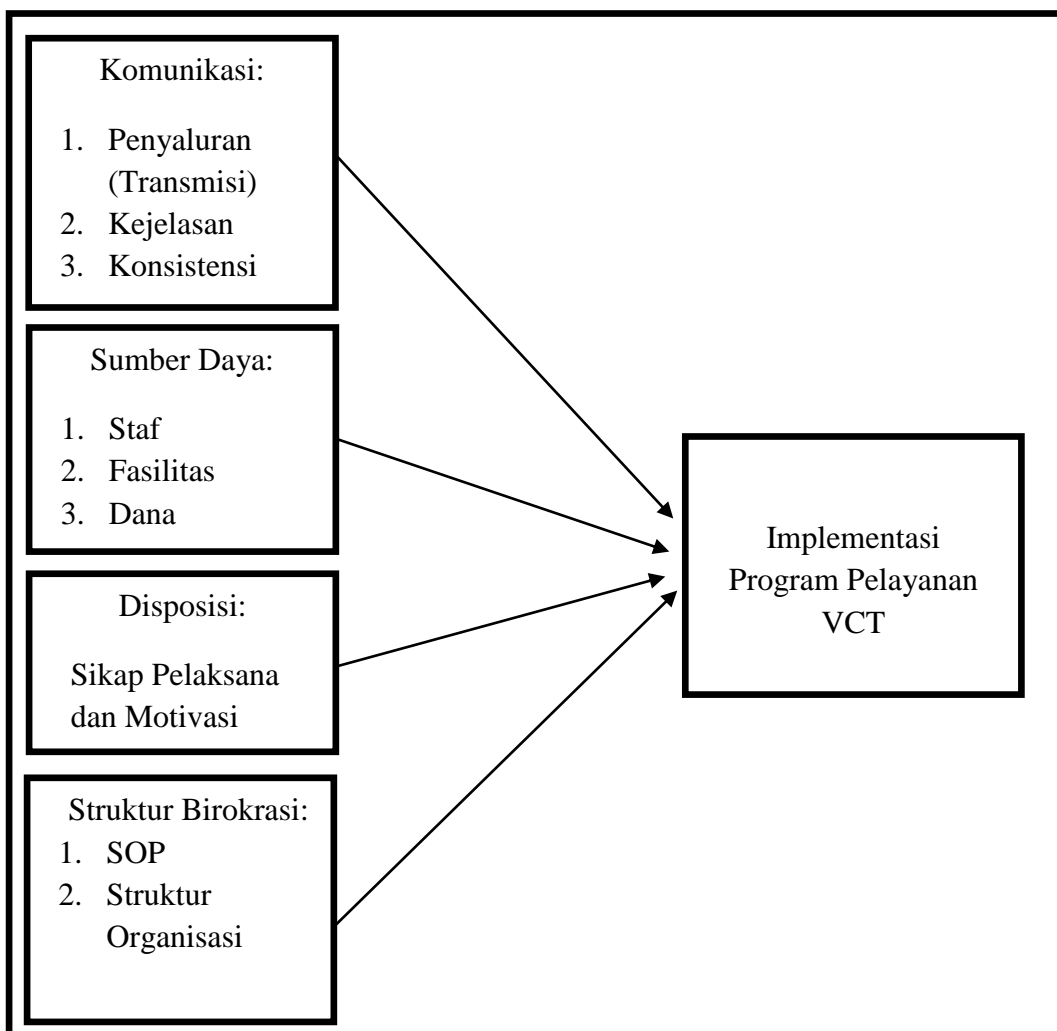


Gambar 2.2 Kerangka Teori

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 ALUR PIKIR

Berdasarkan kerangka teori yang telah dikemukakan di atas maka dapat disusun skema alur berpikir dalam penelitian, sebagai berikut:



Gambar 3.1 Alur Pikir

3.2 FOKUS PENELITIAN

Dalam penelitian kualitatif permasalahan yang akan dikaji dinamakan fokus penelitian. Penelitian yang akan dilakukan berfokus pada analisis implementasi program pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen yaitu terdiri atas komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi.

3.3 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Metode penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Metode penelitian kualitatif yaitu suatu metode penelitian kualitatif yaitu suatu metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah (*natural setting*) atau sering disebut juga dengan metode penelitian naturalistik, dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci. Teknik pengumpulan datanya dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi (Moloeng, 2011).

Sementara itu, dilihat dari teknik penyajian datanya, penelitian menggunakan pola deskriptif. Pola deskriptif adalah metode penelitian yang berusaha menggambarkan dan menginterpretasi objek sesuai dengan apa adanya. Berdasarkan definisi diatas, dapat dipahami bahwa penelitian kualitatif dengan metode deskriptif yang dilakukan, bermaksud menggambarkan secara sistematis fakta dan karakteristik objek atau subjek yang diteliti secara tepat.

3.4 SUMBER INFORMASI

3.4.1 Data Primer

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2013). Data dalam penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara secara mendalam kepada petugas Puskesmas Gombang II yang terlibat dalam pelaksanaan program pelayanan VCT.

Penentuan narasumber dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu ini, misalnya orang tersebut yang dianggap paling tahu tentang apa yang kita harapkan, atau mungkin dia sebagai penguasa sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi objek/situasi sosial yang diteliti (Sugiyono,2013:218-219). Cara pemilihan narasumber penelitian ini tidak didasarkan pada jumlah tetapi berdasarkan asas kesesuaian dan asas kecukupan. Dalam penelitian ini yang menjadi narasumber utama yaitu petugas yang memberikan pelayanan VCT di ruangan khusus VCT yang terdiri atas kepala klinik VCT sebagai penanggungjawab, konselor, petugas laboratorium dan petugas administrasi, sedangkan satu orang pemegang program HIV/AIDS Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen dan pasien yang pernah mengakses layanan VCT di puskesmas sebagai narasumber triangulasi.

3.4.2 Data Sekunder

Sumber data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2013:225).

Data sekunder dalam penelitian ini adalah:

1. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
2. Data HIV/AIDS Kabupaten Kebumen
3. Data HIV/AIDS Puskesmas Gombang II
4. Data kunjungan peserta pelayanan VCT Puskesmas Gombang II

3.5 INSTRUMEN PENELITIAN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA

3.5.1 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrumen utama dalam penelitian adalah peneliti. Peneliti penelitian kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih narasumber sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data, dan membuat kesimpulan atas temuannya (Sugiyono, 2013). Peneliti melaksanakan metode ini dengan menggunakan alat bantu. Dalam penelitian ini menggunakan 2 alat bantu, yaitu:

- a. Perekam suara (*recorder*), digunakan sebagai alat bantu agar peneliti berkonsentrasi pada pengambilan data dan tanpa harus berhenti untuk mencatat jawaban-jawaban dari subjek penelitian.
- b. Pedoman wawancara, digunakan agar wawancara yang dilakukan tidak menyimpang dari tujuan penelitian. Pedoman ini disusun berdasarkan tujuan penelitian dan teori yang digunakan.

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu:

3.5.2.1 Wawancara Mendalam

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu yang dilakukan oleh dua pihak yaitu antara pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu (Moleong, 2011). Dalam penelitian ini wawancara mendalam akan dilakukan kepada narasumber utama penelitian, yaitu tenaga kesehatan pelaksana program pelayanan VCT.

3.5.2.2 Studi Dokumentasi

Metode lain yang digunakan dalam pengambilan data adalah metode studi dokumentasi. Studi dokumentasi merupakan suatu metode pengumpulan data dengan menyelidiki dokumen-dokumen tertulis seperti buku-buku literatur, dokumentasi, peraturan perundang-undangan yang terikat, profil puskesmas, dan dokumen-dokumen yang berhubungan dengan program pelayanan VCT di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen. Studi dokumentasi merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif (Sugiyono, 2013).

3.5.2.3 Studi Pustaka

Studi pustaka merupakan teknik pengumpulan data dengan mempelajari buku-buku referensi, laporan-laporan, jurnal-jurnal dan media lainnya yang berkaitan dengan masalah penelitian. Khususnya yang berkaitan dengan pelaksanaan layanan VCT di Puskesmas Gombang II guna memperkuat data dalam penelitian.

3.5.2.4 Observasi

Observasi merupakan suatu prosedur yang berencana, meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Sugiyono, 2012). Observasi dalam penelitian ini dilakukan dengan melihat ketersediaan, kecukupan, dan kelayakan sarana dan prasarana VCT serta ketersediaan SOP VCT.

3.6 PROSEDUR PENELITIAN

Tahap-tahap penelitian ini terdiri dari :

3.6.1 Tahap Pra Penelitian

Tahap pra penelitian adalah kegiatan yang dilakukan sebelum penelitian.

Adapun kegiatan yang dilakukan adalah :

1. Melakukan studi pustaka dengan mencari data awal melalui dokumen dokumen yang relevan, sehingga didapatkan rumusan masalah yang ingin diteliti.
2. Menyusun rancangan awal penelitian
3. Menentukan lokasi penelitian
4. Melakukan perizinan penelitian
5. Melakukan studi pendahuluan
6. Pemantapan desain penelitian, fokus penelitian dan pemilihan narasumber serta mempersiapkan instrumen penelitian.

3.6.2 Tahap Penelitian

Kegiatan yang dilakukan pada tahapan ini antara lain:

1. Memilih narasumber sesuai dengan kriteria yang dibutuhkan.
2. Mempersiapkan alat penelitian yang dibutuhkan dalam pelaksanaan wawancara.
3. Pelaksanaan wawancara dengan narasumber yang telah dipilih dan disepakati (pelaksanaan wawancara dilakukan sesuai dengan janji yang telah dibuat antara peneliti dengan narasumber)
4. Pencatatan, analisis singkat, dan pengambilan foto pada setiap langkah yang dilakukan.

3.6.3 Tahap Pasca Penelitian

Tahap pasca penelitian merupakan tahap setelah penelitian selesai dilaksanakan yang meliputi:

1. Pencatatan seluruh data yang didapatkan setelah penelitian
2. Pengolahan data dan analisis data

3.7 PEMERIKSAAN KEABSAHAN DATA

Dalam menetapkan keabsahan data pada penelitian ini digunakan teknik pengumpulan data dengan triangulasi. Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada (Sugiyono, 2013). Menurut Susan Stainback (1998) dalam Sugiyono (2013) tujuan dari triangulasi bukan untuk mencari kebenaran tentang beberapa fenomena, tetapi lebih pada peningkatan pemahaman peneliti terhadap apa yang telah ditemukan. Menurut

Patton (1987:330) dalam Moleong (2011) triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif. Dalam penelitian ini triangulasi yang digunakan adalah triangulasi sumber, yang terdiri dari pemegang program HIV/AIDS Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen dan pasien yang pernah mengakses layanan VCT di puskesmas.

3.8 TEKNIK ANALISIS DATA

Pengolahan data adalah suatu proses untuk mendapatkan data dari setiap variabel penelitian yang siap dianalisis. Dalam penelitian ini pengolahan data menggunakan metode analisis data (*content analysis*) yang selanjutnya disajikan dalam bentuk deskriptif. Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi (Sugiyono, 2013). Analisis data terdiri dari 3 langkah yaitu:

3.8.1 Reduksi data

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu, dan mengorganisasi data dengan cara sedemikian rupa hingga kesimpulan-kesimpulan akhirnya dapat ditarik dan diverifikasi. Data kualitatif dapat direduksi dalam aneka macam cara: melalui seleksi yang ketat, melalui ringkasan atau uraian singkat, menggolongkannya dalam satu pola yang lebih.

3.8.2 Penyajian data

Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart*, dan sejenisnya (Sugiyono, 2013). Penyajian data kualitatif yang paling sering digunakan adalah dalam bentuk teks naratif. Semuanya dirancang guna menggabungkan informasi yang tersusun dalam suatu bentuk yang padu dan mudah diraih, dengan demikian penganalisis dapat melihat apa yang terjadi, dan menentukan apakah menarik kesimpulan yang benar ataukah terus melangkah melakukan analisis.

3.8.3 Penarikan kesimpulan/ verifikasi

Penarikan kesimpulan dengan membandingkan pertanyaan penelitian dengan hasil penelitian. Kesimpulan awal yang dikemukakan pada masih bersifat sementara, dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Kesimpulan tersebut bisa dikatakan kredibel jika didukung dengan bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan mengumpulkan data (Sugiyono, 2013:252).

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian mengenai implementasi program pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen, dapat ditarik simpulan bahwa implementasi belum berjalan optimal dimana:

1. Komunikasi dalam implementasi VCT belum berjalan dengan baik karena penyaluran program belum mencapai sasaran. Akan tetapi pasien yang melakukan pemeriksaan sudah jelas dan paham terkait dengan program VCT.
2. Sumber daya dalam implementasi VCT yang berupa sumber daya manusia sudah tersedia cukup, akan tetapi sarana dan prasarana penunjang program VCT belum memenuhi karena belum sesuai dengan pedoman yang ada. Sedangkan untuk dana, belum ada alokasi dana khusus untuk kegiatan VCT.
3. Disposisi dalam implementasi VCT sudah baik, semua petugas telah memiliki sikap yang positif dan mendukung program serta berkomitmen dalam melaksanakan pelayanan VCT.
4. Struktur birokrasi dalam pelaksanaan program sudah berjalan dengan baik, dimana sudah adanya SOP untuk pelaksanaan pelayanan VCT. Monitoring dan evaluasi sudah dilaksanakan setiap bulan.

6.2 SARAN

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen
 - a. Pihak Dinkes seharusnya mengecek terlebih dahulu kesiapan puskesmas dalam pelaksanaan program VCT baik dari segi komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi.
 - b. Pihak Dinkes selalu mengecek sarana prasarana penunjang VCT yang ada di puskesmas agar keberadaan klinik VCT diketahui secara umum dan menyeluruh.
2. Bagi Puskesmas dan Tim VCT Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen
 - a. Meningkatkan pelaksanaan sosialisasi terkait pelayanan VCT kepada masyarakat terutama populasi kunci secara langsung dan mendalam, serta lintas sektor untuk meningkatkan dukungan masyarakat dalam pelaksanaan pelayanan VCT.
 - b. Menganggarkan dana untuk memperbanyak media informasi dan edukasi seperti banner dan leaflet. Leaflet yang menarik agar masyarakat antusias untuk membacanya dan juga power point saat sosialisasi di masyarakat.
 - c. Membuat plang Klinik VCT di depan puskesmas agar masyarakat tahu bahwa di puskesmas ada klinik VCT.
 - d. Menyediakan tempat khusus untuk melakukan konseling, karena konseling dalam VCT bersifat rahasia dan harus dijamin kerahasiaannya.

3. Bagi Peneliti Lain

- a. Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian dalam jangka waktu yang lebih panjang agar dapat melihat lebih detail bagaimana variabel-variabel yang mempengaruhi implementasi pelayanan VCT.
- b. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menggali informasi yang lebih kepada informan dan bisa ditambah juga informan dari lintas sektor yang mendukung keberjalanannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, T. dan Louw,P.J. (2012). An Implementation Evaluation of a Voluntary Counselling and Testing Programme for The Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *SA Journal of Industrial Psychology*, 38(1):10-20
- Arikarni. 2017. Implementasi Peraturan Daerah Kota Samarinda Nomor 03 Tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS oleh Komisi Penanggulangan AIDS Kota Samarinda (Studi tentang Penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Samarinda). *eJournal Administrasi Negara*, 5(2): 5974-5986
- Armanita, R. Y. 2008. *Gambaran Manajemen Program Konseling dan Tes Sukarela HIV/AIDS Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta Tahun 2008*. Skripsi. Universitas Indonesia
- Balqis, Satriani dan Nurhayani. 2013. Studi Mutu Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Jongaya Makassar. *Jurnal MKMI*, 9(4): 243-249
- Dayaningsih, Diana. (2009). Studi Fenomenologi Pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di RSUP dr. Kariadi Semarang. *Artikel Penelitian*. Universitas Diponegoro.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2017). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen. (2016). *Profil Kesehatan Kabupaten Kebumen Tahun 2016*. Kebumen: Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
- Dwijayanti, P. (2013). *Analisis Implementasi Pogram Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) Oleh Bidan Desa di Kabupaten Demak*. Skripsi. Universitas Diponegoro.
- Forough, A. dan Changiz,V. 2015. A Comparative Study Between the Performance of ISO 9001 Certified and Non-Certified Hospitals and Health Care Centers: The case of Tehran province. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 4(3): 596-610
- Guindo, O. M., Liu, A., & Haba, K. (2014). Knowledge, Attitudes and Practices of Youth towards HIV/AIDS in Mali, West Africa. *International Journal of Advanced Physiology and Allied Sciences*, 2(1), 12–23.

- Haya, Desy Arisandy. (2015). Pelaksanaan Program *Voluntary Counseling and Test Mobile* Dalam Rangka Penanggulangan HIV/AIDS Oleh Komisi Penanggulangan AIDS Kota Botang. *eJournal Administrasi Publik*, 3(4): 1265-1279.
- Imaroh, R. K., Ayun, S. dan Antono, S. 2018. Analisis Implementasi Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* di Puskesmas Kota Salatiga. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(1):71-80
- Indiahono, D. (2017). *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analysis*. Yogyakarta: Gava Media.
- Indrawati, Fitri. 2013. *Hubungan Stigma HIV/AIDS dengan Pemanfaatan Klinik VCT pada Wanita Pekerja Seksual di Bandungan Kabupaten Semarang*. Tesis. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Katili, S. C. A. S., Amiruddin, R. dan Ansariadi. 2014. Studi Pelaksanaan Pelayanan *Voluntary Counselling and Testing (VCT)* HIV dan AIDS di Puskesmas Kota Makassar. *Jurnal MKMI*, 1(1): 1-12
- Kementerian Kesehatan RI. (2005). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1507/MENKES/SK/X/2005 Tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS secara Sukarela (Voluntary Counselling and Testing)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia
- _____. (2011). *Pedoman Layanan Konseling dan Tes HIV*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- _____. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- _____. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing Secara Sukarela (Voluntary Counselling And Testing)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- _____. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- _____. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- _____. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.

- Kent, S. J., dkk. (2010). AIDS Vaccine for Asia Network (AVAN): Expanding the Regional Role in Developing HIV Vaccines. *PloS Medicine*, 7(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000331>
- Ledikwe, J. H., Kejelepula, M., Maupo, K., Sebetso, S., Thekiso, M., Smith, M., Mbayi, B., Houghton, N., Thankane, K., O'Malley, G. dan Semo, B. 2013. Evaluation of a Well-Established Task-Shifting Initiative: The Lay Counselor Cadre in Botswana. *Plos One*, 8(4): 1-10
- Leslie, H., Zeye.,Sun.dan Margaret, K. 2017. Association between infrastructure and observed quality of care in 4 healthcare services: A cross-sectional study of 4,300 facilities in 8 countries. *Plos Medicine*, 4(12):1-16
- Maani, Yusnita., Balqis dan Nurhayani. (2013). Gambaran Implementasi Program Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Puskesmas Jongaya Makassar Tahun 2013. *Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia (MKMI)*: 1-11
- Moleong, Lexy J. (2011). *Metode Penelitian Kualitaif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Mujiati, Sugiharti dan Bryan Mario Isakh. (2013). Gambaran Pelaksanaan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) dan Sarana Prasarana Klinik VCT di Kota Bandung Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 4(3): 153-160.
- Nurani, D. 2009. *Analisis implementasi program Bantuan Operasional Sekolah (BOS) pada Sekolah Dasar Negeri di Kota Jakarta Selatan*. Disertasi. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Pawestri, T. A. (2010). *Analisis Implementasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)*. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- PKBI Pusat. (2015). *Konseling dan Tes HIV Sukarela*. Melalui (<http://www.pkbi.or.id/berita/berita.asp?id=3385>).
- Prastiya, I. M. A. 2016. Kesiapan Puskesmas 1 Negara dalam Menanggulangi Peningkatan Kejadian Kasus HIV/AIDS di Kabupaten Jembrana Bali 2014. *E-Jurnal Medika*, 5(4): 1-10
- Puskesmas Gombang II. (2018). *Data Kunjungan Pelayanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) Tahun 2016-2017*. Gombang: Puskesmas Gombang II

- Puskesmas Gombang II. (2018). *Buku Profil Puskesmas Gombang II Kabupaten Kebumen*. Gombang: Puskesmas Gombang II
- Purwaningsih. 2011. Analisis Faktor Pemanfaatan VCT pada Orang Risiko Tinggi HIV/AIDS. *Jurnal Ners*. 6(1):58-67
- Riani, E ., Zahroh, S. dan Laksmono, W. 2014. Petugas Lapangan Sebagai Ujung Tombak Jumlah Pengunjung Klinik VCT. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 9(2):152-161
- Risqi, Nisrina Dwi. (2018). *Evaluasi Program Pelayanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) di Puskesmas Duren Kecamatan Bandungan Kabupaten Semarang*. Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang
- Rosdiana, A. I., Raharjo, B. B. dan Indarjo, S. 2017. Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis). *Higeia Journal of Public Health Research Development*, 1(3): 140-150
- Santoso, H.A. dan Wahyono, B. 2018. Manajemen Program Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*. *Higeia*, (2): 205-215
- Saputra, M., Marlinae, L., Rahman, F. dan Rosadi D. 2015. Program Jaminan Kesehatan Nasional dari Aspek Sumber Daya Manusia Pelaksana Pelayanan Kesehatan. *KEMAS*, 11 (1): 32-42
- Subarsono, A. G. (2016). *Analisis Kebijakan Publik (Konsep, Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- _____. (2015). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Suryani, AP. (2014). *Analisis Implementasi Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah di Kota Semarang*. Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro
- Usnawati, U., dan Zaenafree, I. (2013). Studi Kualitatif Motivasi Wanita Pekerja Seks (WPS) di Sepanjang Ruas Jalan Stasiun Poncol untuk Mengikuti Program *Voluntary Counselling and Testing (VCT)*. *Unnes Journal of Public Health*, 2(4): 1-12.
- Wahab, Solichin Abdul. (2015). *Analisis Kebijakan*. Jakarta: Bumi Aksara.

- Widiyasari, Eny., Shaluhiah, Z. dan Margawati. A. 2014. Implementasi Integrasi Program Prevention of Mother to Child HIV Transmission (PMTCT) dengan Layanan Antenatal di Puskesmas Wilayah Kota Surabaya. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 02(01): 10-18
- Winarno, B. (2012). *Kebijakan Publik (Teori, Proses, dan Studi Kasus)*. Yogyakarta: CAPS.
- Woods, W. J., Kathleen., Margery. dan Diane. 2009. Building Stakeholder Partnerships for an On-Site HIV Testing Programme. *Cult Health Sex*, 10(3): 249–262
- Zeth, Arwam Hermanus Markus. dkk., (2010). Perilaku dan Risiko Penyakit HIV-AIDS di Masyarakat Papua Studi Pengembangan Model lokal kebijakan HIV-AIDS. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, vol. 13, hal. 206-219.