

## **Partisipasi Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Ibu Rumah Tangga pada Program *Prevention Of Mother To Child Transmission* (PMTCT) di Kota Semarang**

**Wenny Wahyuni<sup>\*)</sup>, Bagoes Widjanarko<sup>\*\*)</sup>, Zahroh Shaluhiah<sup>\*\*)</sup>**

<sup>\*)</sup> Akkes Sapta Bakti Bengkulu

Korespondensi: wenny\_cilacap@yahoo.com

<sup>\*\*)</sup> Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro

### **ABSTRAK**

Tujuan penelitian adalah mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan Partisipasi ODHA Ibu Rumah Tangga pada Program PMTCT dan mengetahui secara mendalam Partisipasi ODHA Ibu Rumah Tangga pada Program PMTCT di Kota Semarang. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif. Responden penelitian adalah ODHA IRT dan subyek penelitian adalah ODHA IRT dengan persalinan pervaginam, dokter penanggungjawab PMTCT, dan MK. Subyek penelitian diambil secara purposive. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner dan wawancara mendalam. Hasil penelitian menunjukkan kurangnya Partisipasi ODHA Ibu Rumah Tangga pada Program PMTCT. Provider PMTCT sebagai pemegang kendali dalam pelaksanaan program memiliki keterbatasan pada tenaga terlatih di pelayanan kesehatan. Disarankan perlu partisipasi aktif dari stakeholders dalam kebijakan untuk menjadikan isu HIV/AIDS pada ODHA ibu rumah tangga sebagai kasus yang harus segera ditangani dan menjadi salah satu target pembangunan daerah sesuai dengan target MDG's. Serta komitmen antara semua pihak dalam mendukung dan melaksanakan peraturan tersebut .

**Kata Kunci** : *partisipasi, ODHA IRT, program PMTCT*

### **ABSTRACT**

*Participation Of Mother Hiv On Programme Prevention Of Mother To Child Hiv Transmission In Semarang City; The purpose of the research is to describe the programme Prevention of Mother to Child HIV Transmission. This study used quantitative and qualitative methods. Subjects were mother HIV and stakeholders in the PMTCT Programme. Subjects were taken by purposive. Data collection techniques were used questioners and in-depth interviews. The results showed mother HIV basically supported the programme, but this program was not the priority yet. Aids Prevention Commission as holder of the control in the implementation of the programme has limitations on both the trained personnel nor the Working Group of aids commission on health services. It is suggested the particition of stakeholders actively to create the issue of mother HIV as a case that must be addressed and be one of the target areas of development in accordance with the MDG's. In addition, the commitment of all elements in implementing the regulation remain important.*

**Keywords** : *participation, mother HIV, the programme of PMTCT*

## **PENDAHULUAN**

HIV/AIDS merupakan salah satu penyakit menular seksual yang kemunculannya seperti fenomena gunung es (*iceberg phenomena*) yaitu jumlah penderita yang dilaporkan jauh lebih kecil dari pada jumlah penderita yang sebenarnya. Hal ini berarti bahwa jumlah pengidap infeksi HIV/AIDS yang sebenarnya masih sangat tinggi dan menimbulkan banyak masalah kesehatan. (Nugroho, 2010)

Dalam publikasi rekomendasi WHO maupun UNAIDS tahun 2010 dikatakan bahwa terdapat 33,4 juta orang dengan HIV/AIDS di seluruh dunia. Sebanyak 15,7 juta (47%) diantaranya adalah perempuan dan 2,1 juta anak-anak berusia kurang dari 15 tahun. Secara global, HIV merupakan penyebab utama kematian perempuan usia reproduksi. Selama tahun 2008 terdapat 1,4 juta perempuan dengan HIV positif melahirkan dinegara berkembang dan terjadi 430.000 bayi terinfeksi HIV. (Kemenkes RI, 2011)

Ibu mempunyai peran yang sangat besar dalam rumah tangga. Ibu juga lebih mendominasi dalam hal penularan penyakit dari ibu ke anaknya. Saat ini, di Indonesia telah terjadi peningkatan jumlah ibu dengan risiko rendah terinfeksi HIV dari pasangan seksualnya, demikian pula telah lahir bayi-bayi HIV positif. Hal ini sesuai dengan laporan dari beberapa rumah sakit dan Lembaga Swadaya Masyarakat yang menunjukkan bahwa kasus penularan HIV dari ibu ke bayi jumlahnya semakin memprihatinkan. Hampir seluruh bayi HIV positif di Indonesia tertular dari ibunya. (Kemenkes RI, 2011)

Saat ini program yang telah diimplementasikan untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi adalah dengan program PMTCT. Pelayanan PMTCT semakin menjadi perhatian dikarenakan epidemik HIV/AIDS di Indonesia meningkat dengan cepat (jumlah kasus AIDS pada akhir triwulan II 2008 adalah 12,686 kasus). Infeksi HIV dapat berdampak kepada ibu dan bayi. Dampak infeksi HIV terhadap ibu antara lain: timbulnya stigma sosial,

diskriminasi, morbiditas dan mortalitas maternal. Besarnya stigma sosial menyebabkan orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) semakin menutup diri tentang keberadaannya, yang pada akhirnya akan mempersulit proses pencegahan dan pengendalian infeksi. (Gondo, 2008)

Menurut laporan Perkembangan HIV/AIDS Triwulan II Tahun 2012, jumlah kasus HIV di Indonesia dari Januari-Juni tahun 2012 berjumlah 9.883 kasus dengan persentase kasus HIV tertinggi pada kelompok umur 25-49 tahun sebanyak 73,9% yang didominasi oleh jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 57%. Sedangkan untuk kasus AIDS dari Januari-Juni tahun 2012 berjumlah 2.224 kasus juga didominasi oleh jenis kelamin laki-laki sebanyak 61,8%. Faktor risiko HIV dan AIDS tertinggi masih didominasi oleh heteroseksual dan pengguna narkoba. Dimana kedua faktor risiko ini rentan menjadi kelompok jembatan bagi penularan HIV ke populasi nonrisiko tinggi yaitu pasangan tetapnya. Kerentanan pada perempuan yang disebabkan multifaktor di atas disebabkan oleh keengganan laki-laki menggunakan alat pencegahan yang efektif seperti kondom. (KPAN, 2008)

Data kasus AIDS berdasarkan jenis pekerjaan dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2010 di Kota Semarang yaitu tahun 2008 dan 2009 orang yang terdampak AIDS adalah berjenis pekerjaan karyawan laki-laki dan berusia produktif mayoritas. Sedangkan data pada tahun 2010 menunjukkan bahwa kasus AIDS tertinggi pada ibu rumah tangga (20%), disusul wiraswasta (18%), karyawan (16%), buruh (15%), Pegawai Negeri Sipil dan pelaut (3%). (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2010)

Kota Semarang dengan luas wilayah 373,7 km<sup>2</sup> yang terdiri atas 16 kecamatan dan 177 kelurahan dengan jumlah penduduk 1.555.984 jiwa ini pada tahun 2011 memiliki sarana hiburan seperti karaoke berjumlah 4 sarana, klub malam ada 6 sarana, hotel melati ada 59 sarana, hotel berbintang 26 sarana, panti pijat 14 sarana, dan

salon 246 sarana. Sebaran WPS langsung kota Semarang tahun 2012 yaitu di resos Argorejo sebanyak 684 orang dan resos Rowosari atas kecamatan Tugu sebanyak 215 orang, sedangkan sebaran WPS tidak langsung yaitu di Semarang Barat 194 orang, Semarang Utara 247 orang, Semarang Timur 97 orang, Gajah Mungkur 105 orang, Semarang Selatan 95 orang dan Semarang Tengah 148 orang. (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2011)

Berdasarkan data dari laporan klinik VCT yang ada di KPAK Semarang ditemukan sebanyak 120 kasus HIV baru hingga Maret 2013 dengan rincian 18% pada ibu rumah tangga, 17% pada karyawan, 16% pada wiraswasta, 10% pada buruh, 4% pada pelajar/mahasiswa, 3% pada supir, 1% tukang parkir, 2% PNS, 1% WPS, 2% profesional non medis, 2% pengusaha, 1% pelaut, 12% lain-lain, serta 11% nya belum diketahui. Angka kasus HIV ini meningkat tiap tahunnya, di mana pada tahun 2010 berjumlah 287 kasus, tahun 2011 ada 427 kasus, dan di tahun 2012 ada 520 kasus HIV di kota Semarang. Angka kasus AIDS juga mengalami peningkatan setiap tahunnya, di mana pada tahun 2008 ada 15 kasus, tahun 2009 ada 19 kasus, tahun 2010 ada 61 kasus, tahun 2011 ada 59 kasus, dan tahun 2012 ada 104 kasus. (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2011)

Berdasarkan data dari KPAK Semarang jumlah kumulatif kasus HIV dari tahun 1995-Maret 2013 terus mengalami peningkatan, begitu pula dengan kumulatif kasus AIDS dari tahun 1998-Maret 2013 juga meningkat. Dari angka kumulatif ini, angka ODHA ibu rumah tangga di kota Semarang juga mengalami peningkatan setiap tahunnya yaitu dari tahun 2009 sebanyak 5 orang, tahun 2010 ada 35 orang, tahun 2011 ada 39 orang dan di tahun 2012 ada 67 orang. Data ODHA ibu rumah tangga dari januari-maret tahun 2013 ada 45 orang. Sedangkan data kumulatif kasus AIDS pada anak usia kurang dari 10 tahun juga mengalami peningkatan setiap tahunnya yaitu dari tahun 2007

sampai dengan desember 2011 berjumlah 3 orang, di tahun 2012 meningkat menjadi 5 orang dan tahun 2013 menjadi 7 orang anak. (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2011)

Dalam Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2010-2014 dari Menkokesra dan Rencana Aksi Kegiatan Pengendalian AIDS dari Kemenkes, menegaskan pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi atau dikenal dengan *Prevention of Mother To Child Transmission (PMTCT)* merupakan bagian dari rangkaian upaya pengendalian HIV/AIDS. (Kemenkes RI, 2011)

Klinik PMTCT di kota Semarang terdapat di RSUP Kariadi. Menurut data yang diperoleh dari KPAK Semarang bahwa klinik ini telah melakukan pelayanan sejak tahun 2009, di mana jumlah ibu hamil positif HIV yang mendapatkan program pelayanan PMTCT pada tahun 2009 sebanyak 22 orang, tahun 2010 ada 8 orang, tahun 2011 ada 13 orang dan tahun 2012 sebanyak 27 orang. (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2011)

Tingginya kasus HIV/AIDS pada ibu rumah tangga ini, karenasecara biologis perempuan mempunyai risiko lebih besar terkena HIV darilaki-laki (suami) yang sering jajan di luar tanpa pengaman kondom. Hal ini sejalan dengan informasi dari KPAK Semarang bahwa rata-rata ODHA ibu rumah tangga tertular dari suaminya. Menurut data dari KPAK Semarang bahwa angka anak yang tertular HIV/AIDS dari ibunya mengalami peningkatan setiap tahunnya. Yaitu dari tahun 2007 sampai dengan Desember 2011 berjumlah 3 orang, di tahun 2012 meningkat menjadi 5 orang dan tahun 2013 menjadi 7 orang anak. (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2011)

Adanya peningkatan angka HIV/AIDS pada anak di atas memberikan gambaran perilaku ibu rumah tangga yang tidak berpartisipasi dalam program PMTCT. Melihat fenomena yang terjadi dan dari hasil pengamatan sementara, peneliti terinspirasi untuk melakukan penelitian tentang Partisipasi ODHA Ibu Rumah Tangga pada Program PMTCT di Kota Semarang.

## **METODE PENELITIAN**

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Responden penelitian adalah ODHA ibu rumah tangga dan subyek penelitian terdiri dari ODHA ibu rumah tangga dengan persalinan pervaginam, provider PMTCT, dan manager kasus. Teknik pengumpulan data dengan kuesioner dan wawancara mendalam. Pengisian kuesioner ditujukan pada ODHA ibu rumah tangga dan wawancara mendalam dilakukan pada ODHA ibu rumah tangga dengan persalinan pervaginam, provider PMTCT, dan manager kasus. Analisa data penelitian ini dengan menggunakan analisa kuantitatif dan kualitatif bersifat terbuka dan menggunakan proses induktif. Pengolahan data dilakukan dengan cara analisis isi (*content analysis*).

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Partisipasi ODHA Ibu Rumah Tangga pada Program PMTCT**

Hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar responden memiliki partisipasi kurang sebesar 72,3%, sedangkan yang memiliki partisipasi baik sebesar 27,7% responden. Hasil wawancara mendalam bahwa penularan HIV bersumber dari suami pertama. Ketiga subyek telah dua kali menikah. Subyek dalam penelitian ini merupakan seorang istri (ibu) yang hanya mengurus berbagai pekerjaan dalam rumah tangga. Menurut KPAN kerentanan perempuan ini disebabkan faktor biologis, di mana perempuan memiliki selaput mukosa yang lebih luas sehingga mudah mengalami luka/iritasi. Dalam hubungan seksual, perempuan sebagai pihak yang menampung sperma, memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk terinfeksi HIV. Kerentanan ini semakin tinggi pada perempuan muda dan perempuan *post-menopause* karena mukosa vagina yang lebih tipis dan cairan seksual yang sedikit.

Ketiga responden dalam penelitian ini telah mengikuti program PMTCT di klinik PMTCT

RSUP Kariadi kota Semarang. Menurut kedua responden awal mula ibu mengetahui diagnosa HIV setelah suami meninggal, kemudian ibu merasakan gejala-gejala yang hampir sama yaitu batuk-batuk. Satu responden disertai demam, penurunan berat badan, sedangkan satu responden lain disertai dengan infeksi oportunistik seperti sariawan dan infeksi alat kelamin yaitu herpes kelamin. Satu responden mengatakan bahwa awal mula ibu mengetahui diagnosa HIV setelah anak pertama, ke dua, dan ke tiga meninggal dunia. Anak ke tiga mengalami sakit pada paru-paru, dari gejala fisik yang dialami sehingga dokter melakukan tes HIV dan hasilnya positif, kemudian ibu juga diperiksa dengan hasil yang sama. Saat itulah ibu mengetahui status ODHanya.

Pada penelitian ini, proses pengambilan keputusan persalinan pervaginam pada ODHA ibu rumah tangga terdiri dari pemahaman masalah, pencarian alternatif pemecahan masalah, evaluasi alternatif, pengambilan keputusan dan melaksanakan hasil keputusan.

Dukungan yang diterima pada dua responden berasal dari keluarga, terutama keluarga terdekat atau bahkan hanya suami dan orang tua saja seperti pada salah satu responden. Mertua telah memberikan respon negatif walaupun belum mengetahui status ibu. Sedangkan masyarakat tidak memberikan respon buruk karena keduanya tidak open status kepada masyarakat. Sedangkan satu responden lain mendapat dukungan dari suami saja, keluarga belum mengetahui status ODHanya sehingga tidak memberikan respon apa-apa, bagi responden tidak ada masalah.

Green menjelaskan secara umum bahwa kualitas hidup dipengaruhi oleh kesehatan, sedangkan kesehatan dipengaruhi oleh perilaku dan gaya hidup serta lingkungan. Perilaku dan gaya hidup dipengaruhi oleh ketiga faktor yaitu: faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor penguat (*reinforcing factors*), dan faktor pemungkin (*enabling factors*). Faktor

predisposisi adalah faktor-faktor yang mendahului perilaku, dimana faktor tersebut memberikan alasan atau motivasi untuk terjadinya suatu perilaku.

### **Pengaruh Variabel Pengungkapan Status Dan Peran Suami Serta Keluarga Dalam Program PMTCT Dengan Partisipasi ODHA Ibu Rumah Tangga Pada Program PMTCT.**

Berdasarkan uji statistik dari variabel bebas dengan menggunakan regresi logistik diperoleh variabel pengungkapan status dan peran suami serta keluarga terhadap partisipasi PMTCT juga memperlihatkan pengaruh terhadap variabel terikat partisipasi responden pada program PMTCT. Hasil ini sesuai dengan penelitian Andreas Goo yang berpendapat bahwa di daerah pedalaman Papua, keluarga dekat adalah tempat yang paling aman untuk menceritakan rahasia tentang status seseorang. Penelitiannya membuktikan bahwa anggota keluarga akan memberikan empati, memberikan tempat untuk tidur dan tinggal, berbagi pakaian, piring dan fasilitas mandi, dan bahkan berdoa bersama-sama. Keluarga dapat juga melindungi ODHA dari stigmatisasi. Ketika keluarga berempati dan menerima status ODHA, dukungan tersebut kelihatannya merupakan norma yang berlaku.

Demikian juga dengan variabel peran suami dan keluarga terhadap partisipasi PMTCT merupakan faktor penting dalam partisipasi ODHA ibu rumah tangga pada program PMTCT, hal ini sesuai dengan teori Green yang menyatakan bahwa peran suami dan keluarga merupakan salah satu faktor *reinforcing* untuk terbentuknya sebuah perilaku baru yaitu faktor penguat seseorang yang dapat mempengaruhi responden untuk ikut berpartisipasi pada program PMTCT.

### **Pengaruh Peran Manager Kasus Dalam Program PMTCT Dengan Partisipasi ODHA Ibu Rumah Tangga Pada Program PMTCT.**

Berdasarkan uji statistik dari variabel bebas dengan menggunakan regresi logistik diperoleh variabel peran manager kasus terhadap partisipasi PMTCT memperlihatkan pengaruh terhadap variabel terikat partisipasi responden pada program PMTCT. Hasil ini sesuai dengan teori Green yang menyatakan bahwa manager kasus juga merupakan salah satu faktor *reinforcing* untuk terbentuknya sebuah perilaku baru yaitu faktor penguat seseorang yang dapat mempengaruhi responden untuk ikut berpartisipasi pada program PMTCT.

### **Karakteristik Umur Responden**

Hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar responden berumur di atas 30 tahun yaitu 73,8% dan terkecil berumur kurang dari 30 tahun yaitu 26,2%. Hal ini berarti bahwa mayoritas responden termasuk dalam kategori kelompok umur dewasa. Masa dewasa ini terdapat beberapa ciri yang menyangkut psikis dan sosial serta kondisi emosional yang sudah mulai stabil seiring dengan kedewasaan yang dimiliki. Umur juga merupakan salah satu faktor yang dapat menggambarkan kematangan seseorang baik fisik, psikis maupun sosial, termasuk kematangan dalam berpikir untuk mengambil keputusan ikut berpartisipasi dalam program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak.

Responden yang berumur lebih tua dan berumur lebih muda mempunyai kesempatan yang sama dalam menerima informasi yang disampaikan. Dan adanya kecenderungan bahwa umur responden yang masih muda lebih mudah dalam menerima informasi tentang PMTCT dibandingkan dengan responden yang berumur lebih tua yang terkesan sulit menerima perubahan informasi yang baru. Responden yang berumur di atas 30 tahun lebih percaya dengan apa yang dikerjakannya selama ini adalah baik. Sedangkan responden yang berumur muda lebih mudah untuk dipengaruhi dari luar dalam menerima informasi yang diberikan. Jadi, hasil penelitian ini sesuai dengan teori Green yang mengatakan

bahwa karakteristik responden, termasuk umur merupakan salah satu faktor predisposisi untuk terjadinya perilaku responden dalam berpartisipasi pada program PMTCT.

### **Karakteristik Pendidikan Responden**

Latar belakang pendidikan responden terbanyak adalah berpendidikan SD-SMP yaitu 53,8% responden dan terkecil pendidikan S1 yaitu 4,6% responden. Pendidikan dalam karakteristik responden dalam penelitian ini adalah jenjang atau pendidikan formal yang telah dicapai. Green memasukkan pendidikan sebagai salah satu dalam faktor predisposisi yaitu faktor internal seseorang yang berpengaruh terjadinya perubahan perilaku. Sedangkan Notoatmodjo, tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar, orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berfikir sejauh mana keuntungan yang mungkin diperoleh dari gagasan tersebut. Dalam hal ini semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka kesempatan untuk memperoleh suatu informasi dan pengetahuan akan sesuatu hal semakin kecil, begitu juga sebaliknya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka kesempatan untuk memperoleh informasi dan pengetahuan akan sesuatu hal semakin besar. Di mana melalui jenjang atau tingkat pendidikan formal yang telah dicapai responden akan semakin banyak pula mendapatkan informasi tentang PMTCT, maka responden dapat berperilaku positif untuk ikut berpartisipasi dalam program PMTCT.

### **Pengetahuan Responden tentang PMTCT**

Hasil penelitian diperoleh bahwa sebanyak 38,5% responden mempunyai pengetahuan baik dan sebanyak 61,5% responden mempunyai pengetahuan kurang tentang PMTCT. Pengetahuan dalam penelitian ini adalah pemahaman responden tentang kemampuan untuk memberikan jawaban yang benar sesuai

pertanyaan tentang pengertian PMTCT dan cara-cara pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak melalui prong-prong yang tercakup di dalam program PMTCT tersebut.

Menurut Notoatmodjo, pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap sesuatu obyek tertentu, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan yang dicakup mempunyai enam tingkatan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi.

Responden berpengetahuan kurang lebih banyak dari yang berpengetahuan baik, hal ini kemungkinan disebabkan karena sebagian besar yaitu 53,8% responden berpendidikan SD dan SMP dan sebagian besar yaitu 73,8% responden berumur di atas 30 tahun. Umur dan pendidikan ini mempengaruhi tingkat pemahaman responden akan informasi yang diberikan serta umur responden diperkirakan juga mempengaruhi daya ingat terhadap informasi yang telah disampaikan sehingga kemungkinan terjadi *miss* dalam komunikasi lebih besar dibandingkan dengan responden yang berpendidikan di atas SMA dan yang berusia kurang dari 30 tahun. Hal ini seharusnya perlu mendapat perhatian dari provider PMTCT maupun pihak yang terkait dengan program PMTCT di RS Unit PMTCT untuk menambah frekuensi pertemuan kepada responden, supaya ODHA ibu rumah tangga ini memiliki pengetahuan yang baik dan sama mengenai PMTCT.

Pengetahuan pada umumnya merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan over behavior dan mempengaruhi tindakan sehari-hari. Demikian pula tingkat pengetahuan responden yang tinggi tentang PMTCT dapat membentuk perilaku yang baik tentang partisipasi terhadap program PMTCT pada ODHA ibu rumah tangga. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo mengemukakan bahwa pengetahuan merupakan komponen pendukung perilaku yang utama.

Hasil ini didukung oleh hasil wawancara mendalam kepada tiga subyek yaitu rata-rata responden memiliki pengetahuan yang kurang tentang PMTCT. Terdapat satu responden yang terlihat agak paham namun pengetahuannya belum dapat dikatakan baik. Responden berpendapat bahwa ODHA ibu rumah tangga apabila ingin hamil harus mempunyai batas minimal CD4 400 mm/cells<sup>3</sup>, persyaratan yang tepat adalah minimal 500 mm/cells<sup>3</sup>, namun setidaknya responden tahu bahwa ada persyaratan yang harus dipenuhi sebelum ingin hamil. Kurangnya pengetahuan responden ini dibuktikan pada praktiknya yang tidak mengecek dulu CD4 sebelum program hamil. Sesuai dengan Pedoman Nasional Kemenkes RI bahwa pertimbangan untuk mengizinkan ODHA hamil antara lain jika daya tahan tubuh cukup baik (CD4 di atas 500), kadar virus (viral load) minimal atau tidak terdeteksi (kurang dari 1000 kopi/ml) dan menggunakan ARV secara teratur.

### **Sikap Responden terhadap Partisipasi PMTCT**

Hasil penelitian diperoleh bahwa mayoritas responden memiliki sikap kurang sebanyak 66,2% dan yang mempunyai sikap baik sebanyak 33,8% responden, ini berarti bahwa responden belum mampu mengambil sikap yang menuju ke arah perilaku yang positif untuk menyikapi penularan HIV ke anak. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh faktor pendidikan responden yang memiliki pendidikan SD dan SMP lebih besar yaitu 53,8% responden, dari pendidikan yang hanya SD dan SMP tersebut maka dimungkinkan cara pandang dan sikap responden terhadap suatu masalah akan kurang, adapun untuk pendidikan SMA ke atas yaitu sebesar 46,2% responden, dengan latar belakang pendidikan responden maka dimungkinkan responden pernah terpapar pengetahuan tentang PMTCT atau cara pandang responden dalam melihat masalah lebih baik, sehingga responden bersikap baik terhadap

partisipasi PMTCT.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam yaitu rata-rata responden mempunyai sikap yang mendukung terhadap program PMTCT. Akan tetapi tidak ada responden yang melaksanakan program mulai dari awal perencanaan kehamilan hingga dilakukan tes pada anak yang seharusnya dengan diagnosa negatif. Ketiga responden tidak ada yang merencanakan kehamilan sesuai prosedur program kehamilan bagi ODHA ibu rumah tangga. Rata-rata responden masih ada yang malas dan lupa minum obat ARV selama kehamilannya. Rata-rata responden menjalani persalinan pervaginam tanpa indikasi medis viral load tidak terdeteksi atau tingginya CD4. Rata-rata responden memberikan obat pencegahan HIV pada anaknya walaupun dua diantaranya tidak mengetahui nama obatnya. Rata-rata responden memberikan susu formula kepada bayi dan satu responden yang telah memeriksakan HIV anaknya dengan hasil negatif. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi untuk bertindak atau berperilaku. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Oleh karena itu, karena sikap responden mayoritas kurang baik maka tercermin dalam tindakannya yang tidak melaksanakan apa yang seharusnya dilakukan. Hasil ini sesuai dengan analisis penelitian kuantitatif di atas bahwa ada hubungan antara sikap dengan partisipasi responden pada program PMTCT.

### **Pengungkapan Status Responden**

Hasil penelitian diperoleh bahwa sebanyak 85% responden mempunyai pengungkapan status baik kepada suami dan sebanyak 15% mempunyai pengungkapan status kurang kepada suami. Dan sebanyak 27,7% responden mempunyai pengungkapan status baik kepada keluarga dan sebanyak 72,3% responden mempunyai pengungkapan kurang tentang statusnya.

Responden yang pengungkapan statusnya

kurang lebih banyak dari yang pengungkapan statusnya baik, hal ini kemungkinan disebabkan karena tindakan mengungkapkan status responden merupakan suatu kejadian yang teramat penting dalam hidup seorang ODHA ibu rumah tangga. Rata-rata responden dalam penelitian ini memilih mengungkapkan status mereka kepada paling sedikit satu orang yaitu suami sebanyak 85%. Keluarga inti dan kerabat memainkan peran penting dalam melindungi responden dari diskriminasi yang melemahkan, dan responden dapat berpura-pura tidak sakit dalam lingkup masyarakat yang lebih besar. Hal ini dapat menanggulangi gosip, yang merupakan salah satu sumber stigmatisasi yang penting.

Rendahnya pengungkapan status responden juga dapat dilihat dari item pertanyaan yang dijawab yaitu sebanyak 54% Ibu tidak mengungkapkan status HIV kepada orang tua, sebanyak 52% Ibu tidak mengungkapkan status HIV kepada mertua, sebanyak 51% Ibu tidak mengungkapkan status HIV kepada saudara, sebanyak 54% Ibu tidak mengungkapkan status HIV kepada kerabat dekat, dan sebanyak 80% Ibu tidak mengungkapkan status HIV kepada kerabat jauh.

Hal ini menunjukkan bahwa pengungkapan status responden kepada suami dan keluarga dapat mempengaruhi partisipasi ODHA ibu rumah tangga pada program PMTCT. Pada hasil penelitian ini pengungkapan status responden kurang baik, sehingga belum dapat menjamin partisipasi responden terhadap program PMTCT akan menjadi baik juga.

### **Akses terhadap Pelayanan PMTCT**

Hasil penelitian diperoleh bahwa 32,3% responden mendapatkan akses pelayanan PMTCT dengan baik dan 67,7% responden kurang mendapatkan akses pelayanan PMTCT. Responden yang aksesnya kurang lebih banyak dari yang akses pelayanan PMTCTnya baik, hal ini dapat dilihat dari jawaban responden dalam item pertanyaan yaitu sebanyak 51% responden

menyatakan bahwa di dekat rumah responden tidak tersedia pelayanan PMTCT, sebanyak 63% responden mengatakan rumahnya jauh dari Rumah Sakit yang memiliki pelayanan PMTCT, sebanyak 75% responden mengatakan pelayanan konseling tidak tersedia di puskesmas/ BPS/ Rumah sakit di daerah tempat tinggalnya, sebanyak 66% responden menyatakan bahwa di dekat rumahnya tidak terdapat kelompok dukungan sebaya (KDS) bagi ODHA, dan sebanyak 78% responden mengatakan sulit untuk menjangkau Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang khusus untuk ODHA.

Hasil wawancara mendalam kepada subyek diperoleh informasi bahwa sebagian besar responden mendapatkan penjelasan tentang PMTCT dari MK BKPM kota Semarang. Sebagian kecil mengetahui PMTCT dari dokter RS Unit PMTCT. MK berperan dari awal dengan selalu mendampingi responden mulai dari pemeriksaan kehamilan, akses program persalinan SC, susu formula, serta PCR atau VCT. Penjelasan yang diterima responden pada saat konseling VCT dinyatakan jelas, namun tidak ada responden yang mengingat dengan baik apa yang telah disampaikan. Rata-rata responden berpendapat bahwa ada peluang bayi akan terinfeksi HIV jika tidak mengikuti program, akan tetapi dalam kenyataannya ketiga responden ini tidak berpartisipasi dengan baik terhadap program.

### **Peran Suami dan Keluarga**

Hasil penelitian diperoleh bahwa 69,2% responden menyatakan suami kurang berperan dan 30,8% responden menyatakan suami berperan dengan baik. Sedangkan dari tabel 4.16 menunjukkan bahwa 50,8% responden menyatakan keluarga kurang berperan dan 49,2% responden menyatakan keluarga berperan dengan baik.

Peran aktif dari pasangan ibu hamil akan sangat membantu peningkatan cakupan layanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi.



Partisipasi laki-laki (*male involvement*) akan mendukung ODHA ibu hamil untuk datang ke pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta membantu ODHA ibu hamil pada saat-saat penting, seperti menentukan apakah ingin menjalani tes HIV, mengambil hasil tes, menggunakan obat ARV, memilih persalinan aman ataupun memilih makanan bayi agar tidak tertular HIV.

### **Peran Manager Kasus**

Hasil penelitian diperoleh bahwa 47,7% responden menyatakan manager kasus berperan dengan baik dan 52,3% responden menyatakan manager kasus kurang berperan. Manajemen kasus adalah pelayanan yang mengkaitkan dan mengkoordinasi bantuan dari berbagai lembaga dan badan penyedia dukungan medis, psikososial, dan praktis bagi individu-individu yang membutuhkan bantuan. Responden yang peran manager kasusnya kurang lebih banyak dari yang perannya baik, hal ini dapat dilihat dari jawaban responden dalam item pertanyaan yaitu tidak adapersentase jawaban responden yang termasuk dalam kategori manager kasus berperan dengan baik.

Dari hasil wawancara mendalam kepada Manager Kasus bahwasalah satu tugas dari MK itu sebetulnya adalah mengkaitkan ataupun mengkoordinasikan layanan yg diberikan untuk ODHA. Yang pertama dilakukan oleh MK adalah pemahaman untuk semua ibu yg ODHA akan pentingnya PMTCT. Dilapangn sering menemukan klien-klien yang sudah keburu hamil baru menyampaikan hal itu kepada petugas. Idealnya PMTCT dimulai dari perencanaan hamil, kemudian setelah dia hamil sampai selesai persalinan. Anak didalam kandungan harus mendapatkan ARV melalui ibu untuk mencegah salah satu penularan, jadi penularan di dalam kandungan, kemudian yang ke dua melahirkan dengan harapan proses persalinan sesuai dengan standar. Jika Ibu dengan riwayat pernah melahirkan bayi dengan HIV

maka MK akan memberikan pemahaman dan MK juga berkolaborasi dengan petugas terkait supaya direkomendasikan untuk melakukan seksio, karena meskipun risikonya hanya sebesar 45% melalui persalinan akan tetapi diharapkan tidak terinfeksi. Tidak berhenti setelah ibu melahirkan saja, karena banyak dari ibu-ibu tidak paham bahwa setelah bayi dilahirkan harus minum obat-obat ARV dan hal-hal lain yang menjadi masalah ibu. Harapan MK adalah dapat meminimalis risiko tertularnya HIV dari ibu ke bayi. Tugas MK idealnya adalah mempersiapkan ibu ODHA untk meminimalkan atau bahkanmenghilangkan risiko anak yg dilahirkan terinfeksi HIV. MK mengatakan caranya dengan kolaborasi antar petugas terkait, kemudin kolaborasi dengan respondendan keluarga. Kolaborasi tidak hanya terkait dengan proses PMTCnya saja tapi juga terkait dengan biaya seperti diwaktu yg lalu dapat menggunakan jampersal, karena yang dari GF belum semuanya mengcover. MK mengatakan tugasnya sebetulnya bukan menunggu pasien, melainkan melakukan koordinasi dan mengkaitkan, jadi kolaborasi dengan yang terkait. MK mengatakan bukan hal yang mudah memberi pengertian kepada keluarga setelah dilaksanakan seksio, adanya keputusan dari pasangan untuk mempunyai anak lagi juga salah satunya karenaitu merupakan indikator yang harus dipenuhi jadi tidak hanya selesai sampai persalinan saja. Idealnya sampai bayi itu dinyatakan tidak terinfeksi HIV atau sampaidilakukan tes HIV pada usiaminimal 18 bulan. Menurut MK yang paling ideal memang perencanaannya sebelum punya anak, sampaiODHA hamil, kemudian melahirkan kemudian dites HIVnya untuk memastikan ibu terinfeksi atau tidak. Sangat jarang sekali ada petugas yang bisa mengawasi dari awal sampai slesai karenaproses PMTCT itu lengkap sampai penegakkan diagnosa pada anak yang dilahirkan. Hasil penelitian ini didukuung oleh hasil analisis statistik yang telah dibahas sebelumnya bahwa ada hubungan yang bermakna antara peran MK

dengan partisipasi responden pada program PMTCT.

### **Peran Provider PMTCT**

Hasil penelitian diperoleh bahwa 46,2% responden menyatakan provider berperan dengan baik dan 53,8% responden menyatakan provider kurang berperan. Responden yang mengatakan peran providernya kurang lebih banyak dari yang perannya baik, hal ini dapat dilihat dari jawaban responden dalam item pertanyaan yaitu hamper tidak ada responden yang menjawab lebih dari 90% benar disetiap itemnya bahwa provider berperan dengan baik.

Hasil wawancara mendalam kepada Provider PMTCT RS Unit PMTCT diperoleh informasi bahwa selama ini program PMTCT sudah berjalan, namun belum bisa dikatakan itu berjalan dengan baik. Upaya yang dilakukan di RS Unit PMTCT adalah setiap ibu hamil dilakukan skrining HIV melalui VCT, sekarang ada PITC namun dilakukan pada wanita yang risiko tinggi, dilihat dari keluhan, skrining anamnesis kemudian apabila hasil HIV positif maka kerjasama dengan tim HIV, dan dipantau semisal di RS Unit PMTCT bisa tertangani. Protokol di bagian fetomaternal dan dari POGI mewajibkan SC bagi ibu bersalin dengan HIV positif. Berdasarkan latar belakang bahwa persyaratan persalinan pervaginam adalah *Viral Load* tidak terdeteksi, namun di RS Unit PMTCT tidak bisa memeriksa atau mengecek kadar *Viral Load*. Selama ini pemeriksaan yang ada bukan *Viral Load* tapi CD4. Selain itu persyaratan lain dari persalinan pervaginam adalah tanpa komplikasi dan tanpa tidakan, padahal kita tidak dapat memastikan persalinan tanpa komplikasi, tanpa tindakan vakum,

episiotomi, oleh karena itu lebih amannya dengan SC. Protokol masih seperti itu, di Kementerian Kesehatan menyebutkan seperti itu tapi prasyarat berat sehingga disimpulkan tidak memenuhi syarat untuk persalinan pervaginam. Solusi untuk pencapaian program PMTCT menurut pengelola PMTCT RS Unit PMTCT adalah peran lintas sector, internal, dan lintas program harus solid, pasien hamil dengan HIV positif tidak hanya membutuhkan peran dari tenaga kesehatan saja melainkan dari tenaga non kesehatan juga lebih penting. Hal ini terbukti dari hasil analisis kuantitatif pada penelitian ini bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara peran provider PMTCT dengan partisipasi responden pada program PMTCT.

### **SIMPULAN**

Partisipasi responden pada program PMTCT yang kurang baik sebesar 72,3% dan yang memiliki partisipasi baik sebesar 27,7%. Adapun partisipasi responden pada program PMTCT yang kurang baik yaitu tidak setiap persalinan dilakukan dengan cara SC (60%). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil wawancara mendalam bahwa adanya ODHA ibu rumah tangga yang memutuskan untuk pervaginam karena merasa takut akan SC dan merasa sulit untuk melengkapi berkas-berkas administrasinya.

Faktor yang berhubungan dengan partisipasi ODHA ibu rumah tangga pada program PMTCT antara lain: Pengetahuan responden tentang PMTCT, sikap responden terhadap partisipasi PMTCT, pengungkapan status responden, akses terhadap pelayanan PMTCT, peran suami, peran keluarga, dan peran manager kasus.

**KEPUSTAKAAN**

- Adejuyigbe E, Odebiyi A. 2006. Parental HIV Serodiscordance: Implications for the Care of the HIV Seropositive Child in a Poor-Resource setting. *AIDS Care* 2006, 18: 537-543
- Astari, Linda DKK. Viral Load pada Infeksi HIV. FK Universitas Airlangga, Surabaya 2010.
- DepKes RI. 2004. Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela HIV Voluntary Counselling and Testing (VCT) untuk Konselor Profesional. Jakarta.
- DepKes RI Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. 2003. Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi Odha: Buku Pedoman untuk Petugas Kesehatan dan Petugas lainnya. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. 2013. Analisis Situasi IMS, HIV dan AIDS sampai dengan Maret 2013. Semarang.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. 2012. Laporan Klinik VCT. Semarang.
- Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. 2011. Laporan Perkembangan HIV/AIDS Triwulan II Tahun 2012. Jakarta.
- Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Greiner T,. 2006. Effect of the HIV Epidemic on Infant Feeding in South Africa: "When They See Me Coming With the Tins They Laugh at Me". *Bulletin World Health Organization*.
- Fahmi, I. 2011. Manajemen Pengambilan Keputusan. Bandung: Alfabeta. Oktober.
- Glyn JR, Carael M, Buve A, Anagonou S, Zekeng L, Kahindo M, et al. 2004. Dose Increased General Schooling Protect Against HIV Infection. A Study four in African Cities. *Trop Med International Health* 2004; 9: 4-14.
- Gondo, HK. 2008. "Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi". FK Universitas Wijaya Kusuma, Surabaya.
- Ghozali, I. 2011. Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS 19. Semarang: Badan Penerbit Undip.
- Green, CW. 2005. HIV, Kehamilan dan Kesehatan Perempuan. Yayasan Spiritia, Jakarta.
- Haniek, H. 2011. "Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap dengan PHBS pada Ibu Rumah Tangga di Kecamatan Lubuk Sikaping". UIN Syarif Hidayatullah, Jakarta 2011.
- KemenKes RI. 2011. Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi. Jakarta.
- Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Kota Semarang. 2012. Analisis Situasi IMS, HIV dan AIDS. Semarang.
- Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Sumatera Utara. 2010. Perawatan Komprehensif, Kegiatan Pencegahan, Kegiatan Pelayanan. Medan.
- Green, L. 1991. Health Promotion Planning: An Education and Environmental Approach. University of Texas Health Science Centre at Houston.
- Butt, L. 2010. "Stigma dan HIV/AIDS di Wilayah Pegunungan Papua". Kerjasama Penelitian antara Pusat Studi Kependudukan—Universitas Cendrawasih, Abepura, Papua dan University of Victoria, Canada. Berhubungi Leslie Butt: lbut@uvic.ca; Jack Morin: djoht67@yahoo.com
- Muluye et al. 2012. Infant Feeding Practice and Associated Factors of HIV Positive Mothers Attending Prevention of Mother to Child Transmission and Antiretroviral Therapy Clinics in Gondar Town Health Institutions, Northwest Ethiopia. *BMC Public Health* 26 March 2012, 12:240

- Nasronudin. 2008. HIV & AIDS Pendekatan Biologi Molekuler Klinis dan Sosial. Edisi 1. Surabaya: Airlangga University Press.
- Notoatmodjo, S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Rineka Cipta, Jakarta.
- Nugroho. 2011. "Hubungan antara Pengetahuan Dengan Sikap Ibu Rumah Tangga Tentang HIV/AIDS di RW V Kelurahan Kebonagung Demak" oleh SALIMAH G0E.008.145, Universitas Muhammadiyah Semarang Tahun 2011.
- Ramdaniati, S. 2008 "Pengetahuan dan sikap terhadap perilaku hidup bersih dan sehat pada ibu rumah tangga RW 04 Kelurahan Manggarai Jakarta Selatan tahun 2008". FKM UI, Jakarta.
- Shaluhiah, Z, dkk. 2012. Panduan Tesis. Magister Promosi Kesehatan Undip.
- Saryono. 2008. Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis bagi Pemula. Mitra cendikia offset, Yogyakarta.
- Sugiyono. 2012. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2006. Statistik untuk Penelitian. CV Alfabeta, Bandung.
- Thior I, Lockman S, Smeaton LM, Shapiro RL, Wester C, et al. 2006. Breastfeeding Plus Infant Zidovudine Prophylaxis for 6 Months VS Formula Feeding Plus Infant Zidovudine for 1 Month to Reduce Mother to Child HIV Transmission in Botswana: A Randomized Trial: the Mashi Study, JAMA, 2006; 296: 794-805.
- Widoyono. 2012. Profil Kesehatan Kota Semarang 2011. Dinas Kesehatan Kota, Semarang Juni.
- Yayasan Puspa Keluarga & Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia. 2010. "Hubungan antara Pengetahuan Dengan Sikap Ibu Rumah Tangga Tentang HIV/AIDS di RW V Kelurahan Kebonagung Demak" oleh SALIMAH G0E.008.145, Universitas Muhammadiyah Semarang Tahun 2011.
- Yayasan Spiritia. 2013. Diperbarui 10 Januari 2013 berdasarkan FS 103 The AIDS Infonet 15 Oktober 2012. Situs web: <http://spiritia.or.id/>. Jakarta 2013