

Barriers to Integrating Antiretroviral Therapy Services Into Community Health Centre: A Qualitative Study in Badung Regency

Made Sugiana,^{1,2*} I Nyoman Sutarsa,^{2,3} Dyah Pradnyaparamita Duarsa^{2,3}

ABSTRACT

Background and purpose: Increasing of HIV+ cases resulted in the increasing demand for *antiretroviral* (ARV) and access to ART services. This study aims to explore barriers of integrating ART services into primary health centres in Badung District.

Methods: Explorative interviews were conducted with CST officers at Badung District Hospital, puskesmas (health centres), NGOs, policy makers, community leaders and PLWHA. Data were collected by conducting indepth interviews, focus group discussion and observation. Data were thematically analysed.

Results: The study found that there were variations in internal barriers across different puskesmas in Badung District to be a satellite site.

The main internal barriers perceived by health officers particularly in relation to issues around the availability of human resources, lack of competencies and increase of workload. Internal capacity of puskesmas which also perceived as barriers including the availability of laboratory facilities, absent of operational procedures, limited information system and source of funds that predominantly still from donor agencies. External barriers perceived by respondent were stigma and discrimination.

Conclusions: Barriers to integrate ART services into puskesmas consist of structural barriers from internal puskesmas as well as external barriers such as stigma and discrimination towards PLWHA.

Keywords: primary health centre, barriers, antiretroviral therapy, HIV/AIDS, integration

Hambatan-hambatan Puskesmas Sebagai Satelit Antiretroviral Therapy (ART): Penelitian Kualitatif di Kabupaten Badung

ABSTRAK

Latar belakang dan tujuan: Peningkatan jumlah kasus HIV+ berdampak pada peningkatan kebutuhan obat *antiretroviral* (ARV) dan akses layanan pengobatan. Penelitian ini bertujuan mengetahui hambatan-hambatan puskesmas sebagai satelit ART di Kabupaten Badung.

Metode: Wawancara eksploratif dilakukan pada petugas CST RSUD Badung, puskesmas, organisasi sosial (LSM), pemegang kebijakan lokal, tokoh masyarakat dan pengguna layanan ARV (odha). Pengumpulan data dilakukan menggunakan wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah, dan observasi langsung. Data dianalisis menggunakan pendekatan tema.

Hasil: Dijumpai adanya variasi hambatan internal masing-masing puskesmas di Kabupaten Badung sebagai satelit ART. Hambatan

utama adalah sikap penolakan informan kesehatan terkait persepsi keterbatasan jumlah dan kompetensi tenaga, peningkatan beban kerja, serta belum adanya kebutuhan internal layanan puskesmas sebagai satelit ART. Hambatan lainnya bersumber dari kurangnya sarana dan prasarana laboratorium pendukung pra ART, ketiadaan petunjuk teknis dan manajemen pelaporan HIV/AIDS (SIHA) sebagai satelit ART, serta pembiayaan program HIV/AIDS yang masih dominan dari donor. Hambatan eksternal bersumber dari stigma dan diskriminasi HIV.

Simpulan: Hambatan integrasi layanan ART di puskesmas Kabupaten Badung berasal dari sistem struktural layanan internal puskesmas, stigma dan diskriminasi terhadap odha.

Kata kunci: puskesmas, hambatan, *antiretroviral therapy*, HIV/AIDS, integrasi

¹Public Health Center Kuta Selatan Department of Health Badung District,

²Public Health Postgraduate Program Udayana University,

³Department of Community and Preventive Medicine Faculty of Medicine, Udayana University

*Correspondence to: Made Sugiana, Public Health Center Kuta Selatan Department of Health Badung District
sugiana1975@gmail.com

PENDAHULUAN

Permintaan terhadap kebutuhan perawatan, dukungan dan pengobatan HIV/AIDS di Indonesia setiap tahun cenderung mengalami peningkatan. Meskipun terapi *antiretroviral* (ARV) belum dapat menyembuhkan penyakit, namun terapi ARV telah terbukti dapat menurunkan infeksi baru HIV, menurunkan angka kesakitan dan kematian, serta meningkatkan kualitas dan harapan hidup odha.¹ Akses ARV universal yang direkomendasikan oleh WHO pada tahun 2011, menargetkan 15 juta odha mendapatkan perawatan, dukungan dan pengobatan ARV pada tahun 2015.² Berdasarkan laporan UNAIDS, hanya sekitar 38% odha menerima layanan ARV.³ Masalah yang sama terjadi di Indonesia, perbedaan antara odha yang memenuhi syarat terapi, tetapi tidak mendapatkan ARV adalah sebanyak 22,24%, sedangkan di Propinsi Bali perbedaan tersebut sebanyak 4,24%.⁴ Meskipun perbedaan di Propinsi Bali masih rendah, namun perbedaan tersebut akan meningkat seiring bertambahnya jumlah kasus baru infeksi HIV dan layanan ARV yang masih terpusat di rumah sakit rujukan.

Negara-negara yang telah berkomitmen dalam perluasan akses layanan ARV seperti India, Myanmar, Papua New Guinea dan Thailand mengalami penurunan angka insiden HIV lebih dari 50%.⁵ Hasil studi integrasi perawatan dan pengobatan HIV/AIDS ke layanan primer di beberapa negara berkembang juga mengungkapkan peran layanan primer cukup efektif membantu keberhasilan penanggulangan HIV/AIDS.⁵⁻⁷ Dukungan pemerintah saat ini melalui program *Strategic Use of ARV (SUFA)* dalam terapi odha,⁸ memungkinkan terapi ARV dilakukan secara dini. Untuk meningkatkan akses layanan, posisi puskesmas cukup strategis dalam jangkauan geografis di Indonesia, namun stigma dan diskriminasi HIV masih menjadi isu dalam perluasan program.⁹

Perluasan akses layanan ART ke puskesmas di Propinsi Bali sangat penting untuk meningkatkan cakupan universal ARV bagi odha. Sebagai satelit ART, peran puskesmas diharapkan menjadi perpanjangan layanan rumah sakit dalam memberikan dukungan, perawatan dan pengobatan HIV/AIDS secara mandiri sesuai standar layanan di fasilitas kesehatan primer.¹⁰ Walaupun berbagai studi tentang integrasi layanan ARV di fasilitas kesehatan primer memberikan hasil yang baik, namun perlu dipikirkan bahwa sistem kesehatan adalah bersifat konteks spesifik, sehingga perlu dilakukan kajian terkait peluang implementasinya

untuk Propinsi Bali. Berdasarkan kajian literatur, studi hambatan program integrasi layanan ART ke layanan puskesmas di Propinsi Bali belum tersedia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hambatan-hambatan puskesmas sebagai satelit ART.

METODE

Rancangan penelitian adalah kualitatif eksploratif. Pengumpulan data (Januari-Maret 2015) melibatkan 47 informan kunci. Sumber informan berasal dari petugas *Care, Support and Treatment (CST)* RSUD Badung, 24 orang tenaga kesehatan (kepala puskesmas dan petugas VCT puskesmas se-Kabupaten Badung), empat orang pemegang kebijakan lokal, delapan orang tokoh masyarakat (peserta FGD), dua orang organisasi sosial (LSM) dan delapan orang odha sebagai pengguna layanan ARV. Informan dipilih secara *purposive*, berdasarkan pertimbangan tujuan penelitian dan kemampuan responden dalam menyediakan informasi.

Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam (39 informan) dan satu kali FGD (8 Informan) secara khusus pada tokoh masyarakat di wilayah Kuta Selatan. Pertanyaan informan dengan pedoman wawancara terkait pandangan puskesmas sebagai satelit ART, stigma dan diskriminasi HIV. Pertanyaan secara khusus kepada informan puskesmas mengacu pada subsistem kesehatan nasional yang disesuaikan dengan pedoman layanan ART, meliputi ketersediaan sumber daya manusia (SDM) kesehatan, sarana dan prasarana penunjang, alat kesehatan dan farmasi, manajemen dan informasi data HIV/AIDS, serta sumber pembiayaan program HIV/AIDS.¹¹ Selain itu, validasi data hasil wawancara terkait ketersediaan sumber daya di puskesmas dilakukan melalui observasi langsung dengan daftar tilik sesuai standar sebagai satelit ART.

Sebelum wawancara/diskusi, setiap informan telah diberikan penjelasan dan mengisi lembar persetujuan (*informed consent*). Analisis data hasil wawancara dilakukan secara *thematic*, yaitu mengorganisasikan, mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satu uraian dasar, sehingga dapat ditemukan tema tertentu. Untuk menjamin keabsahan data, pemeriksaan jawaban informan dilakukan dengan teknik triangulasi sumber dan catatan observasi. Penelitian ini telah mendapatkan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

HASIL

Hambatan internal layanan puskesmas

Sebagian besar informan puskesmas (15 dari 24) sebagai pemberi layanan, menyatakan sikap belum siap sebagai satelit ART. Alasan ketidaksiapan tersebut terkait adanya persepsi hambatan jumlah tenaga medis dan paramedis tidak sebanding dengan beban kerja program di puskesmas; kompetensi dan ketiadaan jenis tenaga tertentu (analisis dan asisten apoteker); belum terbentuk tim perawatan dukungan dan pengobatan (tim CST) bagi odha; serta belum adanya kebutuhan puskesmas sebagai satelit ART (jumlah odha masih sedikit). Adanya persepsi kekurangan tenaga (jenis dan jumlah), kompetensi, beban kerja dan urgensi kebutuhan layanan menjadi alasan informan puskesmas menolak integrasi layanan ART. Berikut beberapa kutipan pernyataan informan terkait temuan tersebut.

"..sebagai satelit ART dengan kondisi saat ini belum ya..., kendala kita..satu, tenaga kita kurang ...banyak petugas merangkap program.. petugas yang terlatih satelit CST belum ada, yang ada baru konselor saja.... analisis, asisten apoteker tidak ada .." (Informan RP5)

"..kita belum siap..yang kita tangani bukan sekedar memberi ARV saja, melainkan pemantauannya, penanganan efek samping.. kompetensinya belum.. apalagi kita banyak program preventif dan promotif.. UGD 24 jam.. beban kerja petugas tinggi..SDM kita kurang.. (Informan RP8)

"...kunjungan pasien odha hampir nol... biar tidak mubazir menyediakan layanan, datang reagen tidak terpakai, ...sayang obat-obatnya nanti." (Informan RP12).

Hambatan tenaga kesehatan tertentu (analisis dan asisten apoteker) dan kompetensi petugas sebagai satelit ART diakui oleh pemegang kebijakan lokal. Perekrutan tenaga kesehatan, berdasarkan ketentuan kebijakan regulasi Badan Kepegawaian Daerah Badung. Dukungan kebijakan lokal yang telah dilakukan adalah dengan merekrut tenaga KPA 26 orang (2 orang setiap puskesmas) sebagai tenaga kontrak untuk program HIV/AIDS. Berikut petikan hasil wawancara.

"..Saya rasa untuk tenaga adalah masalah semua SKPD..jadi masalah system pengangkatan tenaga, pengangkatan CPNS, semua sudah ada regulasinya dari BKD Badung.. regulasi itu yang menyulitkan .."(informan RPK1).

"..kekurangan tenaga kita bijaksanai dengan tenaga KPA 56 orang, kita ambil 26 orang

dipakai sebagai tenaga kontrak dalam penanganan HIV/AIDS..penjangkau lapangan, mengentri sistem RR.. (informan RPK2)

"..sekarang di Badung mau mengadakan pelatihan CST untuk puskesmas kan belum bisa.. besar sekali biayanya.." (informan RPK1)

Hambatan internal puskesmas lainnya, ditemukan pada dukungan sarana dan prasarana penunjang laboratorium. Seluruh informan puskesmas (24) menyatakan ada hambatan untuk melakukan pemeriksaan darah lengkap (DL), kimia klinik (fungsi hati dan fungsi ginjal) dan pemeriksaan CD4, terkait inisiasi pra ART dan pemantauan terapi odha. Alasan yang disampaikan bervariasi seperti ketiadaan alat, reagen penunjang dan tenaga operasional laboratorium, meskipun di beberapa puskesmas peralatan laboratorium tersedia. Selain itu, ada informan kesehatan yang menyampaikan ketiadaan ruangan khusus layanan untuk privasi odha, menjadi hambatan utama kesiapan sebagai satelit ART. Berikut beberapa petikan pernyataan informan terkait temuan tersebut.

"..pelaksanaan kegiatan LKB saja kita masih kurang,.. sentrifuge tidak ada, pemeriksaan DL.. SGPT/SGOT, BUN/SC, cek CD4..masih merujuk ke lab rumah sakit, yang ada hanya pemeriksaan lab sederhana..rapid test..(Informan RK2).

"..cek kimia darah belum bisa...alatnya sudah ada, tapi teknisnya belum datang.. alatnya belum bisa dioperasikan...(informan RP5)

"..gedung yang tidak mendukung.., ruangan untuk menjaga confidensialitasnya tidak mendukung.." (Informan RP7)

Hambatan juga ditemukan pada rantai logistik alat-alat kesehatan dan farmasi puskesmas. Ada keluhan informan kesehatan terkait kualitas dan kuantitas peralatan medis, distribusi obat, ketidaksesuaian permintaan dan kebutuhan obat, serta masa kadaluwarsa obat untuk infeksi oportunistik tertentu yang terlalu pendek di rantai puskesmas. Berikut kutipan tersebut.

"Masalah obat-obatan lumayan ada, tapi kendalanya expired datenya dekat semua... belum terpakai sudah ED, ..kadang-kadang diberikan obat yang tidak pernah kita pakai..." (informan RK8)

Selain itu, beberapa informan puskesmas ada yang menyampaikan kurangnya dukungan sarana penunjang manajemen pelaporan HIV/AIDS (SIHA) seperti sistem koneksi, sarana pendukung pelaporan, ketiadaan pedoman standar satelit

ART dan dukungan pembiayaan program HIV/AIDS yang masih dominan bersumber dari lembaga donor pada level puskesmas, menjadi alasan ketidaksiapan informan sebagai satelit ART. Temuan tersebut terlihat dalam kutipan berikut ini.

"...sistem koneksi online kita masih sulit.... Sarana penunjang laporannya bagaimana.... apalagi program SIHA. sering error...(Informan RK1).

"..kita belum tahu seperti apa satelit ART, pedoman belum ada.. untuk menjadi satelit kan pedoman dulu kita harus dikasik dulu.. sehing- ga tahu standar yang harus dikerjakan.. (informan RP8)

"...Harapannya dananya dipertahankan saja, kalau mau ditambah ya syukur.. kalau bisa dananya dari APBD sebagai pengganti GFnya nanti.."(informan RK10).

Hambatan eksternal layanan ART

Berdasarkan perspektif odha sebagai pengguna layanan, ditemukan hambatan akses layanan ART ke puskesmas terkait masalah stigma dan diskriminasi HIV. Stigma lebih banyak berasal dari internal odha (*perceived stigma*), yaitu odha merasa ketakutan terhadap pengunjung puskesmas dan petugas kesehatan ketika status HIVnya terbuka. Ada perasaan khawatir odha akan diperlakukan tidak adil dari lingkungan sosial. Perasaan takut dan khawatir juga bersumber dari adanya tulisan VCT/HIV/AIDS di ruangan khusus (klinik VCT) ketika odha memasuki ruang layanan. Selain itu, ada odha yang pernah mendapatkan perlakuan kurang nyaman dari petugas puskesmas, seperti perubahan sikap petugas setelah mengetahui status HIV (*felt stigma*). Adanya ketakutan tersebut mempengaruhi sikap dan perilaku odha untuk menggunakan layanan puskesmas. Berikut kutipan temuan tersebut.

"..walaupun sudah ada di puskesmas saya akan tetap ke sini... yang jelas puskesmas kan orang daerah kita.. mereka tahu jadinya, nanti semakin melebar lagi, takut biar tidak dikucilkan. kalau bisa tempat itu janganlah ada tulisannya VCT itu, orang kan sudah tahu.. itu ruangan virus.. (informan RO1)

"..waktu cari rujukan ke puskesmas ..saya nggak suka ditanya terus.. begitu bilang ke VCT, orangnya langsung diam, dilihat-lihat..raut mukanya berubah gitu..(informan RO5)

Pernyataan informan LSM, tokoh masyarakat dan pemegang kebijakan lokal mengakui masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap odha, namun telah jauh berkurang seiring peningkatan

pengetahuan masyarakat terhadap HIV. Berikut pernyataan pihak eksternal puskesmas terkait stigma dan diskriminasi.

"..kalau stigma di layanan kesehatan saya lihat selama satu tahun ini sudah tidak ada, hanya di masyarakat masih ada... alasan odha tidak mau terbuka karena takut dikucilkan.. ada kasus yang setelah diketahui dia menderita HIV, dia diejek-ejek, akhirnya mereka jadi malu.. (informan RPK 7)

"janganakan masyarakat.. petugas kesehatan sendiri pun masih ada memberikan stigma.. masih banyak yang tidak tahu tentang HIV... ruangnya dispesialkan.. (informan RPK1)

Keterangan dari beberapa informan puskesmas juga mengakui masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap odha, namun lebih banyak terjadi pada petugas di luar tim VCT puskesmas. Perubahan sikap, rasa ingin tahu terhadap orang yang memasuki ruangan VCT dan menolak melakukan pemeriksaan, merupakan bentuk-bentuk stigma dan diskriminasi pada layanan kesehatan. Berikut beberapa kutipan pernyataan informan kesehatan.

".. rasanya masih ada stigma, jujur saja, kadang kalau orang masuk ke ruangan VCT mulailah orang-orang kita bertanya.. padahal kan belum tentu pasien yang masuk ke ruang VCT itu sudah pasti mereka odha... apalagi orang yang dia kenal dari dekat rumahnya, warganya.. atau tetangganya.. paling ditanya dah... secara bisik-bisik.."(Informan RK8).

"Kadang saya nggak suka temen yang di situ ya, kalau ada yang datang.. saya disuruh periksa, dia bilang dia nggak mau periksa di rumahnya.. bikin dah dia alasan apa, karena takut dengan orang HIV, petugas kesehatan sendiri yang kadang memberikanstigmaterhadap pasiennya.. macem-macam alasannya.."(Informan RK12).

DISKUSI

Variasi hambatan-hambatan internal puskesmas sebagai satelit ART di Kabupaten Badung yang ditemukan pada penelitian ini menjadi alasan penolakan informan puskesmas sebagai satelit ART. Penelitian Mujiati, dkk¹² menemukan beberapa hambatan yang sama dalam evaluasi pelaksanaan perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP) HIV/AIDS di Jawa Barat dan Papua, seperti hambatan manajemen logistik farmasi (ARV), ketiadaan pedoman teknis dan ketidakjelasan pembagian tugas, menjadi kendala pelaksanaan layanan ART di rumah sakit. Penelitian Angkasawati, dkk¹³

dalam konteks yang serupa, mengeksplorasi terhadap kesiapan puskesmas di tujuh kabupaten dalam penanggulangan HIV/AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) pada layanan antenatal, juga menemukan hambatan yang sama (keterbatasan tenaga, sarana dan prasarana, reagen penunjang, kelengkapan laboratorium, SOP layanan dan sistem pelaporan) sebagai penghambat pelaksanaan program. Sedangkan penelitian Stephanie M.T, *et al.*,¹⁴ tentang kelayakan integrasi layanan perawatan HIV/AIDS ke layanan primer di Luzaka, Zambia menemukan hambatan pada sumber daya manusia dan infrastruktur layanan.

Pada negara dengan beban epidemiologi HIV yang meningkat, Modiba P. *et al.*,¹⁵ melakukan penelitian terhadap evaluasi integrasi perawatan HIV/AIDS ke dalam layanan primer di Propinsi Gauteng-Afrika Selatan, menemukan masalah pada SDM (pengetahuan, keterampilan, beban kerja, sikap dan motivasi petugas), infrastruktur layanan (sarana dan prasarana penunjang), sistem administrasi (pencatatan, pelaporan dan sistem rujukan), pedoman teknis, dan ketersediaan farmasi. Perbedaannya terletak pada situasi di negara tersebut terdapat kebutuhan yang mendesak terhadap integrasi layanan HIV/AIDS ke layanan primer.

Sebagai satelit ART, pedoman dari Kementerian Kesehatan RI tentang pengembangan layanan HIV-IMS secara komprehensif dan berkesinambungan, menjelaskan pentingnya memiliki tim (dokter, perawat, konselor, petugas laboratorium, farmasi dan administrasi) yang telah dilatih CST (pelatihan IMAI). Kompetensi tersebut bertujuan agar petugas kesehatan memahami terapi ARV, mampu menangani efek samping terapi, rujukan kasus, serta dukungan kepatuhan pengobatan.¹⁰ Ketersediaan peralatan pemeriksaan fisik, sarana penunjang laboratorium inisiasi pra ART dan pemantauan terapi (*rapid test*, DL, kimia klinik, CD4), tersedianya obat-obatan simtomatis dan profilaksis infeksi oportunistik, sistem laporan terpadu HIV/AIDS (SIHA), sebagai standar dalam pemberian layanan ART secara mandiri. Penyediaan sarana penunjang tersebut bukan merupakan persyaratan mutlak, tetapi disesuaikan dengan ketersediaan sumber daya di daerah (membentuk jejaring layanan) dan pengembangan terbatas pada puskesmas di daerah dengan prevalensi HIV yang tinggi atau di daerah dengan kelompok risiko tinggi (penasun dan pekerja seks komersial).^{1,10}

Berdasarkan catatan observasi sumber daya pada 12 puskesmas di Kabupaten Badung, diketahui adanya jenis tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, konselor, tenaga KPA) sebagai tim VCT, tersedia program SIHA HIV/AIDS, dukungan laboratorium sederhana dan farmasi,

serta pemeriksaan test HIV di setiap puskesmas, berpotensi dikembangkan sebagai satelit ART sesuai standar layanan strata satu.¹⁰ Hambatan jenis tenaga, kompetensi dan tim CST terkait persiapan sebagai satelit ART dapat diatasi dengan memberikan pelatihan kompetensi petugas, melakukan integrasi layanan pada layanan rutin dan membentuk jejaring layanan seperti yang dilakukan pada negara-negara dengan beban epidemiologi HIV yang meningkat (Afrika Selatan dan Nigeria).^{16,17} Dukungan kebijakan lokal di Kabupaten Badung dengan merekrut tenaga KPA sejumlah 2 orang di masing-masing puskesmas, belum menjawab kebutuhan sebagian besar puskesmas sebagai satelit ART (kekurangan tenaga analis dan asisten apoteker). Oleh karena itu, diperlukan perencanaan kebutuhan tenaga di puskesmas sesuai kebutuhan ideal sebagai satelit ART.

Hambatan eksternal layanan puskesmas sebagai satelit ART yang ditemukan dalam penelitian ini, bersumber dari adanya stigma dan diskriminasi pada odha sebagai pengguna layanan. Temuan tersebut sejalan dengan penelitian partisipatif “Odha dan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar” yang menyatakan rasa takut dan malu sebagai hambatan utama odha dalam mengakses layanan kesehatan di puskesmas.⁹ Stigma dan diskriminasi HIV terjadi karena penyakit tersebut dianggap sebagai penyakit menular dan mematikan, kurangnya pengetahuan, penolakan dari budaya perilaku yang menghubungkan penyakit HIV dengan penyakit sosial (pekerja seks dan narkoba).¹⁸ Adanya stigma dan diskriminasi pada odha mempengaruhi kepatuhan keteraturan minum obat ARV dan kegagalan intervensi pelaksanaan program HIV/AIDS.¹⁹ Tanpa disadari oleh pemberi jasa layanan kesehatan, adanya tulisan VCT/HIV/AIDS di ruang layanan khusus (klinik VCT), sebagai bagian dari bentuk diskriminasi tersembunyi dari institusi layanan kesehatan. Hal ini ternyata mempengaruhi sikap dan perilaku odha ke layanan kesehatan tersebut. Oleh karena itu, upaya-upaya menurunkan stigma dan diskriminasi pada odha menjadi hal yang esensial dalam keberhasilan pengembangan layanan ART ke puskesmas.

Berdasarkan hambatan-hambatan tersebut, untuk mencapai akses universal ARV diperlukan persiapan dan dukungan puskesmas sebagai satelit ART. Untuk itu, penelitian ini merekomendasikan integrasi layanan satelit ART ke puskesmas dilakukan secara bertahap, dimulai sebagai satelit ARV (hanya melanjutkan terapi dari rumah sakit pengampu bagi odha yang bersedia dialihkan). Integrasi dilakukan terutama pada puskesmas yang memiliki komitmen program HIV, jumlah kasus yang meningkat dan sumber daya memadai.

Mengingat stigma dan diskriminasi masih terjadi pada odha, diperlukan upaya-upaya untuk menurunkan stigma dan diskriminasi baik dari internal maupun eksternal layanan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada seluruh informan dan semua pihak yang telah mendukung dalam pelaksanaan dan penulisan penelitian ini. Ucapan terima kasih secara khusus kepada Badan Kesbang Pol Linmas Kabupaten Badung, Direktur RSUD Badung dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Badung yang telah memberikan ijin penyelenggaraan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral Pada Orang Dewasa. Jakarta: 2011:1-2 .
2. WHO. Global Health Sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015, Geneva-Switzerland; 2011. Available at: www.who.int.
3. UNAIDS. World AIDS Day 2014 Report. Geneva: UNAIDS; 2014. Available from: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/World-AIDS-Day-Report-2014>.
4. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Perkembangan HIV/AIDS Triwulan III. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta; 2014.
5. Zachariah R, Teck R, Buhendwa L, Fitzlerland M, Labana S, Chinji C, et al. Community support is associated with better antiretroviral treatment outcomes in a resource-limited rural district in Malawi. 2007. [cited 2015 Jun 20]. Available from: <http://trstmh.oxfordjournals.org/content/101/1/79>.
6. Bassett IV and Walensky RP. Integrating HIV screening into routine health care in resource-limited settings. 2010. Available from: <http://cid.oxfordjournals.org>.
7. Eaton JW, Menzies NA, Stover J, Cambiano V, Chindelevitch L, Cori A, et al. Health benefits, costs, and cost-effectiveness of earlier eligibility for adult antiretroviral therapy and expanded treatment coverage: a combined analysis of 12 mathematical models. *Lancet Global Health*; 2014;2(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
8. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI, Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS. Jakarta; 2013.
9. KPAN, WHO, UNAIDS. Odha dan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar: Penelitian Partisipatif. Editor: Yatim D I. Jakarta; 2011.
10. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan. Jakarta; 2012.
11. Presiden RI. Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta; 2012.
12. Mujiati, Jerico FP, Syaripuddin M. Evaluasi Pelaksanaan Layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP) HIV/AIDS di Jawa Barat dan Papua. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. 2012; 2(5). Available from: <http://www.bpk.litbang.depkes.go.id>.
13. Angkasawati, Widjiartini, Arifin A. Kesiapan Petugas Puskesmas dalam Penanggulangan Infeksi Menular Seksual dan HIV / AIDS pada Pelayanan Antenatal. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2009; 12(17):403-408.
14. Stephani MT, Julien MC, Matimba, Evelin M, et al.. Integrating HIV Treatment with Primary Care Outpatient Service: opportunities and challenges from a scaled-up model in Zambia. *Health Policy Plan*.;2013;28(4):347-57. Available from: <http://heapol.oxfordjournals.org>.
15. Modiba P, Schneider H, Weiner R, Blaauw D, Gilson L, Zondi T, et al. The Integration of HIV / AIDS Care and Support into Primary Health Care in Gauteng Province. Center for Health Policy School of Public Health University of the Withwatersrand, Johannesburg; 2002.
16. Uebel K, Guise A, Georgeu D, Colvin C, Lewin S. Integrating HIV care into nurse-led primary health care services in South Africa: a synthesis of three linked qualitative studies; 2013. Available from: <http://www.biomedcentral.com>.
17. Mullen S. Assessment of Primary Health Care Facilities for Decentralization of HIV/AIDS Services in Nigeria. Negeria; 2012.
18. Parker R. and Aggleton P. HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination : A Conceptual ramework and an Agenda for Action. Horizons Program; United State; 2002.
19. Eka SR, Syafar M, Natsir S. Hambatan terhadap Perilaku Pencegahan HIV dan AIDS pada Pasangan Odha Serodiskordan di Kota Makasar. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin; Makasar; 2010.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution