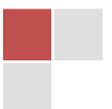


**RENCANA AKSI NASIONAL  
PENCEGAHAN  
PENULARAN HIV DARI IBU  
KE ANAK (PPIA)  
Indonesia 2013 - 2017**



## **DAFTAR ISI**

Kata Pengantar  
Daftar Isi  
Daftar Istilah  
Daftar Singkatan

### **Bab I PENDAHULUAN**

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan
- C. Landasan hukum

### **Bab II ANALISA SITUASI PPIA**

- A. Situasi Kesehatan di Indonesia
- B. Sistem Kesehatan
- C. Besaran permasalahan HIV
  - 1. Epidemio HIV di Indonesia
  - 2. Pelayanan Kesehatan Ibu, terutama Ibu Hamil
  - 3. Situasi Ibu Hamil dengan HIV positif
  - 4. Situasi Sarana dan Prasarana Pelayanan PPIA
- D. Tantangan dan hambatan
- E. Issue Strategies

### **Bab III RENCANA AKSI PPIA**

- A. Kebijakan
- B. Strategi
- C. Target dan Sasaran
- D. Kegiatan
- E. Pembiayaan

### **Bab IV PEMANTAUAN DAN EVALUASI**

### **Bab V PENUTUP**

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. LATAR BELAKANG

Ada 4 tindakan yang dianjurkan oleh WHO untuk mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu ke anak yaitu: (1) Penguatan tindakan pencegahan primer HIV untuk memastikan bahwa perempuan usia reproduksi dan pasangannya terhindar dari Infeksi HIV; (2) menyediakan kontrasepsi dan konseling agar dapat mencapai sasaran / cakupan keluarga berencana dikalangan ODHA perempuan; (3) menyediakan tes HIV, konseling dan obat antiretroviral pada waktu yang tepat untuk ibu hamil HIV untuk mencegah penularan kepada anak-anak mereka dan (4) memastikan bahwa perawatan, pengobatan dan dukungan bagi perempuan dengan HIV, anak2 dan keluarganya telah diberikan dengan benar dan tepat waktu. Dalam rangka mencegah anak-anak tertular infeksi HIV, metode baru terus dikembangkan berdasar bukti-bukti baru dan teknologi baru yang ditemukan.

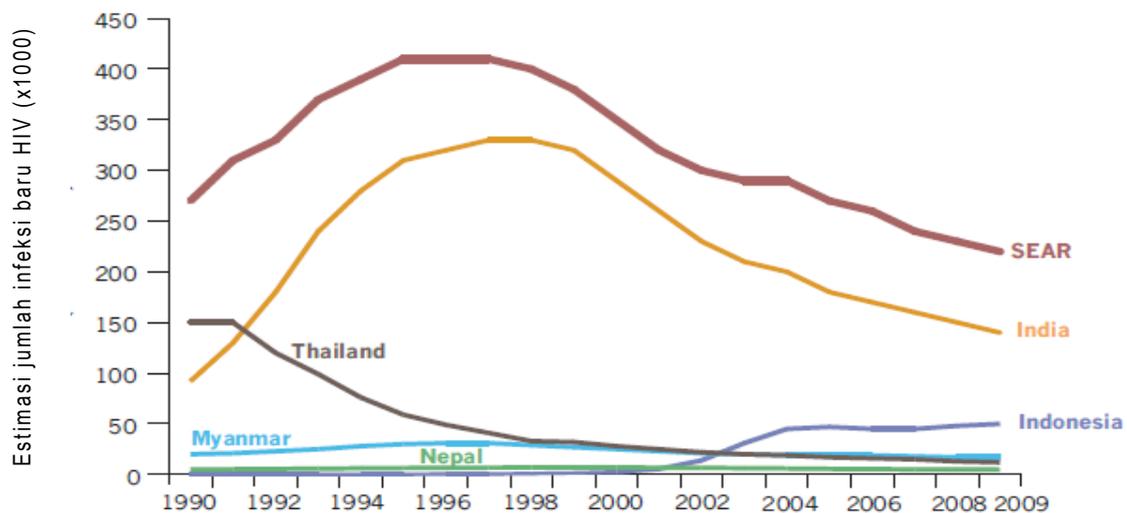
Laporan Epidemi AIDS Global (UNAIDS 2012) menunjukkan bahwa terdapat 34 juta orang dengan HIV di seluruh dunia. Sebanyak 50% di antaranya adalah perempuan dan 2,1 juta anak berusia kurang dari 15 tahun. Di Asia Tenggara, terdapat kurang lebih 4 juta orang dengan HIV. Menurut Laporan Perkembangann HIV-AIDS WHO-SEARO 2011 , sekitar 1,3 juta orang (37%) perempuan terinfeksi HIV.

Jumlah perempuan yang terinfeksi HIV dari tahun ke tahun semakin meningkat, seiring dengan meningkatnya jumlah laki-laki yang melakukan hubungan seksual tidak aman, yang akan menularkan HIV pada pasangan seksualnya. Pada ibu hamil, HIV bukan hanya merupakan ancaman bagi keselamatan jiwa ibu, tetapi juga merupakan ancaman bagi anak yang dikandungnya karena penularan yang terjadi dari ibu ke bayinya. Lebih dari 90% kasus anak HIV, mendapatkan infeksi dengan cara penularan dari ibu ke anak (*mother-to-child transmission/MTCT*).

Di banyak negara berkembang, HIV merupakan penyebab utama kematian perempuan usia reproduksi. Pada tahun 2010 diperkirakan terdapat 57.000 ibu hamil terinfeksi HIV di regional Asia Tenggara. Negara dengan *high-burden* penularan infeksi HIV dari ibu ke anak seperti India, Thailand, Myanmar dan Indonesia menunjukkan estimasi insidens HIV diantara ibu hamil cenderung tetap selama lima tahun terakhir. Jumlah anak kurang dari 15 tahun yang terinfeksi telah HIV sebesar 87.000 dengan estimasi infeksi HIV baru sebesar 48.000. Data estimasi UNAIDS/WHO (2009) juga memperkirakan 22.000 anak di wilayah Asia-

Pasifik terinfeksi HIV dan tanpa pengobatan, setengah dari anak yang terinfeksi tersebut akan meninggal sebelum ulang tahun kedua.

Di Indonesia, infeksi HIV merupakan salah satu masalah kesehatan utama dan salah satu penyakit menular yang dapat mempengaruhi kematian ibu dan anak. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) telah ada di Indonesia sejak kasus pertama ditemukan tahun 1987. Sampai saat ini kasus HIV-AIDS telah dilaporkan oleh 341 dari 497 kabupaten/kota di 33 provinsi. Selain itu, Indonesia adalah salah satu negara di Asia dengan epidemi HIV/AIDS yang berkembang paling cepat (UNAIDS, 2008) dan merupakan negara dengan tingkat epidemi HIV terkonsentrasi, karena terdapat beberapa daerah dengan prevalensi HIV lebih dari 5% pada subpopulasi tertentu, dan prevalensi HIV tinggi pada populasi umum 15-49 tahun terjadi di Provinsi Papua dan Papua Barat (2,4%).



Sumber: HIV/AIDS Report, WHO SEARO, 2010

Estimasi jumlah infeksi baru HIV di negara dalam lingkungan WHO South-East Asia Regional Office

Virus HIV dapat ditularkan dari ibu HIV kepada anaknya selama masa kehamilan, pada saat persalinan atau pada saat menyusui. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) telah terbukti sebagai intervensi yang sangat efektif untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Di negara maju risiko penularan dari ibu ke anak dapat ditekan hingga kurang dari 2% karena layanan PPIA tersedia dan dilaksanakan secara optimal. Namun di negara berkembang atau negara miskin, dengan minimnya akses terhadap pelayanan, risiko penularan berkisar antara 25%–45%. Rendahnya pengetahuan dan informasi tentang penularan dari Ibu ke anak bisa dilihat dari hasil Riskesdas 2010 yang menunjukkan bahwa Persentase penduduk yang mengetahui bahwa HIV/AIDS dapat **ditularkan dari ibu ke anak**

**selama hamil, saat persalinan, dan saat menyusui** adalah masing-masing 38,1 persen, 39,0 persen, dan 37,4 persen.

Ibu hamil dengan HIV mempunyai risiko sangat tinggi untuk sakit Tuberkulosis (TB) oleh karena itu, pemeriksaan dan diagnosis TB harus menjadi satu paket kegiatan yang tak dapat dipisahkan dari paket program PPIA. Risiko sakit TB pada bumil HIV 10 kali lebih besar dibanding bumil lainnya yang tidak HIV. Kajian determinan kematian maternal di lima region di Indonesia (Kemenkes dan UNFPA) menunjukkan bahwa kematian Ibu karena TB menunjukkan angka 4,1%, merupakan salah satu penyebab kematian utama dalam deretan sebab kematian non maternal.

Terapi antiretroviral menurunkan risiko TB sampai 65% dengan tanpa memperhitungkan berapa hasil pemeriksaan CD4. Oleh karena itu, kombinasi pemberian ARV secara dini dengan pemeriksaan TB secara reguler di tiap fasyankes, memberikan hasil jauh lebih baik dalam mencegah kematian Ibu dan Anak.

Menurut laporan UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV-AIDS*) tahun 2009, terdapat kemajuan signifikan dalam upaya mencegah penularan HIV dari ibu ke anak. Pada tahun 2008 di negara berpendapatan rendah dan menengah diperkirakan 21% ibu hamil yang melahirkan telah dites HIV, meningkat dari 15% pada tahun 2007. Sementara itu, 45% dari estimasi ibu hamil yang terinfeksi HIV telah menerima obat ARV untuk mencegah transmisi HIV ke anaknya, meningkat dari 35% pada tahun 2007 dan 10% pada tahun 2004. Salah satu sebab meningkatnya cakupan tes HIV pada ibu hamil adalah meningkatnya Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Layanan Kesehatan dan Konseling (TIPK) atau *Provider-Initiated Testing and Counseling* (PITC) di layanan/klinik antenatal dan persalinan, dan layanan kesehatan lainnya.

Data data tersebut diatas memberikan gambaran betapa pentingnya pelaksanaan PPIA untuk mencegah penularan HIV pada Ibu dan juga mencegah penularan dari Ibu ke anak. Untuk itu disusunlah Rencana Aksi Nasional yang akan memberikan arah pada pelaksanaan PPIA di seluruh Indonesia selama lima tahun sejak tahun 2013 – 2017.

Rencana Aksi Nasional ini disusun dengan merujuk pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah nasional dan Rencana Strategik Kementerian Kesehatan 2010-2014 dengan memperhatikan prioritas nasional dalam pencapaian Milenium Development dan perkiraan berlanjutnya Epidemik HIV di Indonesia

Sebagai salah satu bagian dari empat sasaran pembangunan Kesehatan yang pertama yaitu “Menurunnya disparitas status kesehatan dan gizi masyarakat antar wilayah dan antar tingkat sosial ekonomi serta gender”, disusunlah

Rencana Aksi Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak ini, yang akan dilaksanakan pada tahun 2013 – 2017.

Dalam kerangka pencapaian MDG, diharapkan keberhasilan program PPIA ini akan berkontribusi pada pencapaian tujuan 4, 5 dan 6

## **B. TUJUAN PPIA**

### **Tujuan Umum:**

- Mengendalikan penularan HIV melalui upaya pencegahan penularan dari Ibu ke Anak, meningkatkan kualitas hidup ibu dan anak yang terinfeksi HIV, serta menurunkan tingkat kesakitan dan kematian akibat HIV.

### **Tujuan khusus: Sesuai dengan target MDG**

- Mencegah Penularan HIV dari Ibu ke Anak dan Menurunnya jumlah kasus baru HIV pada anak serendah mungkin
- Mengurangi dampak epidemi HIV terhadap Ibu dan Anak dan Menurunnya angka kematian ibu dan anak serendah mungkin
- Meningkatnya kualitas hidup ibu hamil dan anak dengan HIV

## **C. LANDASAN HUKUM**

- UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- Peraturan Pemerintah No 41 Tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah
- Peraturan Pemerintah No 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintah antara Pemerintahan Propinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota
- Peraturan Presiden Nomor 5 tahun 2010 tentang RPJMN 2010-2014
- Peraturan Menteri kesehatan RI No. 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.03.01/160/2010 tentang Rencana Strategi Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1932/ MENKES/SK/IX/2011 tentang Kelompok Kerja Pengendalian HIV-AIDS Kementerian Kesehatan
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.

- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1907/MENKES/Per/VI/2011 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar Jamkesmas.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 411/MENKES/Per/III/2010 tentang Laboratorium Klinik.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 782/MENKES/SK/IV/2011 tentang Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)

## **BAB II**

### **ANALISA SITUASI HIV DI INDONESIA**

#### **A. Situasi Kesehatan di Indonesia**

Status kesehatan dan gizi masyarakat Indonesia secara umum menunjukkan perbaikan dalam beberapa tahun terakhir, yang tercermin dari pencapaian Umur Harapan Hidup (UHH), Angka Kematian Ibu (AKI), angka kematian bayi (AKB), dan prevalensi kekurangan gizi pada balita (Bappenas 2010). AKI telah menurun secara signifikan, meskipun masih perlu upaya dan kerja keras untuk mencapai sasaran MDGs menjadi 102 per 100 ribu kelahiran hidup pada akhir tahun 2015. Rendahnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu menjadi penyebab utama masih tingginya kematian ibu. Data Riskesdas 2010 menunjukkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah 82,2%, tetapi masih tampak jelas disparitas yang lebar antar propinsi (tertinggi di DI Yogyakarta sebesar 98,6 persen dan terendah di Maluku Utara sebesar 26,6, persen), . Persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan 55,4 % dan 43,2 % melahirkan di rumah. Diantara ibu yang melahirkan di rumah, 51,9 % ditolong oleh bidan dan 40,2 persen oleh dukun bersalin. Diantara ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan, 74,9% di perkotaan.

Kesehatan anak juga menunjukkan kecenderungan membaik. Data SDKI menunjukkan penurunan AKB dari 35 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007, namun masih jauh lebih tinggi dari target AKB dalam MDGs pada tahun 2015, yaitu sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup. Penyakit menular masih tetap merupakan masalah kesehatan masyarakat dan penyakit tidak menular cenderung meningkat. Beberapa penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat antara lain, TB, Demam Berdarah Dengue (DBD), diare, malaria, HIV/AIDS.

#### **B. Sistem Kesehatan**

Secara nasional, jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) terus meningkat, akan tetapi aksesibilitas masyarakat terutama penduduk miskin di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan terhadap Fasyankes masih terbatas. Pada tahun 2007 rasio Puskesmas terhadap penduduk adalah 3,6 per 100.000 penduduk. Jumlah puskesmas pembantu (Pustu) dan puskesmas keliling (Pusling) terus meningkat. Akses masyarakat untuk mencapai Fasyankes dasar cukup baik, yaitu 94 % masyarakat dapat mengakses fasyankes dengan jarak kurang dari 5 km (Riskesdas, 2007). Kualitas pelayanannya masih

perlu ditingkatkan, terutama untuk pelayanan kesehatan preventif dan promotif. Di beberapa wilayah terutama yang terpencil di kawasan Indonesia Timur masih banyak penduduk yang menghadapi kendala jarak untuk mencapai fasyankes. Kondisi ini diperburuk dengan kondisi jalan, transportasi yang terbatas dan listrik yang masih belum memadai.

Jumlah rumah sakit umum (RSU) pemerintah meningkat dari 625 (2004) menjadi 667 (2007), sedangkan rumah sakit swasta meningkat dari 621 menjadi 652. Pada tahun 2007, rasio tempat tidur (TT) rumah sakit terhadap penduduk sebesar 63,3 TT per 100.000 penduduk (*Profil Kesehatan, 2007*). Rasio ini masih lebih rendah dari target nasional tahun 2009 sebesar 75 TT per 100.000 penduduk. Utilisasi fasyankes meningkat pesat, meskipun demikian, sistem rujukan belum berjalan optimal.

Rasio tenaga kesehatan (dokter, dokter spesialis, perawat dan bidan) per 100.000 penduduk mengalami peningkatan pada periode tahun 2004-2008, tetapi masih lebih rendah bila dibandingkan dengan negara-negara lain di wilayah Asia Tenggara seperti Filipina dan Malaysia. Selain itu, distribusi tenaga dokter lebih banyak berpusat di pulau Jawa-Bali dan di daerah perkotaan.

Ketersediaan dan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan terus membaik, tetapi keterjangkauan, penggunaan dan mutu obat, serta pengawasan obat dan makanan masih belum optimal. Ketersediaan obat esensial di Puskesmas mencapai lebih dari 80 persen. Hingga saat ini, terdapat sekitar 16.000 jenis obat yang terdaftar dan 400 jenis obat yang tercantum dalam daftar obat esensial nasional (DOEN), 220 di antaranya merupakan obat generik esensial (Bappenas 2010). Selain itu, Indonesia telah memiliki kemampuan dalam penyediaan vaksin, baik untuk kebutuhan dalam negeri maupun ekspor.

Manajemen sistem informasi kesehatan masih belum cukup efektif dan optimal (Bappenas, 2010). Informasi data surveilans epidemiologi dari daerah ke pusat dan sebaliknya mengalami berbagai hambatan karena berbagai sebab, termasuk desentralisasi.. Kekurangan data sangat mempengaruhi proses perencanaan. Kekurangan informasi ini, diatasi dengan penggunaan hasil survei yang ketersediaannya biasanya tidak sesuai dengan periode dan siklus perencanaan dan evaluasi program.

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan diwujudkan dalam bentuk promosi kesehatan dan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), yang bertujuan untuk memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat dalam melaksanakan upaya pemeliharaan kesehatan secara mandiri. Pada tahun 2006 tercatat sekitar 270.000 posyandu yang mempunyai peran cukup penting dalam

kegiatan imunisasi, gizi, dan upaya kesehatan ibu dan anak (KIA), KB, pengendalian diare, dan penyuluhan kesehatan masyarakat. Pada tahun 2008 telah tersedia lebih dari 43.000 Poskesdes sebagai bagian dari infra struktur Desa Siaga.

Laporan World Bank 2009, Indonesia telah membangun landasan hukum untuk maju menuju Cakupan Semesta (*Universal Coverage*). Sejak tahun 2004 dengan UU SJSN 2004, pemerintah telah membuat komitmen untuk menyediakan jaminan asuransi kesehatan bagi seluruh masyarakat melalui suatu sistem asuransi kesehatan publik yang bersifat wajib. Pemerintah telah mengambil langkah-langkah yang berani dengan menyediakan jaminan asuransi yang mencakup sekitar 76,4 juta warga miskin dan hampir miskin, yang dibiayai melalui anggaran pemerintah. Walaupun demikian, lebih dari setengah jumlah penduduk masih belum memiliki jaminan asuransi kesehatan. Selain itu, kelemahan-kelemahan yang signifikan dari efisiensi dan pemerataan sistem kesehatan yang ada sekarang, jika tidak ditangani akan semakin meningkatkan tekanan biaya dan dapat mengganggu penerapan efektif dari Cakupan Semesta dan peningkatan status kesehatan masyarakat serta perlindungan keuangan yang diinginkan.

## **C. Besaran Permasalahan HIV**

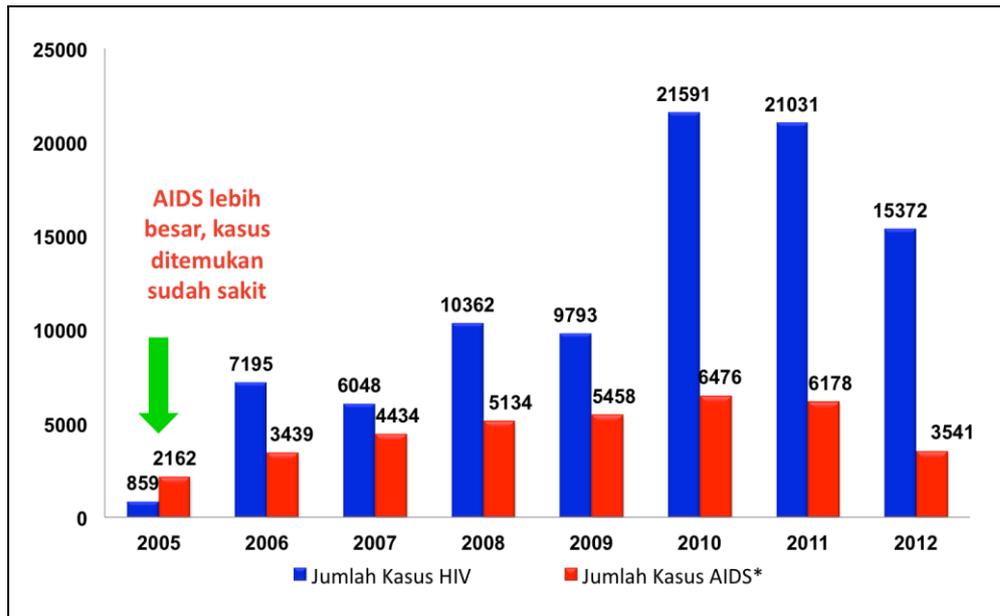
### **1. Epidemio HIV di Indonesia**

Epidemio HIV di Indonesia telah berlangsung selama 25 tahun dan sejak tahun 2000 sudah mencapai tahap terkonsentrasi pada beberapa sub-populasi berisiko tinggi (dengan prevalensi HIV > 5%), yaitu pengguna Napza suntik (penasun), wanita pekerja seks (WPS), LSL (Laki-laki suka seks dengan laki-laki) dan waria.

Dalam lima tahun terakhir, jumlah orang yang dilaporkan HIV positif bertambah dengan cepat. Situasi percepatan ini disebabkan kombinasi transmisi HIV melalui penggunaan jarum suntik bersama dan transmisi seksual di antara populasi berisiko tinggi. Di Tanah Papua (Provinsi Papua dan Papua Barat), keadaan yang meningkat ini ternyata telah menular lebih jauh, yaitu telah terjadi penyebaran HIV melalui hubungan seksual berisiko pada masyarakat umum (dengan prevalensi HIV 2.4%).

Hasil surveilans terpadu biologis dan perilaku (STBP) yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan di beberapa provinsi menggambarkan bahwa prevalensi HIV mulai konstan di atas 5% pada beberapa sub-populasi berisiko tinggi tertentu. Hasil surveilans sentinel HIV sampai dengan tahun 2012 menunjukkan bahwa prevalensi HIV berkisar 21% – 52% pada penasun, 1%-22% pada WPS, 3%-17% pada waria.

Tabel 2.1. Jumlah Kasus Kumulatif HIV-AIDS dari tahun 2005-2012

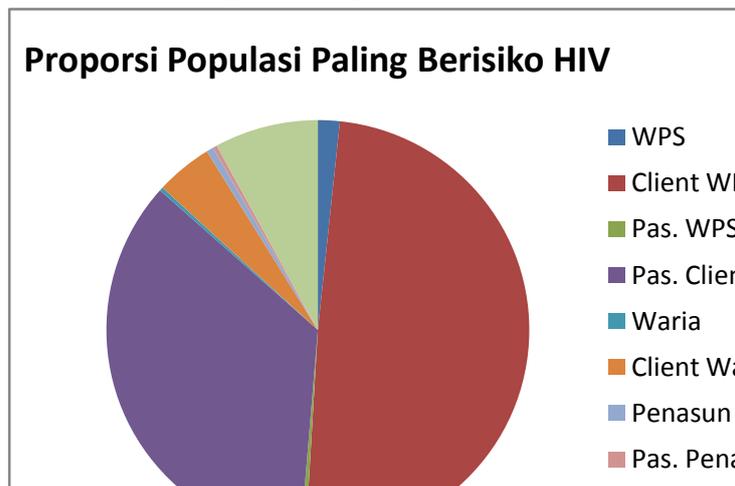


Sumber: Laporan Kementerian Kesehatan sampai dengan Triwulan-3 tahun 2012

Kemenkes melaporkan laju peningkatan kasus baru AIDS yang semakin cepat terutama selama 3 tahun terakhir. Diantara jumlah kasus baru itu, 82% adalah laki-laki, dan yang berusia kurang dari 30 tahun sebanyak 74%. Seiring dengan pertambahan total kasus AIDS, jumlah daerah yang melaporkan kasus AIDS pun bertambah. Pada akhir tahun 2000, sebanyak 16 provinsi, tahun 2003 menjadi 25 provinsi dan pada tahun 2006 sebanyak 32 provinsi dan sejak tahun 2012 sudah semua propinsi melaporkan AIDS.

Situasi epidemi HIV juga tercermin dari hasil Estimasi Populasi Rawan tertular HIV tahun 2012, diperkirakan ada 13,8 juta orang rawan tertular HIV dengan jumlah terbesar pada sub-populasi pelanggan pekerja seks yang jumlahnya lebih dari 6 juta orang dan pasangannya sebanyak hampir 5 juta orang.

Gambar 2.1 Proporsi Populasi Beresiko HIV

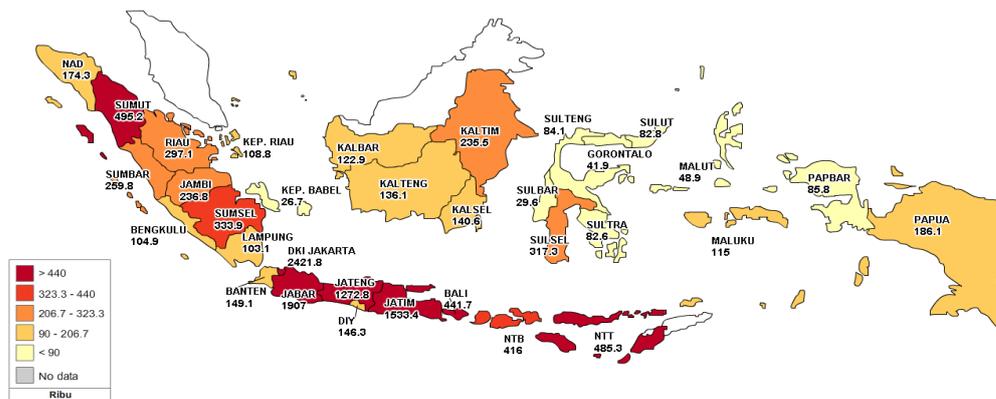


Sumber: Laporan hasil estimasi Populasi Rawan Tertular HIV tahun 2012

Pasangan pelanggan WPS yang jumlahnya hampir 5 juta (35%) ini, sebagian besarnya adalah ibu rumah tangga yang berisiko juga tertular HIV tanpa disadarinya.

Hasil estimasi orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Indonesia tahun 2012 jumlahnya berkisar antara 230.411-308.924, dimana 39% diantaranya adalah pelanggan pekerja seks dan 9% adalah pengguna narkoba suntik (penasun).

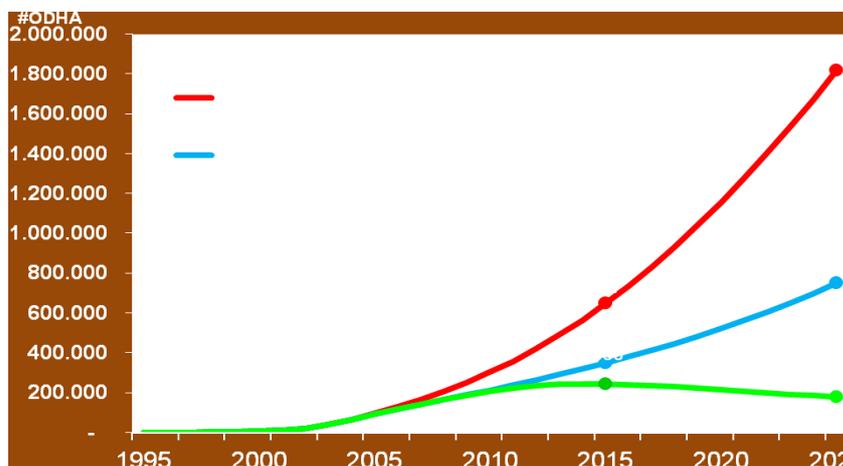
Gambar 2.2  
Peta estimasi ODHA tahun 2012



Sumberdata: Laporan hasil estimasi Populasi Rawan Tertular HIV tahun 2012

Banyak upaya yang telah dilakukan, meskipun demikian, bila respons yang masih terbatas seperti saat ini dimana cakupan program yang rendah berlangsung terus, maka hasil pemodelan epidemi HIV tahun 2012 mengindikasikan tingkat penularan akan terus meningkat di Indonesia. Diperkirakan akan ada sekitar 785.821 orang dewasa terinfeksi HIV pada tahun 2016, dan 40.349 orang diantaranya meninggal.

Gambar 2.3 Pemodelan Epidemi HIV



Sumber data: Pemodelan matematika, Kementerian kesehatan tahun 2012

Risiko penularan HIV sebenarnya tidak hanya terbatas pada sub populasi yang berperilaku risiko tinggi, tetapi juga pada pasangan atau istrinya, bahkan anaknya. Tanpa upaya khusus, diperkirakan pada akhir tahun 2016 akan terjadi penularan HIV secara kumulatif pada lebih dari 26.977 anak yang dilahirkan dari ibu yang terinfeksi HIV. Para ibu ini sebagian besar tertular dari suaminya.

Data riskesdas 2010 menunjukkan rendahnya pengetahuan masyarakat umum tentang tersedianya pelayanan untuk Konseling dan testing HIV (KTS) yaitu hanya 6,2 persen. Tiga provinsi dengan persentase tertinggi yaitu Provinsi Papua Barat (24,2%), Papua (19,6%), dan DI Yogyakarta (16,7%). Provinsi dengan persentase rendah adalah Provinsi Lampung (1,8%), Jambi (3,0%), Sulawesi Barat, dan Kalimantan Selatan (masing-masing 3,1%). Pengetahuan tentang adanya KTS tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun yaitu 7,6 persen; Pengetahuan lebih tinggi pada laki-laki, yang berstatus belum kawin, tinggal di perkotaan, berpendidikan lebih tinggi, bekerja sebagai pegawai, juga pada yang masih sekolah, dan pada penduduk dengan status ekonomi lebih tinggi.

Data ini menunjukkan betapa rendahnya pengetahuan dan informasi kaum perempuan, terutama yang berpendidikan rendah dan berstatus ekonomi kurang beruntung tentang ketersediaan layanan HIV

Data Riskesdas 2010 menunjukkan fakta bahwa sudah mulai muncul data remaja usia 10-24 tahun yang belum menikah telah berhubungan seksual. Faktanya, kelompok remaja yang pernah mendapat penyuluhan kesehatan reproduksi baru 25,1 %, bervariasi antar provinsi dari yang terendah di Provinsi Sulawesi Barat (9,8%) dan tertinggi di Provinsi DI Yogyakarta (57,1%). Data lain menunjukkan umur pertama menikah pada usia 10-14 tahun di Indonesia cukup tinggi yaitu 4,8% dan 41,9% pada usia 15-19 tahun. Fakta ini menunjukkan bahwa informasi yang jelas dan benar tentang kesehatan reproduksi termasuk pencegahan HIV dan IMS sangat diperlukan dikalangan remaja

## **2. Pelayanan kesehatan Ibu, terutama ibu hamil**

Cakupan ANC di Indonesia secara nasional mencapai lebih dari 90% untuk K-1 yang menunjukkan tingginya akses terhadap pelayanan pemeriksaan antenatal. Hasil riskesdas 2010 menunjukkan bahwa akses ibu hamil tanpa memandang umur kandungan saat kontak pertama kali adalah 92,7 persen, tak jauh berbeda dari laporan rutin hasil cakupan program KIA.

Tabel 2.2  
**Cakupan ANC di Indonesia**

Daerah	Jumlah Bumil (2012)	Kunjungan Antenatal					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Papua dan Papua Barat	87.230	50.606 (64%)	31.889 (41%)	47.480 (69%)	47.584 (60%)	50.721 (61%)	52.101 (60%)
Kab/Kota daerah terkonsentrasi	2.728.478	2.743.273 (92%)	2.759.337 (93%)	2.710.842 (96%)	2.760.526 (97%)	2.776.673 (98%)	2.694.873 (99%)
Kabupaten/Kota daerah epidemi rendah	2.375.782	2.070.391 (91%)	2.081.983 (92%) \\	2.166.600 (93%)	2.136.935 (94%)	2,397,342 (96%)	2.268.561 (95%)
<b>TOTAL</b>	5.191.491	5.333.266 (91%)	4.873.209 (92%)	4.925.022 (95%)	4.945.046 (95%)	5.224.736 (96%)	5.015.535 (97%)

Sumber data: Laporan Cakupan Dit Kes Ibu Kemenkes 2012

Apabila cakupan ANC ini kita bandingkan dengan rendahnya cakupan pelayanan PPIA, termasuk pengobatan ARV, tampak kenyataan adanya miss-opportunity. Artinya ada Ibu hamil HIV positif yang tidak mengetahui statusnya, padahal sebenarnya dia sudah datang ke fasyankes untuk ANC.

Layanan ANC yang sangat luas di Indonesia dan cakupannya yang tinggi selama beberapa tahun terakhir ini merupakan modal dasar utama untuk melakukan PPIA dan akan menyelamatkan anak-anak yang akan dilahirkan oleh ibu HIV tersebut dan mencegah transmisi berikutnya. Perlu segera dilakukan perluasan layanan PPIA, terutama di wilayah dengan risiko tinggi HIV, yang dapat diukur dengan kriteria sebagai berikut:

1. Tingkat prevalensi HIV di wilayah tersebut
2. Jumlah KAPs (Key Affected Populations)

### 3. Situasi Ibu Hamil dengan HIV Positif

Data Kementerian Kesehatan (2012) menunjukkan dari 43.624 ibu hamil yang menjalani test HIV, sebanyak 1.329 (3,01%) ibu hamil dinyatakan positif HIV. Hasil pemodelan matematika epidemi HIV tahun 2012 menunjukkan prevalensi HIV pada ibu hamil diperkirakan akan meningkat dari 0,38% (2012) menjadi 0,49% (2016) sehingga kebutuhan terhadap layanan PPIA meningkat dari 12.189 (2012) menjadi 16.191 (2016).

Di Indonesia, infeksi HIV merupakan salah satu penyakit menular yang dikelompokkan sebagai faktor yang dapat mempengaruhi kematian ibu dan anak. Meskipun berbagai upaya telah dilaksanakan selama beberapa tahun, masih

perlu upaya peningkatan cakupan pelaksanaan program PPIA yang terintegrasi di layanan KIA sejalan dengan perkiraan peningkatan beban

Pemodelan matematika yang dilakukan pada tahun 2012 memberikan gambaran kebutuhan pelayanan PPIA selama 5 tahun kedepan sebagaimana tabel tersebut dibawah ini

Tabel 2.3

**Estimasi dan proyeksi kebutuhan layanan PPIA di Indonesia tahun 2012-2016**

Indicator	2012	2013	2014	2015	2016
Jumlah Ibu Hamil HIV+	15,517	16,735	17,807	18,872	19,636
Jumlah Ibu yg membutuhkan PPIA	13,189	14,225	15,136	15,965	16,691
Jumlah Ibu menerima PPIA	1,048				
Perecent receiving PMTCT	7,95				
Angka Prevalensi HIV pada Ibu Hamil	0,38%	0,41%	0,44%	0,47%	0,49%

Sumber data: Pemodelan Matematika Kemenkes 2012

#### 4. Situasi sarana dan Prasarana PPIA

Sampai dengan saat ini, layanan PPIA tersedia di 31 provinsi dengan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan PPIA sebanyak 92 RS dan 13 Puskesmas. Selain itu, masih terdapat beberapa layanan swasta dan atau NGO yang memberikan layanan untuk masyarakat disekitarnya.

Dalam tahun terakhir ini telah dilakukan upaya intensif PPIA di beberapa wilayah. Hasil kegiatan ini menunjukkan bahwa upaya PPIA yang dilaksanakan dengan melakukan integrasi layanan KIA/KB dan layanan KTS dan PDP berhasil dengan baik dan efektif.

Tabel 2.4  
Hasil Pelayanan PPIA

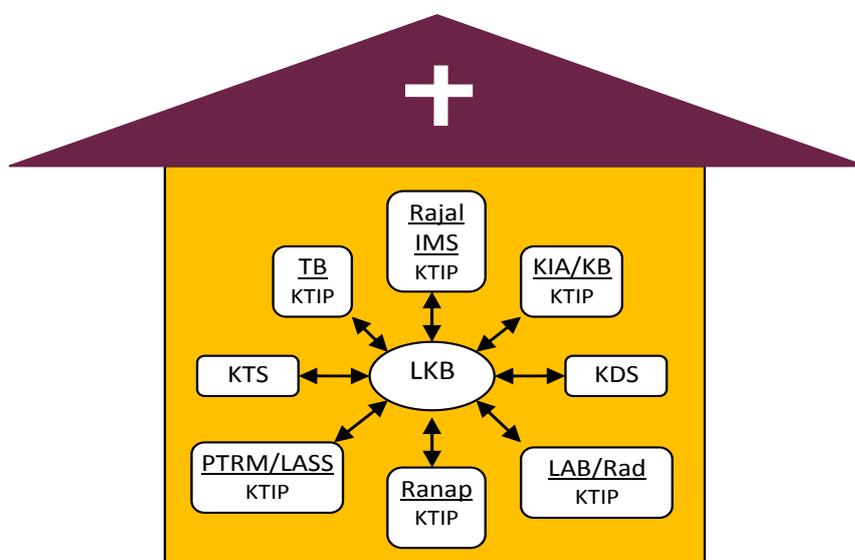
Pelayanan PPIA	Cakupan
Jumlah bumil di Tes HIV	43.624
Jumlah Bumil HIV Positif	1.329 (3,04%)
Jumlah Bumil HIV mendapat ARV	1.070 (80,5%)
Bayi lahir dari ibu HIV mendapat ARV Propilaksis	1.145 (86,2%)
Jumlah bayi HIV positif (pemeriksaan PCR)	86 (7,5%)

Sumber data: Laporan Dit kes Ibu dan Dit P2ML Kementerian Kesehatan

Pada pengembangan Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) yang diprioritaskan pada kabupaten/kota risiko tinggi, pelaksanaan PPIA akan diintegrasikan sebagai bagian dari LKB dengan melakukan jejaring dan integrasi layanan antar unit, termasuk KIA dalam pengembangan PPIA.

Gambar 2.4

Layanan Komprehensif Berkesinambungan di fasilitas Kesehatan



Sumber: Pedoman Layanan HIV Berkesinambungan, Kementerian Kesehatan, 2012

## 5. Stigma dan Diskriminasi

Kata “**stigma**” berasal dari Yunani dulu, untuk menyebut bekas luka akibat kulit ditempel besi panas yang dilakukan pada budak, penjahat atau orang-orang yang dianggap kriminal lainnya, sehingga mudah diidentifikasi sebagai orang yang hina atau harus dijauhi.

Dalam pengertian yang sederhana, **stigma** adalah sikap atau attitude negatif yang terkait dengan keyakinan atau pengetahuan seseorang. Sedangkan **diskriminasi** adalah perilaku atau action yang dilakukan. Dengan demikian asal-usul terjadinya “stigma” dan “diskriminasi” adalah dari pandangan negatif terhadap orang atau kelompok tertentu yang dianggap mempunyai sesuatu yang tidak baik.

Stigma sering kali menyebabkan terjadinya diskriminasi dan pada gilirannya akan mendorong munculnya pelanggaran HAM bagi ODHA dan keluarganya. Stigma dan diskriminasi memperparah epidemi HIV & AIDS. Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Indonesia hingga kini masih merasakan adanya stigma dan diskriminasi. Pemahaman kebanyakan orang masih keliru keliru tentang HIV & AIDS. AIDS dianggap sebagai penyakit yang berbahaya, karena sampai saat ini belum ditemukan obat yang dapat menyembuhkan. Masalah HIV & AIDS dianggap hanya masalah bagi mereka yang mempunyai perilaku seks yang menyimpang. HIV & AIDS seringkali dikaitkan dengan masalah mereka yang dinilai tidak bermoral, pendosa dan sebagainya.

Diskriminasi dalam memperoleh akses kesehatan saat ini justru lebih sering dilakukan oleh para tenaga kesehatan. Sering terjadi, fasilitas pelayanan kesehatan yang diharapkan memberikan perawatan dan dukungan, pada kenyataannya merupakan tempat pertama orang mengalami stigma dan diskriminasi. Bahkan beberapa tenaga kesehatan/fasilitas pelayanan kesehatan secara terang-terangan menolak memberikan pelayanan kesehatan ketika mengetahui pasien yang ditangani positif HIV/AIDS. Contoh diskriminasi meliputi petugas kesehatan di fasilitas pelayanan yang menolak memberikan pertolongan persalinan kepada ibu Hamil HIV karena takut tertular HIV, fasilitas pelayanan kesehatan hanya mau menolong persalinan apabila dilengkapi dengan sarana dan alat pertolongan persalinan yang berlebihan, membakar sarana dan alat yang digunakan setelah menolong persalinan ibu HIV. Diskriminasi ini timbul antara lain karena disebabkan karena banyak tenaga kesehatan yang belum paham dan mendapat informasi yang lengkap dan benar mengenai HIV/AIDS, sehingga Stigma dan diskriminasi juga menghambat upaya pencegahan dengan membuat orang takut untuk melakukan pemeriksaan tes HIV untuk mengetahui apakah mereka terinfeksi atau tidak.

Satu upaya dalam menanggulangi adanya diskriminasi terhadap ODHA adalah meningkatkan pemahaman tentang HIV & AIDS di masyarakat, khususnya di kalangan petugas kesehatan, dan terutama pelatihan tentang perawatan.

Pemahaman tentang HIV & AIDS pada gilirannya akan disusul dengan perubahan sikap dan cara pandang masyarakat, termasuk petugas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap HIV & AIDS dan ODHA, sehingga akhirnya dapat mengurangi tindakan diskriminasi terhadap ODHA khususnya ibu hamil, sehingga implementasi untuk mewujudkan akses kesehatan universal bagi ODHA khususnya ibu hamil akan dapat dicapai.

Di Indonesia, data kuantitatif tentang masih adanya stigma dan diskriminasi ini bisa dilihat dari hasil survei akhir tahun 2001 oleh Yayasan Spiritia terhadap 42 responden pengidap HIV/AIDS di 10 provinsi di Indonesia. Beberapa bentuk diskriminasi itu antara lain; penolakan rumah sakit, dokter, maupun perawat untuk melayani dan merawat ODHA, cara perawatan yang membeda-bedakan, pemberian informasi yang salah mengenai HIV/AIDS kepada pendamping dan keluarga ODHA, serta upaya pemaksaan untuk menjalani tes HIV/AIDS tanpa dilanjutkan dengan upaya konseling. Dalam pergaulan juga masih terjadi diskriminasi. 14% responden mengaku diperlakukan berbeda di lingkungan kerjanya, 7% tidak diikutsertakan lagi dalam kegiatan di lingkungannya, 12% dipisahkan dari keramaian.

#### **D. Tantangan dan Hambatan**

Dalam melaksanakan program PPIA terdapat berbagai tantangan dan hambatan yang dapat mempengaruhi pelaksanaan program. Beberapa hambatan (kelemahan) diantaranya yaitu:

1. Program PPIA belum mendapat perhatian cukup dari para pemangku kepentingan,
2. Belum tersosialisasinya kebijakan nasional PPIA dan pedoman pelaksanaannya
3. PPIA belum dilaksanakan secara komprehensif (prong 1, 2, 3 dan 4); dan belum terintegrasi sepenuhnya kedalam kegiatan rutin KIA
4. Masih terbatasnya Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyediakan pelayanan PPIA termasuk ketersediaan bahan pendukung
5. Pengetahuan , keterampilan dan motivasi tenaga kesehatan masih belum memadai
6. Stigma dan diskriminasi
7. Sistem pencatatan-pelaporan, monitoring-evaluasi dan supervisi belum dilaksanakan maksimal dan capaian hasilnya belum optimal,

## **E. Issue Strategis**

1. Meningkatnya prevalensi HIV pada ibu hamil (proyeksi: 0.38% tahun 2012 menjadi 0.49% pada tahun 2016)
2. Besarnya variasi prevalensi HIV antar wilayah di Indonesia (31 Provinsi: 0.38% dibandingkan Provinsi Papua dan Papua Barat 4.12%)
3. Masih Rendahnya Pengetahuan komprehensif pada kelompok masyarakat umur 15 – 24 tahun tentang HIV
4. Masih rendahnya kesadaran masyarakat tentang pencegahan dan penularan HIV
5. Terbatasnya Ketersediaan layanan PPIA komprehensif (data tahun 2012, baru tersedia di 94 layanan yang terdiri dari 85 Rumah Sakit dan 9 Puskesmas)
6. Terbatasnya kapasitas petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan PPIA
7. Belum optimalnya jejaring pelayanan dan peran swasta dan LSM
8. Pengelolaan dan Pembiayaan Program

## BAB III

### RENCANA AKSI PPIA TAHUN 2013-2017

#### A. KEBIJAKAN

Kebijakan pelayanan PPIA Tahun 2013-2017 adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) diintegrasikan pada layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB) dan Konseling Remaja di setiap jenjang pelayanan kesehatan dengan ekspansi secara bertahap dan melibatkan peran swasta, LSM dan komunitas
2. PPIA dalam pelayanan KIA merupakan bagian dari Program Nasional Pengendalian HIV-AIDS dan IMS
3. Setiap perempuan yang datang ke layanan KIA-KB dan remaja harus mendapatkan informasi mengenai PPIA
4. Didaerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan
5. Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB. Pemeriksaan dilakukan secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.
6. Daerah yang belum mempunyai tenaga kesehatan yang mampu / berwenang memberikan pelayanan PPIA, dapat dilakukan dengan cara:
  - a. Merujuk ibu hamil ke fasilitas pelayanan HIV yang memadai
  - b. Pelimpahan wewenang (*task shifting*) kepada tenaga kesehatan lain yang terlatih. Penetapan daerah yang memerlukan task shifting petugas, diputuskan oleh kepala dinas kesehatan setempat
7. Setiap ibu hamil yang positif HIV wajib diberi obat ARV dan mendapatkan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan lebih lanjut (PDP)
8. Kepala Dinas Kesehatan merencanakan ketersediaan logistik (obat dan tes HIV) berkoordinasi dengan Ditjen PP&PL kKemenkes
9. Pelaksanaan Persalinan, baik pervaginam atau per abdominal harus memperhatikan indikasi obstetrik ibu dan bayinya serta harus menerapkan kewaspadaan standar.

10. Sesuai dengan kebijakan program bahwa makanan terbaik untuk bayi adalah pemberian ASI secara eksklusif 0-6 bulan. Untuk itu maka Ibu dengan HIV perlu mendapat konseling laktasi dengan baik sejak perawatan antenatal pertama sesuai dengan pedoman. Namun apabila ibu memilih lain (susu formula), maka ibu, pasangannya dan keluarga perlu mendapat konseling makanan bayi yang memenuhi persyaratan teknis.

## **B. STRATEGI**

1. PPIA dilaksanakan di seluruh Indonesia dengan ekspansi bertahap.
2. Semua fasilitas pelayanan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan PPIA
3. Perlu adanya jejaring pelayanan PPIA sebagai bagian dari Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB)
4. Melibatkan peran swasta , Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) maupun komunitas secara keseluruhan
5. Daerah menetapkan wilayah yang memerlukan task shifting
6. Ketersediaan logistik (obat dan pemeriksaan task shifting)

## **C. TARGET dan SASARAN**

Semua Puskesmas memberikan Pelayanan PPIA komprehensif sesuai dengan ketersediaan sarana dan prasarana di Puskesmas masing masing. Pengembangan ke seluruh Puskesmas akan dilaksanakan secara bertahap. Prong 1 dan 2 dikembangkan ke seluruh Puskesmas, sedangkan prong-3 dan 4 dikembangkan di puskesmas dengan sarana dan prasarana khusus, dilengkapi dengan jejaring ke semua puskesmas dalam wilayah kabupaten/kota yang bersangkutan. Pengembangan dilakukan bertahap dengan prioritas pada daerah epidemi HIV meluas, sedangkan untuk daerah epidemi HIV terkonsentrasi, minimal 5 Puskesmas di setiap Kabupaten/Kota mampu melaksanakan pelayanan rujukan PPIA.

Pengembangan PPIA akan dilaksanakan dengan mempertimbangkan rencana pengembangan LKB. Pada fase awal pengembangan PPIA dan LKB, akan dilakukan sesuai dengan rencana pengembangan yang sudah ada. Pada akhirnya nanti, seluruh PPIA akan menjadi bagian integral dari LKB.

Tabel 3.1  
Rencana Pengembangan Layanan PPIA

Target	Baseline (2012)	Tahun 2013	Tahun 2014	Tahun 2015	Tahun 2016	Tahun 2017
Kab/Kota dengan fasilitas pelayanan PPIA	18	240	479 *	100%	100%	100%
RS Rujukan ARV	355	400	444 **	100%	100%	100%
Puskesmas PPIA:						
a. Prong 1 dan 2	????	9323 ***	100%	100%	100%	100%
b. Prong 1,2,3 & 4	90	1200	2395****	100%	100%	100%

Note: \* 100% Kabupaten/Kota  
 \*\* 100% RS  
 \*\*\* 100% Puskesmas PPIA Prong 1 & 2 (seluruh Puskesmas)  
 \*\*\*\* Puskesmas dengan Rawat Inap (diutamakan)

Didaerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Target yang ditetapkan di kedua wilayah ini berbeda pada tahap awal pengembangannya (60% di daerah epidemi meluas dan 15% di daerah epidemi terkonsentrasi). Tapi sama2 mencapai 100% pada akhir tahun kelima.

Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB. Pemeriksaan dilakukan secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.

Tabel 3.2  
Prioritas sasaran ibu hamil ditawarkan Tes HIV pada pemeriksaan Antenatal

Daerah	2013	2014	2015	2016	2017
Daerah epidemi meluas (Papua dan Papua Barat)	60%	70%	80%	90%	100%
Kab/Kota epidemi terkonsentrasi	15%	35%	60%	90%	100%
Kab/Kota epidemi rendah	10%	15%	20%	25%	30%

Layanan ANC yang sangat luas di Indonesia merupakan modal dasar utama untuk melakukan pencegahan penularan HIV dari Ibu ke anak, untuk

menyelamatkan anak-anak yang akan dilahirkan dan mencegah transmisi berikutnya. Untuk itu perlu segera dilakukan perluasan layanan PPIA, terutama di wilayah dengan risiko tinggi HIV, dengan kriteria sebagai berikut:

1. Tingkat prevalensi HIV di wilayah tersebut
2. Jumlah Populasi Kunci/KAPs (Key Affected Populations)

Berdasarkan skala prioritas tersebut di atas dan dengan memperhitungkan tingginya cakupan kontak ibu hamil di Indonesia, maka didapat perhitungan jumlah ibu hamil yang akan menjalani test HIV, sebagaimana tabel dibawah ini:

**Tabel 3.3**  
**Perkiraan Jumlah Ibu Hamil dites HIV pada pemeriksaan Antenatal**

Daerah	Jumlah ibu hamil	Ibu Hamil ANC	Target Ibu Hamil dites HIV				
			2013	2014	2015	2016	2017
Papua dan Papua Barat	87.230	52.101 (60%)	31.261	36.471	41.681	46.891	52.101
Kab/Kota epidemi terkonsentrasi	2.728.478	2.694.873 (99%)	404.231	943.206	1.616.924	2.425.386	2.694.873
Kab/Kota epidemi rendah	2.375.782	2.268.561 (95%)	226.856	340.284	453.712	567.140	680.568
<b>Total</b>	<b>5.191.491</b>	<b>5.015.535 (97%)</b>	<b>662.348</b>	<b>1.319.659</b>	<b>2.111.916</b>	<b>3.038.915</b>	<b>3.426.940</b>

Berdasarkan data yang ada dari hasil perhitungan menggunakan pemodelan matematika

**Tabel 3.4**  
**Jumlah Perkiraan Ibu hamil, cakupan Antenatal dan bumil HIV tahun 2012**

Daerah	Jumlah Bumil	Kunjungan Antenatal	Bumil HIV
Papua dan Papua Barat	87.230	52.101 (60%)	3,166 (3,63%)
Kab/Kota daerah terkonsentrasi	2.728.478	2.694.873 (99%)	6,821 (0,25%)
Kabupaten/Kota daerah epidemi rendah	2.375.782	2.268.561 (95%)	5,939 (0,25%)
<b>TOTAL</b>	<b>5.191.491</b>	<b>5.015.535 (97%)</b>	<b>15,574 (0,30%)</b>

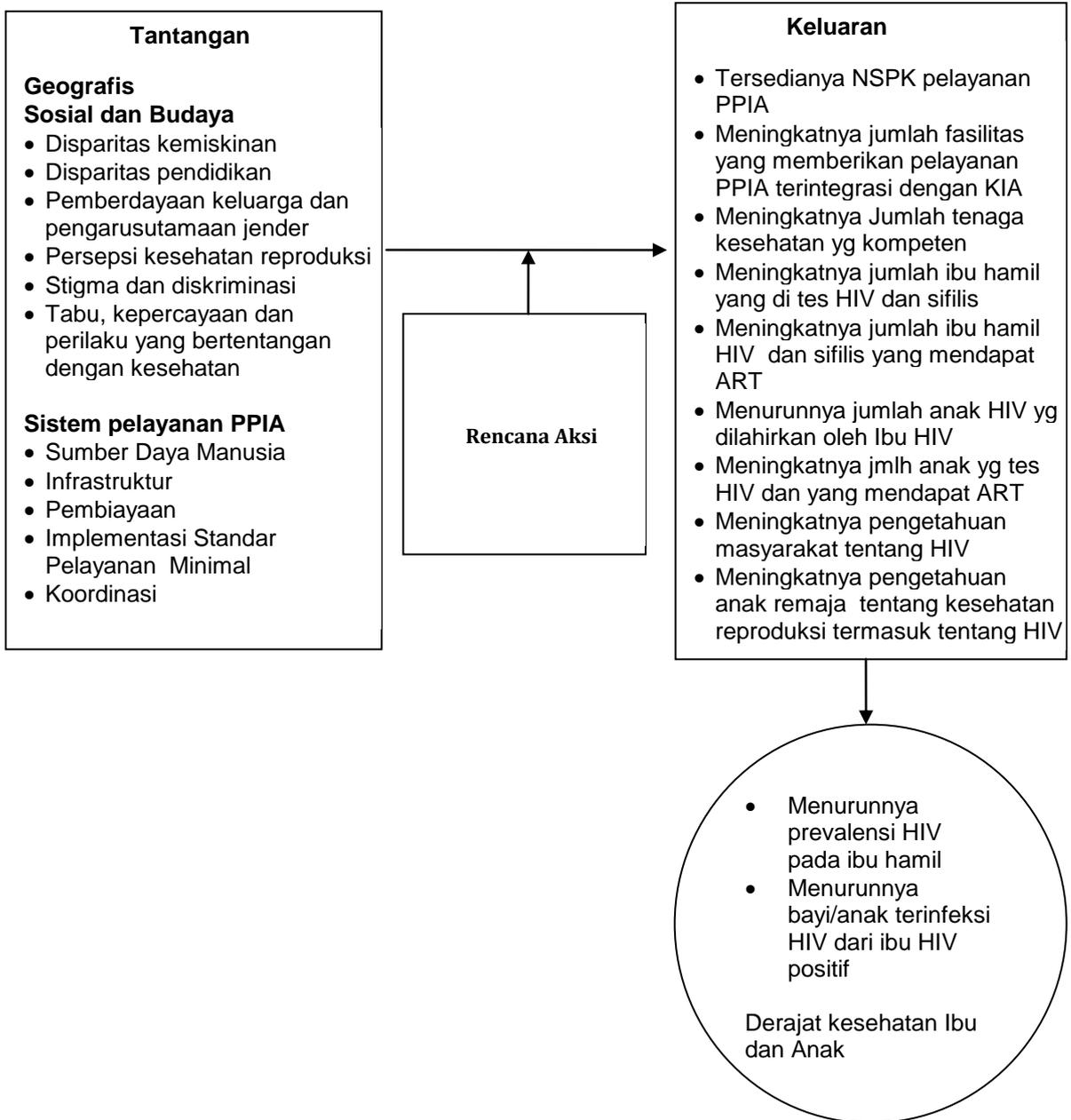
Perkiraan jumlah sasaran yang akan dijangkau untuk 5 tahun kedepan diperhitungkan berdasar perkiraan jumlah ibu hamil HIV di wilayah dengan

prevalensi yang berbeda tersebut. Tabel dibawah ini target jumlah ibu hamil yang mendapat ARV berdasar perhitungan tersebut diatas.

**Tabel 3.5**  
**Target Sasaran Ibu Hamil yang akan mendapat ARV 2013-2017**

Daerah	Jumlah Bumil	Ibu Hamil ANC	Target Ibu Hamil Mendapat ARV				
			2013	2014	2015	2016	2017
Papua dan Papua Barat	87.230	52.101 (60%)	1.135	1.324	1.513	1.702	1.891
Kab/kota Terkonsentrasi	2.728.478	2.694.873 (99%)	1.011	2.358	4.042	6.063	6.737
Kab/kota epidemi rendah	2.375.782	2.268.561 (95%)	567	851	1.134	1.418	1.701
<b>Total</b>	<b>5.191.491</b>	<b>5.015.535 (97%)</b>	<b>2.712</b>	<b>4.533</b>	<b>6.690</b>	<b>9.183</b>	<b>10.330</b>

## Kerangka Konsep Implementasi Rencana Aksi Nasional PPIA Tahun 2013-2017



#### **D. IMPLEMENTASI RENCANA AKSI NASIONAL**

Kegiatan yang disusun dalam RAN PPIA tahun 2013-2017 ini mengarah pada tercapainya tujuan PPIA yaitu mengendalikan penularan HIV melalui upaya pencegahan penularan dari Ibu ke Anak, meningkatkan kualitas hidup ibu dan anak yang terinfeksi HIV, serta menurunkan tingkat kesakitan dan kematian akibat HIV.

Seluruh kegiatan akan dilaksanakan dalam kurun waktu 5 (lima) tahun terdiri dari 7 (tujuh) kegiatan utama yaitu:

1. Menyebarluaskan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang HIV baik secara individu maupun secara kelompok
2. Konseling dan penyediaan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif
3. Perencanaan dan persiapan kehamilan yang tepat (jika ibu ingin hamil)
4. Layanan Konseling ANC/PPIA dan TIPK
5. Pengobatan untuk pencegahan penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV ke bayi yang dikandungnya
6. Dukungan psikososial bagi ibu HIV dan Keluarga paska melahirkan
7. Pelayanan kesehatan Ibu dan Anak yang komprehensif

Seluruh kegiatan utama ini merupakan rangkaian dari upaya komprehensif PPIA, yang diperkuat dengan kegiatan pendukung sebagai berikut:

1. Memperkuat Tim Provinsi dalam keberlangsungan pelaksanaan integrasi PPIA dalam KIA
2. Meningkatkan koordinasi LP/LS termasuk LSM dalam pelaksanaan pelayanan PPIA
3. Memperkuat pelayanan PPIA melalui peningkatan kapasitas petugas kesehatan di semua Puskesmas pada daerah epidemi meluas, minimal 5 Puskesmas pada daerah epidemi terkonsentrasi dan minimal 4 puskesmas pada daerah epidemi rendah
4. Monitoring dan Evaluasi terpadu secara berkala

## **KEGIATAN UTAMA:**

### **1. Menyebarluaskan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang HIV baik secara individu maupun secara kelompok**

Dasar pemikiran:

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010, secara nasional pengetahuan tentang HIV dan AIDS pada penduduk umur 15-24 tahun yang pernah mendengar tentang HIV dan AIDS adalah 75,1%, sedangkan pengetahuan komprehensif dan “benar” tentang penularan dan pencegahan HIV dan AIDS secara nasional masih rendah yaitu 7,6% pada laki-laki dan 7,3% pada perempuan. Pengetahuan tentang penularan HIV pada laki-laki tahun 2007 sebesar 2,9% meningkat menjadi 11,1% pada tahun 2010. Sedangkan pada perempuan tahun 2007 sebesar 3% meningkat menjadi 12,1% pada tahun 2010.

Pengetahuan tentang pencegahan HIV pada laki-laki tahun 2007 sebesar 13,2% meningkat menjadi 38,8% pada tahun 2010 dan pada perempuan tahun 2007 sebesar 12,7% meningkat menjadi 34,4% pada tahun 2010 dan pengetahuan HIV dan AIDS secara komprehensif pada Laki-laki tahun 2007 sebesar 1,5% meningkat menjadi 7,6% pada tahun 2010 sedangkan pada Perempuan tahun 2007 sebesar 1,5 % meningkat menjadi 7,3% pada tahun 2010. Dapat dikatakan terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan tetapi secara keseluruhan peningkatan tersebut masih jauh dari keadaan yang diharapkan, terutama seperti yang ditargetkan MDGs. Oleh karena itu dalam pencegahan penularan ibu ke anak ini juga perlu diperkuat dengan kegiatan yang bertujuan meningkatkan pengetahuan masyarakat dengan sasaran spesifik ibu hamil dan remaja baik secara individu maupun kelompok.

#### **Kegiatan:**

- 1.1 Pemberian informasi dan edukasi individu dan kelompok tentang HIV, IMS, Kespro termasuk pengobatan Malaria dan TB.
- 1.2 Kegiatan penyebaran informasi tentang HIV dan AIDS, IMS, Kespro termasuk pengobatan Malaria dan TB sebagai infeksi oportunistik bagi orang dengan HIV dan AIDS. Kegiatan mempunyai sasaran remaja di sekolah mulai tingkatan SMP melalui Puskesmas Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) sampai dengan perguruan tinggi termasuk juga remaja di luar sekolah dan juga khususnya dengan sasaran utama adalah ibu hamil.
  - 1.2.1 Pelatihan konseling dasar HIV bagi konselor sebaya (di sekolah dan luar sekolah). Selain penyebaran informasi dan edukasi dasar HIV bagi remaja juga perlu dipersiapkan kegiatan konseling dasar karena kecenderungan remaja untuk mencari informasi dan

berdiskusi lebih lanjut dengan orang terdekatnya. Untuk itu direncanakan untuk dilaksanakan pelatihan konseling dasar HIV bagi konselor sebaya.

#### 1.2.2 Pelatihan PKPR bagi petugas kesehatan (TOT)

PKPR telah dilaksanakan sejak tahun 2003, model pelayanan kesehatan yang bertujuan menjangkau remaja yang didalamnya termasuk HIV dan AIDS. PKPR memberikan layanan kepada remaja secara komprehensif melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif baik di dalam maupun di luar gedung. Puskesmas.

Sistem ini telah berjalan meskipun belum secara merata di semua provinsi. Untuk mendukung PPIA, dalam kegiatan PKPR akan ditambahkan informasi dan edukasi terkait dengan pencegahan penularan HIV bagi ibu dan bayi. Melalui PPIA diharapkan sejalan dengan pelaksanaan PKPR. Untuk itu perlu dipersiapkan pelatihan PKPR bagi petugas kesehatan untuk wilayah yang belum melaksanakannya.

#### 1.2.3 Pelatihan komunikasi dan konseling HIV pada petugas kesehatan Puskesmas dan RS Rujukan ODHA

Penyediaan informasi dan konseling HIV di Puskesmas dan RS Rujukan ODHA sangat esensial dan untuk itu petugas kesehatannya harus mendapatkan pelatihan terkait dengan hal tersebut.

#### 1.2.4 Penyediaan materi KIE HIV-AIDS

Penyediaan materi KIE HIV-AIDS termasuk pencegahan penularan ibu dan anak diharapkan tersedia di semua layanan HIV baik di Puskesmas maupun di RS serta klinik swasta yang telah menyediakan layanan HIV. Materi dapat berupa poster, leaflet, lembar balik, booklet dan sebagainya.

Penanggungjawab kegiatan: Subdit Ausrem, Subdit Ibu Hamil dan Pusat Promkes

## **2. Konseling dan penyediaan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif**

Penggunaan kontrasepsi merupakan pencegahan kehamilan yang yang tidak diinginkan bagi perempuan dengan status HIV positif yang efektif dan efisien. Termasuk penggunaan kondom yang juga merupakan pencegahan penularan HIV bagi mereka yang mempunyai pasangan seksual. Untuk itu dalam kegiatan PPIA penyediaan konseling dan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif termasuk kondom harus tersedia di layanan HIV.

Kegiatan:

- 2.1 Pemberian informasi dan edukasi individu tentang kontrasepsi bagi ibu hamil dan pasangannya sebagai pencegahan penularan HIV dan IMS  
Kegiatan ini dapat dilaksanakan di semua Puskesmas, Rumah Sakit dan layanan kesehatan lainnya.

Penanggung jawab kegiatan: Direktorat Kesehatan Ibu

### **3. Perencanaan dan persiapan kehamilan yang tepat (jika ibu ingin hamil)**

Perempuan yang mengidap HIV dapat mempunyai anak dengan perencanaan dan persiapan kehamilan sehingga penularan HIV kepada anaknya dapat dicegah, Informasi yang tepat perlu disampaikan kepada mereka yang menginginkan kehamilan dan persalinan yang aman sebelum menjalani kehamilannya. Untuk itu dalam PPIA ini kegiatan ini merupakan hal yang utama.

Kegiatan:

- 3.1 Pemberian informasi dan edukasi individu tentang HIV termasuk pengobatan malaria dan TB bagi ODHA hamil dan pasangannya  
Informasi yang tepat tentang HIV termasuk pengobatan malaria dan HIV bagi ODHA hamil dan pasangannya harus disampaikan. Dapat dilaksanakan di Puskesmas, Rumah Sakit, klinik dan layanan lainnya.
- 3.2 Pemberian informasi dan edukasi individu tentang PPIA termasuk pemberian ARV bagi ODHA hamil dan pasangannya  
Bila ODHA hamil merencanakan kehamilan, maka pencegahan penularan HIV dari ibu kepada anak harus disampaikan kepada calon ibu dan pasangannya termasuk pemberian ARV kepada ibu setelah ibu memutuskan untuk hamil.

Penanggungjawab kegiatan: Direktorat Kesehatan Ibu

### **4. Layanan Tes HIV atas inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling (TIPK)**

TIPK merupakan kebijakan pemerintah untuk dilaksanakan di layanan kesehatan sehingga semua petugas kesehatan harus menganjurkan tes HIV setidaknya pada ibu hamil, pasien TB, pasien yang menunjukkan gejala dan tanda klinis diduga terinfeksi, pasien dari kelompok berisiko (penasun, PSK-pekerja seks komersial, LSL – lelaki seks dengan lelaki), pasien IMS dan seluruh pasangan seksualnya. Pelaksanaan tes HIV perlu disesuaikan

dengan prinsip bahwa pasien sudah mendapatkan informasi yang cukup dan menyetujui untuk tes HIV dan semua pihak menjaga kerahasiaan. Terkait dengan PPIA layanan konseling atas inisiatif petugas ini dilakukan dalam pemeriksaan Ante Natal Care (ANC).

Kegiatan:

- 4.1 Informasi pra tes (termasuk penawaran tes) dan tes HIV bagi ibu hamil  
Kegiatan ini dilakukan sebelum tes bagi ibu hamil yang belum mengetahui status HIV-nya. Kegiatan ini dilakukan pada saat pemeriksaan ANC pertama sampai menjelang persalinan. Melalui informasi diharapkan ibu hamil dapat memahami manfaat tes bagi dirinya serta janin yang dikandungnya dan mengurangi kecemasannya sehingga ibu dapat memutuskan apakah akan melakukan tes atau tidak. Pendekatan yang dilakukan dalam TIPK adalah pendekatan Option Out.
- 4.2 Konseling dan Tes HIV bagi pasangannya  
Secara ideal konseling dan tes HIV juga dilakukan kepada pasangan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan.
- 4.3 Konseling pasca testing  
Setelah menerima hasil tes, baik bagi ibu hamil dan pasangannya yang mendapatkan hasil positif maupun negatif harus mendapatkan konseling pasca testing.

Penanggungjawab kegiatan: Direktorat Kesehatan Ibu dan Subdit AIDS

## **5. Pengobatan untuk pencegahan penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV ke bayi yang dikandungnya**

HIV dapat dicegah penularannya dari ibu kepada anaknya bila status ibu diketahui sebelum kehamilan. Infeksi HIV pada anak adalah karena akibat penularan selama perinatal (periode kehamilan, selama dan setelah persalinan).

Kegiatan:

- 5.1 Layanan HIV tes dan konseling  
Layanan HIV tes dan konseling merupakan langkah awal sebelum ibu merencanakan kehamilan dengan memperhitungkan anak sebagai bagian dari keluarga.

## 5.2 Pengobatan

Pengobatan bagi ibu positif HIV yang ingin menjalankan kehamilan dan bagi bayi yang dilahirkan harus tersedia. Pengobatan ini meliputi pemberian terapi ARV pada ibu hamil serta pemberian ARV dan Cotrimoxazol profilaksis pada bayi lahir dari ibu HIV.

## 5.3 Persalinan yang aman

Selama persalinan bayi dapat tercemar darah atau cairan servikovaginal ibu yang mengandung pada saat janin berada di jalan lahir oleh karenanya perlu direncanakan persalinan yang aman yang ditolong oleh petugas kesehatan dengan menerapkan kewaspadaan universal.

## 5.4 Tatalaksana pemberian makanan terbaik bagi bayi dan anak

Ibu HIV positif berhak memilih memberikan ASI atau susu formula kepada bayinya, hanya saja ibu perlu mengetahui informasi yang tepat tentang tatalaksana pemberian ASI atau susu formula yang semuanya mempunyai konsekuensi tersendiri yang harus dijalankan secara disiplin. Hal ini yang perlu disampaikan kepada ibu hamil sebelum ibu melahirkan dan pasca melahirkan.

## 5.5 Tatalaksana perawatan bayi baru lahir

Tatalaksana perawatan bayi baru lahir dari ibu dengan HIV positif tidak dibedakan dengan tatalaksana neonatal lainnya. Pemberian imunisasi diberikan sesuai umur yang dianjurkan, jangan beri vaksin BCG bagi anak dengan infeksi HIV yang telah menunjukkan gejala.

## 5.6 Menunda dan mengatur kehamilan

Perempuan dengan status HIV positif dapat menunda dan mengatur kehamilan untuk mencegah kehamilan yang tak diinginkan sehingga memperkecil resiko penularan HIV dari ibu ke anaknya.

## 5.7 Tatalaksana kondisi yang terkait dengan HIV, perlu ketajaman klinis dalam penanganan anak dengan ibu HIV positif serta tatalaksana yang spesifik.

Penanggungjawab kegiatan: Direktorat Kesehatan Ibu, Subdit AIDS, Direktorat. Anak, Direktorat Bina Upaya Kesehatan, Yanfar

## **6 Dukungan psikososial bagi ibu HIV dan Keluarga pasca melahirkan**

Upaya PPIA tidak berhenti setelah persalinan karena ibu tersebut tetap mempunyai HIV di tubuhnya, membutuhkan dukungan psikososial dan perawatan sepanjang waktu. Dengan dukungan psikososial yang baik, ibu HIV positif akan bersikap optimis dan bersemangat mengisi kehidupannya. Diharapkan ia akan bijaksana dengan selalu menjaga kesehatan diri dan anaknya, serta berperilaku sehat agar tidak terjadi penularan HIV dari dirinya ke orang lain.

Kegiatan:

- 6.1 **Konseling bagi ibu hamil dan pasca melahirkan**  
Selama hamil dan pasca melahirkan layanan konseling harus tersedia bagi ibu sehingga ibu dapat bersikap positif terhadap kehamilannya dan dirinya setelah melahirkan.
  
- 6.2 **Menghubungkan ibu dengan kelompok pendukung ODHA**  
Dukungan psikososial selain dari keluarga dan petugas kesehatan dapat juga berasal dari kelompok pendukung ODHA terdekat di lingkungannya. Dengan demikian ibu tidak merasa sendiri dalam menjalani kehidupan selanjutnya.

Penanggungjawab kegiatan: Subdit Ibu Hamil

## **7 Pelayanan kesehatan Ibu dan Anak yang komprehensif**

Pelayanan kesehatan ibu HIV dan anak yang dilahirkan dari ibu positif HIV tersedia di berbagai layanan kesehatan yang ada di Indonesia.

Kegiatan:

- 7.1. Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB)
- 7.2. Memperkuat jejaring rujukan yang merupakan salah satu komponen kunci dalam peningkatan akses ibu hamil pada layanan testing HIV dan pengobatan ARV. Penguatan Jejaring Internal dalam rumah sakit rujukan, antara unit2 terkait dalam Rumah sakit tersebut; dan jejaring eksternal, antara Rumah Sakit dengan
  - Puskesmas
  - LSM
  - Komunitas

Penanggungjawab kegiatan: BUKD, BUKR, Subdit AIDS, Direktorat. Ibu

## **F.PEMBIAYAAN**

Pembiayaan pelayanan PPIA menjadi tanggung jawab bersama, baik pemerintah, sektor swasta, LSM maupun Komunitas.

## **BAB V**

### **MONITORING DAN EVALUASI**

#### **MONITORING DAN EVALUASI**

Penetapan target-target nasional seperti yang telah dijelaskan dalam Rencana Aksi Nasional ini diharapkan dapat memberikan stimulus kegiatan monitoring dan evaluasi sampai pada tingkat propinsi dan kabupaten/kota. Key performance indicator (KPI) dihitung berdasarkan target tahunan. Pengembangan target program akan dilakukan berdasarkan hasil dari diskusi menyeluruh dengan pemegang program di semua tingkat propinsi dan kabupaten/kota. Setiap stakeholder akan dilibatkan aktif terus menerus dalam PPIA melalui forum-forum koordinasi yang ada, dapat melakukan evaluasi mandiri maupun secara bersama dan hendaknya dapat mengalokasikan sumber daya yang ada pada masing-masing lembaga atau institusi.

Tolak ukur program PPIA dilakukan dengan menggunakan denominator yang berdasarkan pada klien yang datang ke layanan PPIA. Indikator ini juga akan membantu menganalisa kualitas layanan pada tempat layanan kesehatan dan dapat menghitung dampak dari layanan tersebut di masyarakat.

Indikator Kegiatan PPIA digunakan untuk mengukur kinerja keempat komponen (prong) pada PPIA sebagai berikut

#### **Indikator Kegiatan Utama**

I	1	Jumlah Puskesmas yang melaksanakan program PKPR
	2	Jumlah Kab/Kota yang melaksanakan program PKPR
	3	Jmlh SMP/ sederajat yg mendapatkan penyuluhan HIV-AIDS
	4	Jmlh SMA/ sederajat yg mendapatkan penyuluhan HIV-AIDS
	5	Jmlh Perguruan Tinggi yg mendapatkan penyuluhan HIV- AIDS
	6	Jmlh Tempat Kerja yg mendapatkan penyuluhan HIV dan AIDS
	7	Jmlh Kelompok/Organisasi Pemuda yg mendapatkan penyuluhan HIV dan AIDS
	8	Persentase Puskesmas yg melaksanakan penyuluhan kelompok ttg HIV AIDS utk Ibu Hamil

	9	Jml Konselor sebaya (di sekolah dan luar sekolah) terlatih
	10	Jmlh Kab/kota yg melaksanakan pelatihan pelatih PKPR
	11	Jmlh petugas kesehatan dilatih ToT – PKPR
	12	Jml petugas RS Rujukan ODHA dilatih komunikasi dan konseling
	13	Jml Puskesmas / fasyankes di perusahaan yang menyediakan KIE tentang HIV AIDS
	14	Jumlah fasyankes yang menyediakan KIE Remaja
	15	Jumlah fasyankes yang menyediakan KIE Ibu Hamil
II	1	Jumlah fasyankes yang menyediakan KIE KB
	2	Jumlah fasyankes yang menyediakan KIE Usia Produktif
III	1	Persentase Ibu Hamil mendapatkan konseling
	2	Persentase Ibu hamil ditawari tes HIV:
	3	Persentase Ibu hamil di tes syphilis
	4	Persentase Ibu hamil di tes HIV
	5	Persentase ibu hamil HIV yang mendapat ARV
	6	Persentase ibu Hamil yang mendapatkan konseling pasca testing
	7	Persentase ibu hamil HIV yang dirujuk ke layanan ARV
	8	Persentase bayi lahir hidup dari ibu HIV, yang dites HIV
	9	Persentasi bayi lahir dari ibu HIV yang mendapatkan ARV profilaksis
	10	Persentasi bayi lahir dari ibu HIV yang mendapatkan Cotrimoxazol profilaksis
	11	Persentase ibu hamil HIV yang melahirkan di fasyankes
IV	1	Persentase ibu hamil dengan HIV yang mendapat konseling pemberian makanan pada bayi termasuk ASI
<b>Indikator kegiatan Pendukung</b>		
	1	Jumlah Kab/Kota yang melaksanakan LKB
	2	Jumlah Puskesmas yang dilatih PPIA
	3	Jumlah RS yang dilatih PPIA
	4	Jumlah RS yang diakreditasi
	5	Jumlah RS yang terakreditasi

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

Rencana Aksi Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak tahun 2013-2017 disusun berdasarkan perkembangan masalah HIV/AIDS terkini di Indonesia. Rencana Aksi Nasional di buat dengan merujuk pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan Rencana Strategi Kementerian Kesehatan 2010-2014 dengan memperhatikan Prioritas Nasional dalam pencapaian *MDG's*.

Dalam Rencana Aksi Nasional PPIA tahun 2013-2017 ini memuat berbagai kegiatan-kegiatan program kesehatan terkait PPIA., diharapkan Rencana Aksi Nasional ini menjadi acuan dasar bagi pengelola program di tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota untuk menyusun dan merencanakan kegiatan-kegiatan upaya penanggulangan HIV-AIDS di daerah masing-masing, khususnya dalam upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak.