



Majalah

Kesehatan Masyarakat Indonesia

(JOURNAL OF THE INDONESIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION)

Evaluasi Program *Active Promotif Case Finding* TB Melalui Diseminasi Informasi Berbasis Lokal Kedaerahan di Kabupaten Hulu Sungai Utara, Provinsi Kalimantan Selatan

Analisis Efektivitas Kebijakan Daerah dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia

Upaya Penanggulangan HIV/AIDS dari Sisi Kesehatan Masyarakat

Kemah Kreativitas, Spiritual Mahasiswa dan Odha sebagai Model Upaya Mengurangi Stigma HIV/AIDS

Pasangan HIV Konseling dan Testing (CHCT) antara Populasi Tinggi Risiko Versus Populasi Umum di Bali, Indonesia "Penerimaan antara Pasangan Berisiko Tinggi, Wanita Hamil dan Pasangannya"

Epidemiologi Kematian Ibu di Sulawesi Selatan 2008-2013: Apa yang Telah Berubah?

Hubungan antara Tempat Persalinan dengan Kejadian Kematian Ibu di Kabupaten Hulu Sungai Utara Periode 2011-2012

Pemanfaatan Tanah Liat Kutai dalam Reduksi *E Coli* dan *MPN Coli* pada Limbah Domestik

Pengelolaan Kartu Jakarta Sehat: Studi Kasus Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial di Jakarta

Kualitas Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap Kepuasan Pasien Penerima Bantuan Iuran (PBI) di Kota Yogyakarta

Gambaran Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Kota Tangerang Selatan Tahun 2014

Upaya Mengaktifkan kembali Kader Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) melalui Penyamaan Persepsi dan Koordinasi Kelompok Kerja (POKJA) Demam Berdarah *Dengue* di Empat Kelurahan dengan Metode *Focus Group Discussion* (FGD)

DAFTAR ISI

Evaluasi Program <i>Active Promotif Case Finding</i> TB Melalui Diseminasi Informasi Berbasis Lokal Kedaerahan di Kabupaten Hulu Sungai Utara, Provinsi Kalimantan Selatan <i>Nor Efendi</i>	1-6
Analisis Efektivitas Kebijakan Daerah dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia <i>Wiko Saputra, Rahmah Hida Nurriszka</i>	7-19
Upaya Penanggulangan HIV/AIDS dari Sisi Kesehatan Masyarakat <i>Windy Mariane Virenia Wariki</i>	20-26
Kemah Kreativitas, Spiritual Mahasiswa dan Odha sebagai Model Upaya Mengurangi Stigma HIV/AIDS <i>Fatmah Afrianty Gobel, Fairus Prihatin Idris, Ria Wahyuni</i>	27-35
Pasangan HIV Konseling dan Testing (CHCT) antara Populasi Tinggi Risiko Versus Populasi Umum di Bali, Indonesia “Penerimaan antara Pasangan Berisiko Tinggi, Wanita Hamil dan Pasangannya” <i>Septarini NW, Sari KAK, Sutarsa IN, Rowe E</i>	36-40
Epidemiologi Kematian Ibu di Sulawesi Selatan 2008-2013: Apa yang Telah berubah? <i>Ansariadi</i>	41-49
Hubungan antara Tempat Persalinan dengan Kejadian Kematian Ibu di Kabupaten Hulu Sungai Utara Periode 2011–2012 <i>Fauzie Rahman, Adenan, Meitria Syahadatina N, Anggraini Tri Astuti</i>	50-53
Pemanfaatan Tanah Liat Kutai dalam Reduksi <i>E Coli</i> dan <i>MPN Coli</i> pada Limbah Domestik <i>Blego Sedionoto, Ade Rahmat Firdaus</i>	54-60
Pengelolaan Kartu Jakarta Sehat: Studi Kasus Pelaksanaan Sistim Jaminan Sosial di Jakarta <i>Hadiyanto, Bryany Titi Santi, Charles Surjadi</i>	61-73
Kualitas Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap Kepuasan Pasien Penerima Bantuan Iuran (PBI) di Kota Yogyakarta <i>Siti Uswatun Chasanah, Heni Febriani, Michael Yulius Riwu Kami</i>	74-79
Gambaran Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Kota Tangerang Selatan Tahun 2014 <i>Riastuti Kusuma Wardani</i>	80-88
Upaya Mengaktifkan kembali Kader Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) melalui Penyamaan Persepsi dan Koordinasi Kelompok Kerja (POKJA) Demam Berdarah <i>Dengue</i> di Empat Kelurahan dengan Metode <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) <i>Husda Oktaviannoor, Fahrini Yulidasari, Noor Ahda Fadillah, Musafaah, Laily Khairiyati, Maulidah</i>	89-97

Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia memuat naskah hasil penelitian maupun naskah konsep di bidang ilmu kesehatan masyarakat dan diterbitkan setiap 6 (enam) bulan.

Penanggung Jawab/Pimpinan Utama

dr. Adang Bachtiar, MPH, ScD

Pimpinan Redaksi

Dr. Tris Eryando, M.A

Wakil Pimpinan Redaksi

Tria Astika Endah Permatasari, SKM, MKM

Web Programmer

Fajar Nugraha, S.Si

Redaksi Pelaksana

Tri Agustina Rosita, AMK

Sekretaris Redaksi

Badra Al-Aufa, SKM

Redaksi Bahasa

Husein Habsyi, SKM, MHComm

Staf Pemasaran

Nurbayanti & Eny Susilowati

Redaksi Kehormatan

Ketua

Prof. Dr. dr. Charles Surjadi, MPH

Universitas Atmajaya

Anggota

Dr. Dewi Susanna, MSc

Universitas Indonesia

Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM

Universitas Indonesia

Fase Badriyah, SKM, M.Kes, PhD

UIN Syarif Hidayatullah Jakarta

Dr. Defriman Jafri, SKM, MKM

Universitas Andalas

Mitra Bestari pada Edisi ini

Prof. dr. Endang L. Achadi, M.Sc, Dr.PH

Universitas Indonesia

Dr. Robiana Modjo, SKM, M.Kes

Universitas Indonesia

Evindyah Prita Dewi, SKM, MARS

UHAMKA

Sarah Handayani, SKM, M.Kes

UHAMKA

Ahmad Baequni, SKM, M.Kes

UIN Syarif Hidayatullah Jakarta

Diterbitkan oleh

IAKMI Pusat

Pasangan HIV Konseling dan Testing (CHCT) antara Populasi Tinggi Risiko Versus Populasi Umum di Bali, Indonesia "Penerimaan antara Pasangan Berisiko Tinggi, Wanita Hamil dan Pasangannya"

Couple HIV Counseling and Testing (CHCT) among High Risk Population Versus General Population in Bali, Indonesia "Acceptability among High Risk Couples, Pregnant Women and Their Partners"

Septarini NW¹, Sari KAK², Sutarsa IN³, Rowe E⁴

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

^{2,3}Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

⁴Yayasan Kerti Praja -Bali Indonesia

Abstrak

Pendahuluan: Jumlah kasus HIV dan AIDS di Bali pada tahun 2012 adalah sekitar 26.000. Sejak beberapa tahun modus penularan HIV di Bali terutama dari intercourse heteroseksual. Dalam satu sisi status epidemi HIV / AIDS di Bali tetap terkonsentrasi, tetapi di sisi lain, data menunjukkan bahwa orang yang terinfeksi lebih dari 17% HIV di Bali adalah ibu rumah tangga yang ditularkan oleh keyakinan suami / pasangan. Pasangan konseling dan tes HIV (CHCT) bertujuan untuk mencegah HIV melalui transmisi seksual dan membangun lingkungan dukungan untuk mitra yang ditemukan HIV +. Saat ini, tidak ada program CHCT tersedia di Indonesia maupun di Bali. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menentukan dan membandingkan penerimaan CHCT antara pasangan berisiko tinggi dan wanita hamil dan pasangannya.

Metode: Sebuah studi kualitatif yang dilakukan di Denpasar dan Kabupaten Badung, Bali-Indonesia dari bulan Juli sampai Desember 2013. Dua puluh pasangan (10 ibu hamil dan 10 mitra) dan 20 pasangan berisiko tinggi (MSM, Pria Risiko Tinggi dan pasangan WPS) yang berpartisipasi dalam wawancara -depth. Dua FGD masing di antara wanita hamil dan mitra ibu hamil juga dilakukan.

Hasil: Program CHCT lebih diterima di antara pasangan berisiko tinggi dibandingkan dengan ibu hamil dan mitra. Pasangan berisiko tinggi ditemukan memiliki hambatan yang lebih sedikit dan lebih bersedia untuk bergabung dengan program ini. Mereka memiliki kesadaran diri yang baik pada kesehatan mereka, lebih banyak akses ke layanan IMS / HIV dan tidak terhalang oleh budaya dan ketidakadilan gender. Berlawanan dengan wanita hamil dan mitra, banyak hambatan telah mengakui disertakan kesulitan akses (waktu dan lokasi), kurangnya kesadaran diri (merasa tidak berisiko), ketidakadilan gender, budaya dan latar belakang sosial seperti pendidikan dan pekerjaan.

Kesimpulan: Temuan penelitian ini dapat digunakan untuk menginformasikan para pemangku kepentingan terkait dalam rangka untuk menargetkan klien potensial untuk program CHCT. Wanita hamil dan mitra tampaknya siap untuk berpartisipasi karena beberapa hambatan, mirip dengan pasangan berisiko tinggi yang lebih menerima program ini.

Pengungkapan pernyataan kepentingan : Penelitian ini

didanai oleh Program Kerjasama HIV untuk Indonesia (HCPI) dan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional Indonesia.

Kata Kunci: Pasangan HIV konseling dan tes (CHCT), hamil ibu, Risiko Tinggi

Abstract

Introduction: Number of HIV and AIDS cases in Bali 2012 was approximately 26.000. Since several years mode of HIV transmission in Bali is mainly from heterosexual intercourse. In one hand the HIV/AIDS epidemic status in Bali remain concentrated, but in other hand, data shows that more than 17% HIV infected people in Bali are housewives which believe transmitted by their husband/partner. Couple HIV counseling and testing (CHCT) aims to prevent HIV through sexual transmission and build support environment for partners who found to be HIV+. Currently, no CHCT program available in Indonesia nor in Bali. The objective of this study is to determine and compare the acceptability of CHCT among high risk couples and pregnant women and their partners.

Methods: A qualitative study conducted in Denpasar and Badung Regency, Bali-Indonesia from July to December 2013. Twenty couples (10 pregnant women and 10 partners) and 20 high risk couples (MSM, High Risk Men and FSW couples) were participated in depth interviews. Two FGDs each among pregnant women and the pregnant women partners were also performed.

Results: CHCT program were more acceptable among high risk couples compared to pregnant women and partners. High risk couples found to have fewer barriers and more willing to join this program. They have good self awareness on their health, more access to STI/HIV services and did not hindered by culture and gender inequity. Opposite to pregnant women and partners, many barriers have been recognize included access difficulties (time and location), lack of

Alamat Korespondensi: Septarini NW, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana, e-mail: septa_rn@yahoo.com; wayan_septarini@umud.ac.id

awareness (feeling not at risk), gender inequity, culture and social background such as education and job. Conclusion: The finding of this study can be used to inform the stakeholders related in order to target the potential clients for CHCT program. Pregnant women and partners seem to be ready to participate due to several barriers, similar to high risk couples were more accepting this program.

Disclosure of interests' statement: This study has been funded by HIV Cooperation Program for Indonesia (HCPI) and Indonesia National AIDS Commission.

Keywords: Couple HIV counseling and testing (CHCT), pregnant women, high risk

Pendahuluan

Estimasi kasus HIV tahun 2012 di Bali adalah sekitar 26.000. Namun, jumlah kasus HIV/AIDS di Bali yang dilaporkan sampai dengan Maret 2013 hanya berjumlah 7.551 dan terkonsentrasi di 3 kabupaten yaitu Denpasar, Badung dan Buleleng.¹ Sejak tahun 2004 pola penularan HIV sudah mulai beralih dari pemakai narkotika suntik ke penularan secara seksual (baik hetero dan homoseksual). Terjadi peningkatan kasus baik pada kelompok risiko tinggi seperti WPS maupun pada perempuan dimana kasus HIV/AIDS perempuan yang dilaporkan ke Dinkes Provinsi Bali juga terus meningkat sejalan dengan meningkatnya kasus pada laki-laki.

Penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar orang dewasa dengan HIV+ memiliki pasangan tetap.² Data di India menunjukkan bahwa 0,4% pasangan (*married couples*) adalah sero-diskordan.³ Untuk Provinsi Bali, penularan HIV sebagian besar melalui transmisi seksual (70,7%).^{4,5} Hal ini terjadi baik baik pada kelompok risiko tinggi ataupun ibu rumah tangga yang diduga tertular melalui hubungan seksual melalui pasangannya yang terjadi sekitar 17%.⁴ Salah satu upaya untuk mencegah transmisi dari ibu hamil ke bayi yang dikandungnya adalah melalui program pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA). Cakupan tes HIV pada ibu hamil di Indonesia masih rendah yaitu kurang dari 1%, sedangkan di negara lain seperti Cambodia, China, dan Vietnam cakupannya mencapai di atas 40%, bahkan cakupan ibu hamil yang

tes HIV di Thailand mencapai 94% karena telah diterapkannya program skrining HIV pada ibu hamil di negara ini.⁶

Kebanyakan kasus HIV perempuan adalah istri atau pasangan seksual dari kasus laki-laki dan selama ini konseling yang dilakukan hanya konseling individu, hampir tidak pernah secara berpasangan. Bila VCT bisa dilakukan secara berpasangan, maka kemungkinan penularan dari pasangan laki-laki ke perempuan atau sebaliknya, termasuk penularan ke bayi, akan bisa dikurangi. WHO menganjurkan CHCT dapat dilaksanakan di daerah dengan HIV yang terkonsentrasi dengan menyesuaikan pelaksanaannya dengan konteks lokal. Kemenkes 2013 secara resmi mencanangkan integrasi program PPIA dengan layanan KIA di puskesmas melalui Kepmenkes 2013 tentang PPIA.⁷

Dikemukakan juga bahwa pasangan yang melakukan tes bersama-sama dan bersedia membuka status HIV-nya cenderung untuk mengadopsi perilaku pencegahan untuk melindungi pasangannya.⁸ Manfaat program CHCT bila dijumpai salah satu pasangan yang HIV+ adalah pencegahan penularan HIV pada pasangan tetap dan tidak tetap (*external partners*) melalui pemakaian kondom dan terapi ARV, pengaturan kehamilan yang lebih aman, meningkatkan keikutsertaan dalam program PPIA dan penurunan stigma. Manfaat CHCT bila keduanya dijumpai HIV+ adalah dalam hal *mutual support* (saling mendukung) terutama dalam hal meningkatkan kepatuhan konsumsi ARV. Walaupun situasi epidemi di Bali masih dalam klasifikasi terkonsentrasi, namun sudah terdapat kecenderungan peningkatan transmisi seksual.^{4,5} Situasi ini oleh Alary dan Lowndes (2004) diidentifikasi sebagai jembatan menuju epidemi meluas. WHO (2012) menganjurkan CHCT dapat juga dilaksanakan di daerah dengan HIV yang terkonsentrasi dengan menyesuaikan pelaksanaannya dengan konteks lokal.⁸

Berdasarkan penjelasan diatas sangat diperlukan adanya penelitian mengenai penerimaan program CHCT baik pada kelompok risiko tinggi serta ibu hamil

dan pasangannya, sebelum program ini dilaksanakan. Penelitian ini bertujuan untuk menggali aspek penerimaan program CHCT dari pandangan kelompok risiko tinggi, ibu hamil dan pasangannya.

Metode

Penelitian ini merupakan hasil penelitian kualitatif pada 2 kelompok yaitu kelompok risiko tinggi (dalam hal ini WPS, MSM dan IDU) dan pasangan tetapnya serta kelompok ibu hamil dan pasangan/suami yang melaksanakan ANC di puskesmas di daerah Denpasar dan Badung.

Penelitian ini berlangsung selama 6 bulan, yakni Juli-Desember 2013). Menggunakan metode wawancara mendalam dan *focus group discussion* (FGD). Wilayah ini dipilih karena kasus HIV/AIDS di kedua kabupaten ini paling tinggi. Sebelum wawancara mendalam dan FGD, responden akan diberikan *informed consent* sebagai tanda kesediaan mengikuti penelitian.

Responden diambil secara purposive, dari kelompok risiko tinggi dan pasangan (20 pasang) dan dari ibu hamil dan pasangan (10 pasang) ditambah juga responden dari konselor dan bidan.

Hasil dan Diskusi

Kelompok risiko tinggi terlihat lebih bisa menerima untuk dilakukan konseling dan tes HIV secara bersama karena mereka memang merasa berisiko dan merasa khawatir akan tertular HIV. Beberapa kutipannya adalah sebagai berikut:

'...untuk MSM sih mereka sadar. Karena mereka tingkat risikonya tinggi, karena sering berganti pasangan, sadar mereka berisiko, trus ee...kalau konseling pasangan itu mereka belum siap jika terjadi hal-hal yang buruk gitu....misalnya salah satu positif, kalau dalam sisi psikologis, ya gay ini lebih closed gitu pada pasangannya, jadi mereka belum siap jika hal itu terjadi. Makanya kadang-kadang di ajak tes sendiri pun mereka agak

keberatan gitu...susah ngajaknya...'. (FGD-1)

'Ya khawatir kan karena kawan-kawan ini kan ada juga yang kena, kan gitu. Ya itulah kekhawatiran saya. Kan dengar-dengar kan A, si B di sana atau pun di sini kan ada juga yang karena kena meninggal, gitu kan. Ya itu kekhawatiran saya, gitu.' (P04P)

Tidak ada kendala berarti yang menurut mereka akan dihadapi kecuali waktu buka klinik yang harus disesuaikan dengan waktu mereka bekerja.

'...Kalau mobile bisa gak? Misal datang, datang ke tempat lokasinya dia (klien) ,..., dia ga bisa kesini misalnya. Nah kalau misalnya kita misal ngajak perawat kesana, apa memungkinkan?' (IF-1)

'Saya nunggu di luar. Habis itu saya dipanggil. Pas sampai di dalam, "Mau nggak diperiksa darahnya, mumpung gratisan?". Ikut konseling dah mau. Mumpung gratis katanya. Iya dah, nggak apa-apa' (P03L)

'Ada sih beberapa yang di lokasi...mau dia tes, tapi terbentur waktu karena dia kerja' (FGD-1)

Penerimaan oleh ibu hamil, pasangan terhadap program CHCT dengan alasan mampu meningkatkan cakupan tes HIV, mencegah penularan ke bayi. Beberapa kutipan dapat dilihat sebagai berikut:

'Kalau bisa ada program tersendiri di puskesmas tersebut, supaya di setiap puskesmas itu ada tes HIV. Karena memang bagus jadi kita bisa cepat periksa, bisa cepat menghindarinya dan mengatasi penyakit tersebut (I.I.5.1)

'... rata-rata ibu-ibu hamil disini mau supaya pasangannya [suami] juga dikonseling ... saya mau bacakan hasilnya

[tes HIV], ibunya [ibu hamil] bilang ajak saja suami saya supaya barengan dia tahu kan enak jadi sekalian ngomong gitu' (I.K.3)

Namun terkadang hal tersebut sulit karena kelompok ibu hamil dan pasangan merasa mereka tidak ada risiko untuk tertular sehingga tidak perlu untuk tes

'... kadang-kadang bapaknya [suami] yang tidak mau ... sepertinya ga mau peduli ... suaminya juga takut. Mungkin memang ada suami yang berisiko ... takutnya istrinya juga kena' (I.B.6)

Kalau menurut saya HIV itu penyakit yang berbahaya, karena awalnya melakukan gonta-ganti pasangan kalau saya kan hanya dengan suami (I.I.5.1)

... kalau pun saya menghidap HIV itu kayaknya tidak mungkin, saya tidak pernah melakukan apa – apa... (I.S.6.2)

Budaya dan stigma juga menjadi pertimbangan untuk ikut serta apabila program CHCT ini dilaksanakan

'... ini kan karena kita di Bali kan, decision maker-nya itu kan laki-laki. Kalau memang si laki-laki tidak mau dan tidak member istrinya untuk tes, istri tak akan berani melawan...' (I.B.7)

'...perempuan itu masih dibawah laki-laki' (F.PM)

'..., apa pun keputusannya suami, sudah terimalah keadaan ...' (I.I.5.1)

' 'dia kan perempuan, jadi kembalikan saja ke rumah asalnya kalau dia ketahuan HIV' (I.S.1.2)

Mungkin ditinggalkan karena malu di keluarga' (I.S.3.1)

Dari sudut akses, kebanyakan hanya mengeluhkan agar dapat disesuaikan bagi mereka yang bekerja, seperti kutipan di bawah ini:

Kalau saya kan keberja kantor jadi waktunya kurang fleksible (I.S.3.2)

Sebaiknya kan supaya langsung tau hasilnya, biar gak lama ngantrenya, kalau di RS kan banyak (I.S.1.1)

Penerimaan konseling dan test berpasangan diterima dengan baik oleh pasangan risiko tinggi dan ibu hamil serta pasangannya. Perimaan terhadap gagasan tentang CHCT umumnya merupakan akibat dari kesadaran ibu hamil dan atau pasangannya berkaitan dengan risiko penularan HIV dan upaya pencegahannya. Penolakan oleh sebagian besar suami-suami ibu hamil cenderung didasari oleh perasaan takut terkait dengan perilaku berisiko yang dilakukan bisa terungkap bersama-sama dengan terungkapnya status HIV-nya. Pada kelompok ibu hamil yang tidak terbuka terhadap gagasan CHCT lebih didasari oleh perasaan takut terhadap hasil yang positif dan *disclosure* kepada suami dan lingkungan. Namun, dorongan untuk mencegah penularan HIV kepada anak yang dikandung merupakan pintu masuk yang bisa dimanfaatkan oleh petugas kesehatan untuk melakukan upaya promosi program CHCT bagi ibu hamil dan pasangannya.

Gender dan budaya setempat adalah salah satu tema yang ditemukan dalam penelitian ini pada kelompok ibu hamil dan pasangannya. Gender dalam perspektif budaya patriarki menempatkan perempuan sebagai subordo dari laki-laki. Hal ini menjadikan perempuan dalam konteks budaya Bali adalah inferior terhadap laki-laki. Dalam banyak hal, laki-laki dalam ikatan pernikahan di masyarakat Bali cenderung lebih dominan dibandingkan perempuan. Banyak perempuan juga tergantung secara sosial ekonomi kepada laki-laki. Hal ini mendorong terjadinya ketidakseimbangan power antara laki-laki dan perempuan ketika dihadapkan dengan pilihan untuk melakukan CHCT.⁹ Campur tangan petugas kesehatan untuk 'menormalkan' ketidakseimbangan power tersebut menjadi hal yang sangat penting untuk mendorong utilisasi CHCT.⁹

Namun tidak demikian halnya dengan kelompok risiko tinggi, budaya tidak menjadi hambatan, namun lebih menekankan pada stigma yang ada di masyarakat termasuk pada petugas kesehatan.

Kedua kelompok mengungkapkan bahwa waktu untuk tes akan menjadi kendala bagi pasangan untuk mengikuti konseling dan tes HIV secara berpasangan ini. Menyesuaikan waktu konseling dengan waktu kerja merupakan sesuatu yang sulit terlebih pelaksanaan test hanya di layanan pemerintah saja yang waktu bukanya hanya pada hari kerja saja. Adanya harapan nantinya tempat tes dan konseling akan buka "after hours" sehingga mereka dapat memanfaatkan fasilitas tersebut. Penerimaan hasil juga diharapkan pada waktu yang bersamaan. Responden mengharapkan adanya pemberian layanan yang tanggap dan tidak perlu menunggu lama untuk mendapatkan layanan. Responden juga mengungkapkan bahwa pemberian layanan yang satu pintu di puskesmas lebih menjadi pilihan.

Simpulan

Baik kelompok risiko tinggi serta ibu hamil dan pasangannya menerima dengan baik program CHCT apabila dilaksanakan secara rutin baik di puskesmas maupun di fasilitas kesehatan lainnya. Stigma merupakan salah satu halangan untuk mengikuti CHCT pada kalangan risiko tinggi, namun pada ibu hamil dan pasangan, budaya masih menjadi suatu hambatan terutama superioritas dari para laki-laki/suami. Kendala waktu yang dikeluhkan oleh responden dapat dihilangkan dengan pembukaan klinik "after hour" atau mobiling CHCT.

Daftar Pustaka

1. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN). Roadmap Mengurangi Kesakitan dan Kematian

terkait HIV, dan Memaksimalkan Manfaat Perluasan Akses ARV sebagai Pencegahan Perluasan Cepat Tes dan Pengobatan di Kabupaten dan Kota dengan Memperhatikan Jumlah Perkiraan Orang Dengan HIV dan AIDS. 2013-2015. Jakarta: Indonesia. 2013.

2. Allen S, Karita E, Chomba E, et al. Promotion of couples' voluntary counselling and testing for HIV through influential networks in two African capital cities. BMC Public Health. 2007; 7:349.
3. UNAIDS. Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012. Diakses dari http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf (Diakses tanggal: 4 Januari 2013).
4. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Bali (KPAI). Rencana Strategis Penanggulangan HIV dan AIDS Provinsi Bali 2008-2012. Denpasar; Bali. 2008.
5. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Bali (KPAI). Laporan Penanggulangan AIDS di Provinsi Bali 2010. Denpasar, Bali. 2010.
6. WHO. HIV/AIDS Mother-to-child transmission. 2013. Diakses dari <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/en/> (Diakses tanggal: 13 Mei 2013)
7. Kepmenkes RI. Menteri Kesehatan Republik Indonesia GK/MENKES/001/I/2013 Stat. (2013 Januari).
8. WHO. Guidance on Couples HIV Counselling and Testing Including Antiretroviral Therapy Treatment and Prevention in Serodiscordant Couples. Geneva. 2012
9. Mlay R, Lugina H, Becker S. Couple counselling and testing for HIV at antenatal clinics: Views from women and counselors. AIDS Care. 2008; 20(3): 360