

ANALISIS IMPLEMENTASI PELAYANAN VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT) DI PUSKESMAS KOTA SALATIGA

Rida Krita Imaroh, Ayun Sriatmi, Antono Suryoputro

Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Diponegoro
Email: ridakrita95@gmail.com

Abstract: Voluntary Counseling and Testing (VCT) is one of the early way to detect HIV for people. The services include pre-test counseling, HIV testing, and post-test counseling. The implementation of VCT service in Salatiga is't optimal yet, it's provide by the decrease of VCT service visit in the whole public helath center in Salatiga. This research intends to analyze the implementation of VCT service by community health clinic. It's a qualitative research which got by doing deep interview to six main informants and fourteen triangulation informants. The research variable includes analysis of the implementation of VCT service by the health staff, based on aspects of communication, resources, disposition, characteristic of the executive body and the aspects of economy, social, and politic environment support. The outcome of the research shows that the service implementation of VCT by public health center's staff is still unsatisfactory. The Matter is caused by the VCT teams of the whole public health center have no case management, so tasks haven't been shared by the case management. Counselor in public health center hasn't implemented the procedures completely and even hasn't SOP yet. The atitude of the health staff is felts less friendly and make the patients reluctant to return again, even sometimes they're expelled from the public health center. The VCT team hasn't been consistent in service scheduling. Examination room is narrow and mixed with another infectious disease that make the patients feel uncomfotable. Related to stigma of the society that still considers percussion with the VCT service.

Key words: Voluntary Counseling and Testing, Public Health Center, Policy Implementation

Literature: 7, 2008 – 2017

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Derajat kesehatan masyarakat dapat dinilai melalui beberapa indikator antara lain angka kematian, angka kesakitan dan status gizi. Derajat kesehatan dapat digambarkan dengan Angka Kematian Ibu (AKI), angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), situasi dan kondisi angka kesakitan

(morbiditas) dan status gizi masyarakat.¹Salah satu angka kesakitan (morbiditas) yang selalu meningkat adalah HIV/AIDS. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah segala jenis virus yang menyerang dan menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Sedangkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sekumpulan gejala penyakit yang

timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV. Akibat menurunnya kekebalan tubuh, maka orang tersebut sangat mudah terkena berbagai penyakit infeksi oportunistik yang dapat berakibat fatal. Pengidap HIV memerlukan pengobatan dengan *Antiretroviral* (ARV) untuk menurunkan jumlah virus HIV di dalam tubuh agar tidak masuk ke dalam stadium AIDS, sedangkan pengidap AIDS memerlukan ARV untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasinya. Meskipun penanganan yang ada dapat memperlambat laju perkembangan virus, namun penyakit ini belum benar-benar bisa disembuhkan.²

Perkembangan epidemi HIV/AIDS di dunia telah menjadi masalah global termasuk di Indonesia. HIV/AIDS pertama kali ditemukan di Indonesia pada tahun 1987 di Provinsi Bali. Hingga saat ini sudah menyebar di 386 kota dan kabupaten di seluruh Indonesia. Secara kumulatif kasus HIV/AIDS di Indonesia dari tahun 1987 sampai 2016 sebanyak 291.465 kasus, dimana kasus HIV sebanyak 208.909 kasus dan total kasus AIDS di Indonesia sebanyak 82.556 kasus.³

Provinsi Jawa Tengah masuk dalam peringkat ke-5 (lima) untuk kasus HIV/AIDS di Indonesia. Sejak pertama kali ditemukan HIV/AIDS di Jawa Tengah pada tahun 1987 sampai dengan tahun 2016 dilaporkan sebanyak 20.132 kasus, dengan HIV sebanyak 14.690 kasus dan AIDS sebanyak 5.442 kasus.⁴ Ancaman HIV/AIDS semakin serius, dapat dilihat dengan meningkatnya jumlah penderita kasus baru HIV/AIDS setiap tahunnya. Di Kota Salatiga, menurut data dari Dinas

Kesehatan Kota Salatiga tahun 2016, jumlah total penderita HIV dan AIDS hingga tahun 2016 terhitung sebanyak 231 kasus, penderita HIV sebanyak 106 dan penderita AIDS sebanyak 125. Namun jumlah ini masih di bawah nilai estimasi penderita HIV dan AIDS yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2016 yaitu sebanyak 952 orang, dan hanya 24,26% saja dari jumlah estimasi yang dapat ditemukan.¹ Ini sangatlah sedikit jika dibandingkan dengan Kabupaten Grobogan dan Kabupaten Jepara yang persentase kasus barunya mencapai lebih dari 100% dari estimasi. Dapat dikatakan bahwa penemuan kasus baru di Kabupaten Grobogan dan Kabupaten Jepara sangatlah baik, terbukti bisa melebihi dari estimasi yang ditetapkan. Kinerja pemerintah di Kabupaten Grobogan dan Kabupaten Jepara sangatlah optimal.

Walaupun estimasi HIV/AIDS di Kota Salatiga hanya sedikit yaitu 952 orang jika dibandingkan dengan Kota dan Kabupaten lainnya yang berada di Jawa Tengah, tetapi penemuan kasus baru penderita HIV/AIDS di Kota Salatiga dari tahun 2013-2016 mengalami peningkatan jika dilihat kecenderungan tren beberapa tahun tersebut. Berdasarkan tren kasus baru HIV di Kota Salatiga tahun 2013-2016 mengalami kenaikan. Tahun 2013 terdapat kasus baru HIV sebanyak 10 kasus, tahun 2014 meningkat penemuan kasus barunya sebanyak 24 kasus, tahun 2015 sebanyak 13 kasus dan di 2016 sebanyak 12 kasus. Walaupun tidak terlalu signifikan kenaikannya, dapat dikatakan HIV

di Kota Salatiga menjadi masalah yang perlu ditindak lanjuti. Berdasarkan tren kasus baru AIDS di Kota Salatiga tahun 2013-2016 mengalami kenaikan. Tahun 2013 terdapat kasus baru AIDS sebanyak 5 kasus, tahun 2014 meningkat penemuan kasus barunya sebanyak 8 kasus, tahun 2015 meningkat lagi sebanyak 9 kasus dan di 2016 meningkat sebanyak 10 kasus. Kenaikannya sangat signifikan dan dapat dikatakan AIDS di Kota Salatiga menjadi masalah yang perlu ditindak lanjuti.

Dilihat dari banyaknya kasus HIV dan AIDS di Kota Salatiga, diperlukan penanggulangan secepatnya agar tidak semakin bertambah lagi kasus baru terkait HIV/AIDS. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV, dilakukan dalam rangka penegakan diagnosis HIV dan AIDS untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penularan atau peningkatan kejadian infeksi HIV dan pengobatan lebih dini.⁵

Peraturan Daerah (Perda) Kota Salatiga Nomor 3 Tahun 2014 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS menjadi landasan yuridis bagi semua pihak yang berkepentingan mengoptimalkan penanggulangan HIV dan AIDS secara komprehensif, partisipatif dan juga berkesinambungan. Tujuan Perda Kota Salatiga yaitu menurunkan hingga meniadakan infeksi HIV baru, menurunkan hingga meniadakan kematian yang disebabkan oleh AIDS, meniadakan diskriminasi terhadap ODHA, meningkatkan kualitas hidup ODHA dan mengurangi dampak sosial ekonomi dari

penyakit HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat kelompok risti di Salatiga. Upaya penanggulangan HIV dan AIDS dengan melakukan pemeriksaan diagnosis HIV melalui Konseling *Testing* Sukarela (KTS) atau *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*.⁶

Salah satu cara yang dilakukan untuk penanggulangan HIV dan AIDS adalah dengan deteksi dini untuk mengetahui status seseorang yang sudah terinfeksi virus HIV atau belum melalui konseling dan testing HIV/AIDS sukarela, bukan diwajibkan maupun dipaksa. Untuk menekan jumlah kematian dan menjaga kesehatan penderita maka didirikan pelayanan *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*. *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* adalah suatu tes darah secara sukarela dan akan dijamin kerahasiaannya dengan *informed consent* melalui gabungan konseling (*pra-test counseling, testing HIV dan post-test counseling*). VCT merupakan pintu masuk penting untuk pencegahan dan perawatan HIV. Proses konseling *pra-testing, testing HIV dan post-testing* secara sukarela dan bersifat *confidential* dan lebih dini membantu orang mengetahui status HIV.⁷

Sasaran di Kota Salatiga terkait penanggulangan HIV/AIDS adalah populasi kunci. Populasi kunci yang dimaksud yaitu: pengguna NAPZA suntik, wanita pekerja Seks (WPS) baik langsung maupun tidak langsung, pelanggan atau pasangan seks WPS, laki-laki seks dengan laki-laki dan waria.

Kunjungan *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*

yang dimaksud adalah orang yang melakukan tahapan VCT dari tahapan konseling *pra-testing*, *testing HIV* dan konseling *post-testing* secara runtut tidak berhenti di tengah jalan. Pelayanan VCT di Puskesmas Kota Salatiga tidak mengeluarkan biaya sama sekali, tetapi jika di rumah sakit membayar.

Berdasarkan observasi, peneliti dalam pelaksanaan pelayanan VCT di sebuah acara di Kota Salatiga, peneliti melihat bahwa dalam tahapan pelaksanaan VCT yang terdiri dari tahap konseling *pra-testing*, *testing HIV* dan konseling *post-testing* pada kenyataannya tahap yang dilakukan dalam pelayanan tersebut hanya *testing HIV* saja. Seharusnya sebelum *testing HIV* ada konseling *pra-testing* dahulu untuk mengetahui perilaku individu manusia sehari-hari seperti apa tetapi tidak dilaksanakan. Dan setelah *testing HIV* seharusnya ada konseling *post testing* yaitu memberitahu hasil tesnya, apakah positif atau negatif, jika positif akan ditindaklanjuti tetapi pada kenyataannya setelah tes HIV pihak petugas hanya memberitahu jika hasil tes nanti akan diberitahukan 2 hari lagi melalui sms.

Menurut informasi dari Dinas Kesehatan Kota Salatiga seluruh puskesmas sudah memberikan pelayanan VCT. Meski diakui oleh Dinas Kesehatan Kota Salatiga masih belum optimal. Dinas Kesehatan Kota Salatiga juga sudah melakukan sosialisasi selama ini dalam rangka meningkatkan kunjungan pelayanan VCT kepada masyarakat. Namun fakta menunjukkan bahwa jumlah

kunjungan VCT masih belum meningkat signifikan.

METODE PENELITIAN

Merupakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Sementarapengolahan data dilakukan dengan menggunakan metode analisis deskripsi isi (*content analysis*).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Inisial	Usia	Pendidikan Terakhir	Jenis Kelamin	Masa Kerja	Jabatan
IU 1	30	D3 Keperawatan	P	4 tahun	Perawat Puskesmas
IU 2	48	D3 Keperawatan	P	24 tahun	Perawat Puskesmas
IU 3	42	S1 Kedokteran	L	15 tahun	Dokter Puskesmas
IU 4	32	S1 Kedokteran	P	6 tahun	Dokter Puskesmas
IU 5	38	D3 Keperawatan	P	12 tahun	Perawat Puskesmas
IU 6	39	S1 Kedokteran	P	11 tahun	Dokter Puskesmas

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel diatas, diperoleh informasi bahwa informan utama dari penelitian ini berjumlah 6 orang yang terdiri dari 3 perawat dan 3 dokter. Keenam informan utama tersebut adalah penanggung jawab VCT yang berada di masing-masing puskesmas di Kota Salatiga. Informan utama yang berjenis kelamin perempuan berjumlah 5

orang dan laki-laki hanya 1 orang. Usia informan utama antara 30 sampai 48 tahun dan masa kerja paling muda yaitu 4 tahun dan masa kerja paling lama yaitu 24 tahun.

Inisial	Usia	Pendidikan Terakhir	Jenis Kelamin	Masa Kerja	Jabatan
IT10	25	SMA	P	-	Lpaska Pasien Risti WPS
IT11	21	SMA	L	-	Pasien Risti LSL
IT12	29	SMA	L	-	Pasien Risti Waria
IT13	30	SMA	L	-	Pasien Risti Penasun
IT14	27	S1 Ekonomi	P	-	Pasien Risti Ibu Hamil

Inisial	Usia	Pendidikan Terakhir	Jenis Kelamin	Masa Kerja	Jabatan
IT1	36	S1 Kedokteran	L	8	Konselor Puskesmas
IT2	34	S1 Kedokteran	P	7	Konselor Puskesmas
IT3	49	S1 Keperawatan	P	24	Konselor Puskesmas
IT4	32	S1 Kedokteran	P	6	Konselor Puskesmas
IT5	35	S1 Kedokteran	P	7	Konselor Puskesmas
IT6	39	S1 Kedokteran	P	11	Konselor Puskesmas
IT7	38	D3 Farmasi	P	15	Koordinator Lapangan LSM PASKA
IT8	30	S1 Kesehatan Masyarakat	P	6	Pemegang Program Pasien risti HIV/AIDS berusia 21-DKK30 tahun.
IT9	27	S1 Ekonomi	P	1	Koordinator kesehatan Lapangan LSM

terbagi menjadi dua yaitu sosialisasi dan pelaksanaan alur VCT. Sosialisasi pelayanan VCT belum berjalan optimal karena pelaksanaan sosialisasi dengan kader kesehatan setiap bulannya tidak selalu membahas tentang VCT bahkan program lain juga sehingga berpengaruh terhadap berkurangnya peluang informasi VCT yang tersampaikan pada kader kesehatan. Dan hambatan pada saat sosialisasi masyarakat berbicara dengan temannya bahkan sampai tidur. Hambatan nakes adalah mendapat telfon untuk kembali ke puskesmas, membuat nakes menyampaikan sosialisasi tidak fokus. Dari aspek alur pelaksanaan seluruh puskesmas sudah melaksanakan VCT tetapi alur ada yang tidak lengkap bahkan tahapannya masih kurang. Hambatan yang terjadi pasien malu untuk menceritakan kehidupan pribadinya padahal petugas puskesmas memiliki prinsip konfidensial.

Berdasarkan Variabel komunikasi dari aspek transmisi, kejelasan dan konsistensi. Aspek transmisi dalam pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) dari tim VCT puskesmas kepada lintas sektor kurang baik. Hal ini dikarenakan penyampaian dilakukan jika pihak lintas sektor yang menghubungi, kalau tidak di hubungi tidak dilakukan sosialisasi di masyarakat. Itu juga kalau pihak nakes tidak dibuk pada jam tersebut. Kalau sibuk ya terpaksa tidak bisa datang. Dan untuk kalangan populasi kunci hanya 3 bulan sekali untuk diadakan sosialisasi. Seandainya dapat diperketat lagi menjadi 1 bulan sekali dapat meminimalisir terjadinya persebaran penularan

penyakit. Dari aspek kejelasan, masyarakat maupun pasein yang datang ke pelayanan VCT sudah menerima informasi yang jelas terkait penyampaian informasi pelayanan VCT dari tim VCT puskesmas, seperti pengertian HIV dan AIDS, maksud dan tujuan VCT, manfaat pelayanan VCT, pencegahan, alur pelayanan VCT, waktu kunjungan, seberapa penting pelayanan VCT, sasaran VCT dan hasil pemeriksaan. Hal tersebut sudah sesuai dengan Permenkes RI No 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV. Dan aspek konsistensi, penyampaian informasi dari tim VCT puskesmas kepada masyarakat diketahui sudah berjalan dengan baik dan konsisten, tidak berubah-ubah penyampaiannya masih dalam ranah pelayanan VCT. Jika penyampaian kepada pasien saat pasien datang ke pelayanan VCT di puskesmas. Itupun kalau ada timnya, kalau tidak ada bahkan bisa ditolak juga. Prinsip profesionalnya tim VCT masih dipertanyakan dan belum sesuai dengan Permenkes RI No 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV menuliskan bahwa pelayana VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi yang efektif.

Dilihat dari variabel sumberdaya, terbagi menjadi menjadi dua yaitu sumberdaya manusia dan sumberdaya peralatan. SDM dalam tim VCT di 5 puskesmas sudah memenuhi standar dari Permenke RI No 72 tahun 2014, sedangkan 1 puskesmas belum memenuhinya karena konselor di puskesmas tersebut belum memiliki pelatihan

konselor jadi konselor di puskesmas tersebut belum bisa melakukan tugasnya untuk melakukan konseling di pelayanan VCT. Dari sumberdaya peralatan belum baik, berdasarkan hasil observasi, peneliti tidak menemukan *banner* dan *leaflet* di puskesmas terkait pelayanan VCT. Dilihat juga dari ruangan untuk pelayanan VCT (konseling *pra-test* dan konseling *post test*) sebenarnya ruangnya tersedia tapi dari segi kelayakan kurang layak karena ruangan VCT kebanyakan digabung dengan ruang IMS dan penyakit menular lainnya jadi jika ada yang mengakses ruangan tersebut harus menunggu dulu sesuai antrian. Ada juga di satu puskesmas yang baru pindah ruangan dan sangat berantakan sehingga harus menutup pelayanan VCT di minggu itu. Peralatan yang menunjang VCT juga sudah ada tetapi di satu puskesmas kekurangan reagen 2 dan satu puskesmas lagi stok jarum suntuknya sedikit. Uraian diatas menunjukkan bahwa sarana prasarana pelayanan VCT menurut Kemenkes RI 2011 terkait pedoman konseling dan tes HIV belum layak di seluruh puskesmas Kota Salatiga.

Dilihat dari variabel disposisi, terbagi menjadi dua aspek yaitu sikap pelaksana dan motivasi. Kemauan tim VCT untuk melakukan pelayanan VCT menyatakan mau tetapi jawabannya seperti terpaksa menjawab mau karena itu sudah kewajibannya. Sikap yang beliau munculkan seolah-olah kurang mau untuk melaksanakan pelayanan VCT. Sikap tim VCT harus profesional walaupun hasilnya tidak sesuai harapan,

setidaknya sudah berusaha sungguh-sungguh untuk melaksanakan tugas sesuai bidangnya. Hal tersebut belum sesuai dengan sikap disposisi yang sebenarnya, dimana tim VCT yang memiliki komitmen tinggi dan jujur senantiasa akan bertahan diantara hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan pelayanan. Hal yang menjadi pendorong atau semangat kerja bagi tenaga kesehatan dalam program VCT adalah sudah menjadi tanggung jawabnya. Dan semua tenaga kesehatan VCT merasa senang dengan pekerjaannya ini. Tetapi tidak ada upaya untuk menjaga motivasi. Selain itu, beberapa tenaga kesehatan tim VCT juga mengelukan tidak ada *reward* selama ini. Tetapi ada juga yang mendapatkan *reward* dengan melakukan pelayanan VCT pada populasi kunci tertentu. Sedangkan kendala nakes yang dapat berpengaruh pada motivasi kerja tim VCT selama ini adalah beban kerja nakes di puskesmas yang terlalu banyak, VCT *mobile* waktunya diluar jam kerja dan antusiasnya sedikit padahal pihak nakes sudah pergi ke tempat sasaran sehingga tidak ada motivasi untuk bekerja.

Variabel karakteristik badan pelaksana dibagi beberapa aspek yaitu SOP, struktur organisasi, supervisi dan mekanisme pertanggungjawaban. Dalam aspek SOP, yang dimaksud adalah SOP alur pelayanan VCT yaitu pertama pasien kebagian administrasi dahulu untuk pengisian data, selanjutnya menunggu dipanggil untuk melakukan tahapan VCT. Setelah masuk ke dalam ruangan VCT, pertama mengisi *informed consent* dahulu lalu melakukan konseling

pre test, setelah itu testing HIV dengan diambil darahnya. Lalu pasien menunggu 20-30 menit untuk menunggu hasil labnya setelah itu melakukan konseling post test untuk mengetahui hasilnya. Hal tersebut sudah sesuai dengan Permenkes RI no 74 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan konseling dan testing HIV. Dalam aspek struktur organisasi, dibentuk oleh kepala puskesmas. Dan hal yang terpenting dalam struktur organisasi adalah pkoordinasi dan monev yang dilakukan. Untuk koordinasi antar tim VCT sudah berjalan dengan baik, dan monev internal dilaksanakan sebulan sekali dengan tim VCT. Hal yang dilakukan terkait monev internal tim VCT adalah melihat bagaimana pencatatan dan pelaporan yang terjadi, adakah kendala atau tidak. Hal tersebut sudah sesuai dengan Permenkes RI no 74 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan konseling dan tes HIV Bab VI menyatakan komponen terpenting dari monitoring dan evaluasi adalah pencatatan dan pelaporan dengan maksud mendapatkan data untuk diolah, dianalisis, diinterpretasikan, disajikan dan disebarluaskan untuk dimanfaatkan. Dapat disimpulkan struktur organisasi pelayanan VCT sudah berjalan dengan baik. Dalam aspek supervisi masih perlu ditingkatkan karena ada yang mengatakan supervisi 2 dan 4 bulan sekali, padahal SOPnya supervisi dilakukan 3 bulan sekali di puskesmas masing-masing. Tetapi kenyataannya ada beberapa informan menyatakan supervisi dilakukan di DKK dalam bentuk rapat. Bahkan ada informan yang sudah bekerja

selama 7 tahun di puskesmas belum pernah merasakan supervisi dari pihak DKK dan KPA. Masih perlu diperhatikan lagi terkait supervisi agar dalam implementasi pelayanan VCT dapat diketahui evaluasi yang harus dilakukan sehingga dapat diupayakan perbaikan dalam pelaksanaannya. Dan dalam aspek mekanisme pertanggungjawaban, dengan cara pelaporan manual kepada pihak DKK dan KPA serta pelaporan menggunakan SIHA yang dilaksanakan sebulan sekali. Hambatan yang sering terjadi adalah terkadang penanggung jawab VCT lupa melaporkan ke DKK dan KPA karena sangat sibuk serta web untuk pelaporannya juga *trouble*, jadi setelah itu terkadang lupa input melalui SIHA. Hal membuktikan bahwa tanggung jawab seorang penanggung jawab VCT kurang optimal dan sangat disayangkan karena tanpa sadar nakes VCT lupa dengan tanggung jawabnya. Tetapi terkait pelaporan dan pencatatan sebaiknya dilaksanakan dengan baik dan dilaporkan sesuai dengan waktunya

Variabel lingkungan ekonomi, sosial dan politik dalam implementasi pelayanan VCT oleh tenaga kesehatan di seluruh puskesmas Kota Salatiga masih belum optimal, dapat dilihat dari anggapan masyarakat yang menilai pelayanan VCT masih dianggap tabu oleh masyarakat karena pemberian pengetahuan yang masih dirasa kurang. Seluruh upaya sudah dilakukan oleh tenaga kesehatan terkait stigma pelayanan VCT tersebut dengan cara menggencarkan sosialisasi dimana-mana dan diseluruh lapisan masyarakat mulai dari

tingkat kecamatan, kelurahan, karang taruna sudah dilakukan tetapi antusias masyarakatnya juga terkadang sangat sedikit sehingga penyampaian sosialisasinya tidak menjangkau ke setiap masyarakat. Dukungan dan kerjasama dari lintas sektor juga berjalan dengan baik. Hal tersebut sudah sesuai dengan Perda Kota Salatiga no 3 tahun 2014 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS pada pasal 32 yang berbunyi Pemerintah Daerah dapat bermitra aktif dengan instansi atau lembaga pemerintahan, LSM, organisasi profesi, komunitas populasi kunci dan dunia usaha dalam penanggulangan HIV dan AIDS.

KESIMPULAN DAN SARAN

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah diuraikan, maka dapat disimpulkan bahwa secara umum implementasi pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di puskesmas Kota Salatiga masih belum optimal. Dilihat dari beberapa variabel implementasi Van Metter Van Horn yang masih belum terlaksana pelayanan VCT dengan baik. Terlebih lagi konselor di 5 puskesmas masing-masing hanya satu dan di satu puskesmas lainnya belum memiliki konselor karena belum terlatih atau belum mengikuti pelatihan konselor, sehingga di puskesmas tersebut belum melaksanakan alur pelayanan VCT dengan lengkap. Dan sangat di sayangkan lagi bahwa di puskesmas tersebut ternyata tidak memiliki SOP terkait pelayanan VCT. Mereka hanya memiliki SOP IMS dan beranggapan bahwa SOP IMS sama dengan SOP VCT. Sikap tenaga kesehatan kepada pasien juga kurang ramah bahkan ada

yang pernah diusir oleh nakes, hal tersebut membuat pasien enggan untuk datang ke puskesmas tersebut. Tim VCT juga belum konsisten dalam penjadwalan pelayanan, terkadang sampai tidak ada orang di pelayanan padahal itu jam pelayanan VCT. Sarana prasarana penunjang VCT seperti ruangan untuk konseling di seluruh puskesmas di Kota Salatiga sangat sempit, bahkan 5 dari 6 puskesmas ruangan VCT menjadi satu dengan ruangan penyakit menular lainnya dan membuat pasien tidak nyaman. Terkait stigma masyarakat sendiri masih menaggap pelayanan VCT menjadi hal yang tidak enak untuk dibicarakan dan dilakukan, karena masyarakat beranggapan hanya melakukan hubungan seks dengan suaminya dan aman jadi masyarakat enggan untuk datang dan melaksanakan pelayanan VCT di puskesmas.

SARAN

1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang
 - a. Pihak DKK sebaiknya mengecek SOP di seluruh puskesmas dan bagaimana keberjalanannya selama ini di masing-masing puskesmas agar kedepannya seluruh puskesmas dapat melaksanakan alur sesuai SOP yang ada.
 - b. Selalu mengecek sarana prasarana penunjang VCT yang ada di seluruh puskesmas agar tidak kehabisan stok reagen lagi dan jarum suntik.
 - c. Membangun komunikasi dan hubungan yang baik dengan pihak puskesmas dengan cara melakukan

- pertemuan di luar jam kantor untuk berbicara terkait pelayanan VCT dan juga membuat grup di sosial media agar menjadi lebih dekat.
2. Bagi Puskesmas dan Tim VCT Puskesmas Kota Salatiga
 - a. Melaksanakan sosialisasi pelayanan kepada masyarakat terutama populasi kunci secara langsung dan mendalam, serta lintas sektor untuk meningkatkan dukungan masyarakat dalam pelaksanaan pelayanan VCT.
 - b. Menganggarkan dana untuk memperbanyak media promosi dan edukasi seperti *banner* dan *leaflet*. *Leafletnya* juga yang menarik agar masyarakat antusias untuk membacanya dan juga *power points* sosialisasi di masyarakat
 - c. Membangun suasana kekeluargaan dan hubungan yang baik dengan pihak DKK dan lintas sektor agar pelayanan VCT dapat berjalan dengan lancar dan aman.
 3. Bagi Peneliti Lain
 - a. Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian dalam jangka waktu yang lebih panjang agar dapat melihat lebih detail bagaimana variabel-variabel yang mempengaruhi implemmentasi pelayanan VCT.
 - b. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menggali informasi yang lebih dalam kepada informan dan bisa ditambah juga informan dari lintas sektor yang mendukung keberjalanannya pelayanan VCT.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Kota Salatiga. Profil Kesehatan Kota Salatiga Tahun 2016. Salatiga: Dinas Kesehatan Kota Salatiga; 2017.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pusat Data dan Informasi 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2014
3. Direktorat Jendral PP dan PL Kementerian. Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia 2016. Jakarta: Direktorat Jendral PP dan PL Kementerian Kesehatan; 2016.
4. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah; 2017.
5. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV. 2014.
6. Peraturan Daerah Kota Salatiga. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2014 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS. Salatiga; 2014 p. 1–45.
7. Murtiastutik D. Buku Ajar Infeksi Menular Seksual. Surabaya: Airlangga University Press; 2008.