

# **KEPATUHAN IBU PADA MASA KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN NIFAS DALAM PELAKSANAAN PROGRAM PENCEGAHAN PENULARAN HIV**

**Sri Wahyuni**

Universitas Islam Sultan Agung Semarang

E-mail: sriwahyunimkeb@unissula.ac.id

**Abstract:** This research aim is to explore the adherence of mother during the PPIA programme. Qualitative method was used especially with explanatory research. Purposive sampling continued with snowball sampling was used. Results from this study is the third of five informants did not comply with PPIA. During labour, R4 giving birth in community health center. While R1, R2, R5 already adherence gave birth at Hospital Dr. Sardjito. The examination results VCT and Viral Load for children R1, R3, and R5 can be demonstrated to children not infected with HIV by her mother. For children of R4 is already infected with HIV by her mother because it did not comply with the PPIA. For children from R3 can not be proven contracting or not because it is still in gestation.

**Keyword:** adherence of PPIA, pregnancy, labour, and post partum period

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kepatuhan pada ibu dalam pelaksanaan program PPIA. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan *explanatory research*. *Purposive Sampling* dilanjutkan dengan *Snowball Sampling* digunakan dalam penelitian ini. Hasil dari penelitian ini adalah 3 dari 5 informan tidak mematuhi program PPIA selama masa kehamilan. Selama masa persalinan, R4 yang masih merahaskan status HIVnya melahirkan di Puskesmas. Sedangkan R1, R2, R5 sudah patuh melahirkan di RSUP Dr. Sardjito. Hasil pemeriksaan VCT dan Viral Load untuk anak R1, R3, dan R5 sudah dapat dibuktikan anaknya tidak tertular HIV oleh ibunya. Untuk anak dari R4 sudah tertular HIV oleh ibunya karena sama sekali tidak mematuhi PPIA. Untuk anak dari R3 belum bisa dibuktikan tertular atau tidak karena masih dalam masa kehamilan.

**Kata kunci:** kepatuhan PPIA, kehamilan, persalinan, nifas.

## PENDAHULUAN

HIV (*human immunodeficiency virus*) adalah virus golongan RNA yang secara spesifik menyerang sistem kekebalan tubuh/imunitas manusia menyebabkan AIDS. HIV positif ialah orang yang telah terinfeksi virus HIV dan tubuh telah membentuk antibodi (zat anti) terhadap virus tersebut. Mereka berpotensi sebagai sumber penularan bagi orang lain.

AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*) adalah kumpulan gejala klinis akibat penurunan system imun yang timbul akibat infeksi HIV. AIDS sering bermanifestasi dengan munculnya berbagai penyakit infeksi oportunistik, keganasan, gangguan metabolisme dan lainnya. HIV adalah penyebab utama kematian wanita usia reproduksi di seluruh dunia dan merupakan penyebab kematian bayi. Sehingga pentingnya PPIA sebagai pintu gerbang untuk pencegahan HIV, pengobatan, perawatan dan layanan dukungan seluruh keluarga (Brou *et al.*, 2007).

Menurut Betancourt *et al* (2010) bahwa 2/3 ibu HIV positif yang hamil di negara berkembang tidak memiliki akses pada pengobatan untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi (*mother-to-child HIV transmission/MTCT*). Masalah tersebut mengakibatkan 370.000 kasus HIV baru di antara bayi setiap tahun.

Diantara 1,5 juta ibu hamil yang HIV-positif setiap tahun di negara berkembang, hanya kurang lebih sepertiganya menerima terapi pemberian ARV selama kehamilan, pertolongan persalinan dengan Caesar, pemberian susu formula pada bayi yang dilahirkan dan kebanyakan upaya itu tidak sesuai karena ketidakpatuhan ibu hamil yang mengidap HIV tersebut sehingga tidak berhasil mencegah MTCT (Agadjanian dan Hayford, 2009).

Risiko penularan HIV sebenarnya tidak hanya terbatas pada sub populasi peri-

laku 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 26.997 anak yang dilahirkan dari ibu yang terinfeksi HIV. Para ibu ini sebagian besar tertular dari suaminya (Kemenkes RI, 2013).

Dengan melihat data tersebut, maka pelayanan PPIA semakin menjadi perhatian karena epidemik HIV/AIDS di Indonesia meningkat cepat dibuktikan dengan laporan bahwa sampai dengan triwulan IV tahun 2013 jumlah kumulatif kasus infeksi HIV di Indonesia telah mencapai angka 127.427. Dalam laporan tersebut disebutkan juga bahwa jumlah kumulatif kasus tertinggi ada pada ibu rumah tangga yaitu sebesar 6.230.

Kasus AIDS yang dilaporkan dari bulan Oktober sampai Desember 2013 adalah sejumlah 2845 orang. Dari sejumlah kasus tersebut, faktor risiko tertinggi ketiga dalam penularannya adalah penularan dari ibu yang hamil dengan HIV terhadap bayi yang dikandungnya, yakni sebesar 2,6 % (KPAN, 2014).

Berdasarkan data yang dijabarkan oleh Nafsiah menteri Kesehatan Republik Indonesia, tahun 2011 ada 21.103 ibu hamil yang dites HIV dan 534 di antaranya dinyatakan positif, sementara sampai pertengahan tahun 2014 sebanyak 137.000 ibu hamil yang dites dan 1.182 dinyatakan positif HIV. Nafsiah menganggap dengan cepatnya pemberian obat ARV, jumlah bayi yang positif HIV pun bisa menurun.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia menyampaikan bahwa hasil program PPIA tahun 2013 menunjukkan bahwa dari 1.630 bayi yang lahir dari ibu dengan positif HIV, 91 di antaranya juga positif HIV, sementara sampai pertengahan 2014 sebanyak 926 bayi lahir dari ibu dengan HIV positif dan 54 di antaranya sudah didiagnosis positif HIV.

Angka bayi lahir dengan positif HIV bisa terus ditekan asalkan tes HIV dan pemberian obat antiretroviral (ARV) untuk ibu yang positif HIV diobati dengan serius (Kinanti, 2014). Risiko penularan HIV dari ibu ke bayi sekitar 24-25 %. Namun, risiko ini dapat diturunkan menjadi hanya sekitar 1-2 % saja dengan mengikuti program PMTCT (Legiati *et al.*, 2012). Walaupun prevalensi HIV perempuan di Indonesia hanya 16 %, tetapi mayoritas 92,54% ODHA berusia reproduksi aktif (15-49 tahun), maka diperkirakan jumlah kehamilan dengan HIV positif akan meningkat (Kasenga *et al.*, 2009).

Kepatuhan mengikuti program PMTCT menjadi perhatian mengingat masih banyak ibu hamil yang mengidap HIV tidak mengikuti program ini dengan baik. Meningkatnya angka *drop out* dalam mengikuti program PMTCT akan semakin meningkatkan angka penularan HIV/AIDS dari ibu ke bayi.

Menurut Chinkode *et al* (2009) banyaknya angka *drop out* ibu hamil dari seluruh rangkaian program PMTCT dengan berbagai alasan diantaranya untuk menghindari pengungkapan status HIV dan reaksi negative dari masyarakat, ketidaksetaraan gender, kesulitan mengakses perawatan dan pengobatan, dan kurangnya dukungan dari suami.

Menurut teori *Health Belief Model* (HBM) dalam Glanz *et al* (2008) menyebutkan bahwa persepsi individu pada ibu yang dapat mempengaruhi kepatuhan diantaranya adalah persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, persepsi penghalang, isyarat untuk bertindak, dan kepercayaan diri untuk bertindak.

Berdasarkan studi pendahuluan di propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan propinsi dengan angka HIV/AIDS cukup tinggi, yaitu merupakan peringkat ke-5 (sebesar 21,0) seluruh Indonesia dalam

hal AIDS case rate sampai bulan Desember 2013 (P2PL Kemenkes, 2014). Jumlah HIV/AIDS yang tertinggi berdasarkan asal penderita adalah di Kota Yogyakarta yaitu sebanyak 802 dari 2933 penderita (KPA DIY, 2014).

Jumlah perempuan dengan HIV pada tahun 2014 ada 26 penderita, dengan rincian usia terbanyak pada wanita usia subur yaitu usia 25-49 tahun. Berdasarkan survey pendahuluan, jumlah ibu hamil dengan HIV di Kota Yogyakarta pada tahun 2014 adalah sebanyak 8 penderita.

Gambaran kepatuhan dari 8 pasien tersebut ternyata setelah dilakukan pengecekan di RSUP Dr. Sardjito sebagai RS rujukan untuk kasus ibu hamil dengan HIV tersebut hanya 5 pasien yang mengakses layanan tersebut. Tiga pasien lainnya sudah tidak bisa dideteksi karena sudah *drop out* dari program ini (Dinkes Kota Yogyakarta, 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas, perlu dikaji kepatuhan dalam mengikuti program PPIA. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Kepatuhan Dalam Pelaksanaan Program Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak (PPIA) selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas di Kota Yogyakarta”.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan secara deskriptif kualitatif dengan rancangan narasi (*eksploratif*) yang dilakukan di Kota Yogyakarta. Apabila semua aspek dari fenomena sudah berhasil dijelajahi, maka peneliti ingin menggambarkan karakteristik dari fenomena secara utuh dan menyeluruh dengan uraian kata-kata dan kalimat yang naratif (Poerwandari, 2009).

Pada penelitian ini menggunakan triangulasi metode yaitu wawancara mendalam, observasi perilaku saat wawancara, dan studi dokumentasi yang dilakukan

kepada seluruh ibu yang telah mengikuti program PMTCT di Kota Yogyakarta. Metode wawancara yang dilakukan adalah wawancara terstruktur dengan menggunakan pedoman wawancara.

Peneliti sebagai instrumen dalam pengambilan data, sebelum melakukan penelitian terlebih dahulu harus meminta persetujuan informan untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan formulir pernyataan kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian (*informed consent*) yang ditandatangani oleh informan dan peneliti.

Selain itu penelitian ini juga menggunakan triangulasi sumber yaitu kepada pasien sendiri, suami/ibu kandung/teman sesama ODHA yang mengenal informan, dan juga petugas kesehatan. Selain itu, dalam melakukan analisis data menggunakan triangulasi analisa yaitu dengan menggunakan peneliti sendiri (bidan), psikolog, dan sosiolog. Penggunaan teknik triangulasi dalam pengumpulan data dimaksudkan agar peneliti memperoleh data yang konsisten, tuntas, dan pasti (Sugiono, 2008).

Pengambilan sampel secara *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sumber data dimana sudah ditentukan kriteria sebelumnya (Poerwandari, 2009). Setelah melakukan *purposive sampling* dilanjutkan dengan *Snowball Sampling* yaitu *snowball sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang dilakukan untuk menjangkau populasi yang tidak ingin ditemukan sehingga diperlukan satu orang dari anggota populasi tersebut untuk menjangkau komunitasnya agar informan lainnya lebih percaya dengan peneliti (Poerwandari, 2009).

Setelah melakukan teknik sampling tersebut, didapatkan 5 (lima) informan utama dan 8 (delapan) informan pendukung yang terdiri dari suami, ibu kandung, teman sesama ODHA, dan petugas kesehatan.

Analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam

pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditentukan tema dan dapat ditentukan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan *content analysis* yaitu analisis berdasarkan isi wawancara yang dikategorikan menurut tema yang muncul (Moleong, 2009).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari 5 informan utama yang semuanya adalah ibu yang memiliki pengalaman dalam mengikuti program PMTCT yang diberi kode R1-R5 didapatkan karakteristik sebagai berikut: Usia paling muda adalah 21 tahun, usia paling tua adalah 45 tahun. Pekerjaan terbanyak adalah ibu rumah tangga, pernikahan paling banyak adalah pernikahan yang kedua. Jumlah anak yang terbanyak adalah 2 anak. Lamanya terdeteksi HIV paling banyak adalah 6 tahun. Pendidikan terendah yaitu SD dan pendidikan tertinggi yaitu SMA.

Dari kelima informan, sebagian besar tertular karena suami/pasangan hidupnya. Pada informan R1, memiliki pengalaman dengan memiliki 2 anak yang anak pertama tertular HIV karena dulu belum mengetahui program PMTCT, dan anak kedua berhasil mengikuti program PMTCT dengan baik sehingga anaknya tidak tertular HIV. Kepatuhan mengikuti program PMTCT ditampilkan pada Tabel 1.

**Tabel 1. Kepatuhan Mengikuti Program Program PMTCT**

### R Kepatuhan mengikuti program PMTCT

- 1 Patuh, minum ARV rutin dan tepat waktunya, persalinan dengan SC karena *placenta previa* padahal syarat untuk melahirkan pervaginam terpenuhi, profilaksis sampai 6 minggu, bayi diberi susu formula anak keduanya sudah tes vct dua kali dan

- tidak tertular HIV terakhir saat usia 18 bulan
- 2 Tidak patuh, minum obat kadang ketiduran namun langsung diminum, persalinan di Sardjito dengan SC karena panggul sempit padahal syarat melahirkan per vaginam terpenuhi, bayi diberi profilaksis sampai 3 minggu, bayi diberi susu formula, bayi masih berumur 3 minggu
  - 3 Patuh, baru hamil usia kandungan 24 minggu, minum ARV rutin, rencana persalinan aman, bayi rencana akan diberi donor ASI dan profilaksis
  - 4 Tidak patuh, minum ARV sering kelupaan, menutup status HIV saat periksa hamil, persalinan di puskesmas dengan menutup status HIV, bayi diberi susu formula, diberi profilaksis mulai umur 3 bulan karena sudah sakit-sakitan sehingga membuka status HIV
  - 5 Tidak Patuh, minum ARV saat hamil rutin lebih awal 30 atau 15 menit dari waktunya, persalinan spontan di RS Sardjito karena memenuhi syarat persalinan per vaginam, bayi diberi profilaksis sampai 3 minggu, bayi diberi susu formula.

Kepatuhan tersebut di atas selain kepada informan utama, sudah ditanyakan kembali oleh peneliti kepada suami R3 (N3), ibu kandung R1(N1), teman sesama ODHA (N5) ataupun kepada petugas kesehatan (P1 dan P2) yang mengenal informan seperti dalam cuplikan wawancara berikut ini:

*Saya bisa menjamin kalau R5 patuh dalam meminum ARV, karena setiap bulan ke sini sama saya untuk ambil obat lagi. (N5, W1, 13-1-2016, 13) Sejauh ini, dari awal menikah selalu patuh, Mbak, minum ARVnya, paling kalau lupa, ya, saling ngingetin. (N3, W1, 2-11-2015, 1)*

*Ya, iya, patuh minum obat, Mbak. Di rumah punya alarm sendiri, amin*

*amin amin alarmnya bunyi. Pada kehamilan kedua, rutin minum obat, punya alarm sendiri, masing-masing anggota keluarga saling mengingatkan. Karena, ya, itu agar tidak bolong bolong. Jam 6 pagi sama jam 6 sore, sama anaknya bareng, dibuat jam yang sama (N1, W1, 26-11-2015, 1) Em.., untuk sedetail bagaimana meminum ARV setiap hari, ya, kita tidak tahu, Mbak. Karena itu kan ARV-nya tidak diterima dari Puskesmas. Untuk Puskesmas Mantrijeron baru ada rencana boleh memberikan ARV kalau sudah ada SK dari Kemenkes. Biasanya, yang mendampingi itu kan LSM, Mbak. Itulah. Kalau persalinannya, ya, kita tahunya hanya di Sardjito, gitu, Mbak. Berarti sudah sesuai kalau melahirkan di sana. Pasiennya itu kan lebih dekat sama LSM-nya, karena kan mereka sama-sama ODHA. (P1, W1, 2-11-2015, 6)*

*Itulah kekurangan kita, Mbak. Kita tahunya itu, ya sudah, ke Sardjito. Habis itu, ya, sudah. Tidak begitu tanya-tanya mendetail lagi, Mbak. Yang penting, sudah ke Sardjito berarti sudah mengakses PMTCT di sana. Karena puskesmas kan belum bisa memberikan ARV sementara ini. (P2, W1, 29-1-2016, 6)*

Sedangkan untuk kepatuhan R4, yang menutup status HIV selama hamil dan melahirkan, ditanyakan kepada N4, merupakan teman sesama ODHA dan merupakan pendamping dari informan tersebut mengatakan bahwa R4 sangat tertutup, bahkan selama hamil, teman-temannya tidak ada yang mengetahuinya. Hal ini terlihat dalam cuplikan wawancara berikut ini:

*Hmm..tidak ada yang tahu, Mbak, mengenai kehamilan R4, e.. selama ini kan dia rutin ambil ARV, tapi kita*

*tidak menanyakan apakah dia menikah lagi, apakah dia hamil. Itu juga merupakan kekurangan kita. Harusnya kita lebih jeli lagi dalam memberikan edukasi kepada teman-teman.. Gimana ya, Mbak.. Pertama kali tahu bahwa R4 ternyata menikah lagi, hamil dan melahirkan anak, ketika R4 menelpon bahwa dia membutuhkan darah untuk anaknya, karena stok di PMI kosong. Akhirnya kita broadcast kemana-mana. Suaminya juga sudah mencoba donor tapi katanya tidak lulus tes. Itu juga jadi pertanyaan kita, jangan-jangan suaminya juga terinfeksi. Suaminya dikasih tahu apa nggak, kalau R4 HIV positif. Saat ditanya pekerjaannya apa, dia bilang tukang parkir di salah satu stasiun. Jadi, saya tidak kenal sama sekali dengan suami R4. Kalau suami yang pertama dulu, yang sudah meninggal di Surabaya, malah saya kenal, Mbak. (N4, W2, 25-01-2016, 3)*

Tingkat kepatuhan yang rendah dalam mengikuti program PPIA ini disebabkan karena kurangnya *self esteem*, dukungan suami dan keluarga yang kurang, dan masih tingginya stigma di masyarakat.

*Self esteem* yang rendah dapat ditandai oleh adanya kecemasan dan rasa takut saat berbicara (Mc.Donald, 2007). Hal ini terlihat pada responden R2 dan R5 ketika diwawancarai. Selama wawancara berlangsung, mereka berbicara dengan sangat pelan dan intonasi suara rendah. Ekspresi ini mengindikasikan adanya perasaan tidak aman, ketika sesuatu yang berkaitan dengan dirinya harus diungkapkan kepada orang lain, khususnya hal yang berkaitan dengan HIV/AIDS. Pada kesempatan wawancara pertama dengan R5, bahkan responden tersebut hanya berbisik-bisik, sehingga banyak sekali rekaman yang tidak terdengar saat dilakukan transkrip wawancara.

Lyons (2010) mengungkapkan bahwa dukungan sosial memegang peranan penting dalam mengurangi depresi pada orang dengan HIV/AIDS. Perasaan didukung oleh orang lain membuat seseorang bisa bangkit kembali. Demikian pula pendapat Asante (2012), bahwa dukungan dari orang-orang terdekat seperti pasangan, teman, dan keluarga mampu menghasilkan kesejahteraan psikologis bagi ODHA.

Hal ini sejalan dengan penelitian Byamugisha *et al* (2010) yang menyebutkan bahwa keterlibatan lelaki dalam program PMTCT ini sangat rendah. Hal ini pun terlihat dalam penelitian ini, dimana suami yang bersedia untuk dilakukan wawancara hanyalah suami dari R3 (N3).

Sulitnya penerimaan sosial oleh masyarakat terhadap ODHA ini dapat dijelaskan oleh pemikiran Ervin Goffman yang disebut dengan stigma atau pelabelan negatif. Goffman mempelajari berbagai struktur-struktur yang muncul dalam masyarakat dan beberapa dampak yang muncul ketika ada hal-hal yang mengganggu struktur. Salah satu yang ia kemukakan adalah bagaimana stigma muncul.

Didalam masyarakat terdapat tiga tipe stigma (Ritzer *et al*, 2010). Tipe pertama yakni stigma terhadap kecacatan pada tubuh, yakni stigma dikenalkan karena adanya kecacatan fisik pada tubuh. Stigma yang kedua yakni stigma terhadap buruknya perilaku seseorang. Stigma ini biasanya dikenakan kepada orang-orang yang dipenjara, alkoholik, dan orang yang memiliki kesehatan mental yang buruk. Stigma ketiga disebut dengan tribal stigma. Stigma ini dikenakan berdasarkan ke dalam kelompok mana seseorang memiliki afiliasi.

Menurut analisa sosiologis, pilihan rasional oleh informan ini terbentur oleh stigma di masyarakat. Pilihan rasional ini sejalan dengan apa yang diungkapkan oleh Coleman dalam Ritzer *et al* (2010) bahwa tin-

dakan perseorangan mengarah pada suatu tujuan dan tujuan itu (dan juga tindakan itu) ditentukan oleh nilai atau pilihan (preferensi). Artinya berdasarkan metodologi individualisme, sebuah tindakan intensionaldiikuti asumsi bahwa tindakan seseorang dilakukan secara rasional apabila ia memiliki preferensi dan membuat keputusan berdasarkan kerangka tersebut.

Selanjutnya dukungan dari lembaga sosial terkecil yakni keluarga juga menjadi faktor yang menentukan keberhasilan seseorang dalam melakukan tindakan, dalam hal ini kepatuhan untuk menjalankan PMTCT. Namun demikian, dorongan dari keluarga ternyata tidak bergerak keluar kepada struktur masyarakat.

Masyarakat justru masih menganggap ODHA sebagai sosok yang memiliki perilaku menyimpang dan memberikan stigma kepada mereka. Akibatnya, banyak dari mereka yang menutupi status HIV karena takut dikucilkan, mengalami diskriminasi terhadap akses kesehatan dengan larangan hamil, maupun mengalami kesulitan mengakses kesehatan yang layak tanpa membayar. Faktor-faktor inilah yang menghambat ODHA mencapai keberhasilan dalam menjalankan PMTCT.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Tiga dari lima informan mengalami ketidakpatuhan dalam mengikuti program PMTCT dikarenakan faktor penghambat terbesar adalah ketakutan membuka status karena takut mendapatkan diskriminasi dari masyarakat maupun tenaga kesehatan.

### Saran

Saran Utama pada penelitian ini adalah kepada pengambil kebijakan di Dinas kesehatan Kota Yogyakarta agar menambah jumlah Puskesmas LKB (Layanan Kompre-

hensif Berkesinambungan) agar dapat semakin meningkatkan keadaran masyarakat dan petugas kesehatan untuk memiliki pengetahuan yang benar mengenai HIV/AIDS dan PPIA sehingga dapat menghilangkan ketakutan akan diskriminasi tersebut.

## DAFTAR RUJUKAN

- Agadjian, V. & Hayford, S.R. 2009. PMTCT, HAART, and Childbearing in Mozambique: an Institutional Perspective. *AIDS Behav*, 13 (1): 103-12.
- Asante, K.O. 2012. Social Support and the Psychological Wellbeing of People Living with HIV/AIDS in Ghana. *African Journal of Psychiatry*, 15, 340-345.
- Baron, R.A. & Byrne, D. 2002. *Social Psychology*. MA: Allyn & Bacon.
- Betancourt, T.S., Abrams, E.J., Mc.Bain, R. & Fawzi, M.C. (2010) Family-centred Approaches to the Prevention of Mother to Child Transmission of HIV. *J. Int. AIDS Soc*, 13(2): 104-13.
- Brou, H., Djohan, G., Becquet, R., Allou, G., Ekouvi, D.K., Viho, I., Leroy, V. & Desgre'es-du-Lou, A. 2007. When Do HIV Infected Women Disclose Their Male Partner and Why? A Study in A PMTCT Programme, Abidjan. *PloS Med*, 4(12): 1912-20.
- Byamugisha, R., Tumwine, J. K., Semigaya, N. & Tylleskar, T. 2010. Determinans of Male Involvement in The Prevention of Mother to Child Transmission of HIV Programme in Eastern Uganda: a Cross-Sectional survey. *Reproductive Health*, 7 (12): 140-53.

- Chinkonde, J. R., Sundby, J., & Martinson, F. 2009. The Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Programme in Lilongwe, Malawi: Why Do So Many Women Drop Out, *Reproductive Health Matters*, 17(33): 143–51.
- Dinkes Kota Yogyakarta. 2015. *Profil Kesehatan Kota Yogyakarta Tahun 2014*. Yogyakarta: Dinkes Kota Yogyakarta.
- Glanz, K., Rimer, B.K., dan Visanath, K. 2008. *Health Behavior and Health Education*, A. Wiley Imprint, San Fransisco.
- Kasenga, F., Byass, P., Emmelin, M. & Hurtig, A. K. 2009. The Implication of Policy Changes on the uptake of a PMTCT Programme in rural Malawi: First Three Years Of Experience. *Glob Health Action*, 2(6): 134-45.
- Kemenkes RI. 2013. *Rencana Aksi Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) Indonesia 2013-2017*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kinanti. 2014. [http://health.detik.com/read/2014/08/05/183513/2654035/1300/cegah-peningkatan-jumlah-bayi-lahir-dengan-hiv-puskesmas-akan-diperbanyak\(diunduh tanggal 5 Agustus 2014\)](http://health.detik.com/read/2014/08/05/183513/2654035/1300/cegah-peningkatan-jumlah-bayi-lahir-dengan-hiv-puskesmas-akan-diperbanyak(diunduh tanggal 5 Agustus 2014)).
- Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Nasional. 2014. Data HIV/AIDS Tahun 2013. (diunduh dari [www.aidsindonesia.or.id](http://www.aidsindonesia.or.id)).
- Komisi Penanggulangan AIDS Propinsi DIY. 2014. Data HIV&AIDS Sampai 31 Desember 2013. Diakses tanggal 30 Juli 2014. Available from: <http://www.aidsyogya.or.id>
- Legiati T, Shaluhiah Z, Suryoputro A. 2012 Perilaku Ibu Hamil untuk Tes HIV di Kelurahan Bandarharjo dan Tanjung Mas Kota Semarang *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia* Vol. 7/ No. 2/Agustus 2012: 153-164
- Lyons, S.J. 2010. The Role of Social Support and Psychological Resources in Depression in People Living with HIV/AIDS: Examining the Mediating Role of Mastery and Self Esteem. *Thesis*. Graduate Department of Adult Education and Counselling Psychology. University of Toronto.
- MacDonald, G. 2007. Self-Esteem: A Human Elaboration of Prehuman Belongingness Motivation. In C. Sedikides & S. Spencer (Eds.), *The Self in Social Psychology*, 412-456. New York: Psychology Press.
- Moloeng, L.J. 2009. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Rosdakarya.
- Nursalam. 2007. Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS. Jakarta: Salemba Medika.
- Poerwandari, E.K. 2009. *Pendekatan Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*, Jakarta: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi (LPSP3) Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Ritzer, G., and Douglas J.G. 2010. *Teori Sosiologi Klasik Sampai Perkembangan Mutakhir*, Yogyakarta: Kreasi Wacana.
- Sugiono. 2008. *Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: CV. Alfabeta.