

MODUL VCT VOLUNTARY CONSELLING TESTING

(KONSULTASI DAN TES SUKARELA HIV/AIDS)



BADAN NARKOTIKA NASIONAL
PUSAT LABORATORIUM dan REHABILITASI
2004

614.4

MOD

M

614.4.

Ind

m. cp. 2



PERPUSTAKAAN BNN RI

TGL DITERIMA	19 April 2005
No. INDUK	0708
No. KODE BUKU	614.4 / BNN / m
SUMBER	-
HARGA BUKU	-
PARAF PETUGAS	<i>Emi</i>

BADAN NARKOTIKA NASIONAL

SUMBER: PEMBELIAN/SUMBANGAN/ HADIAH	
DARI	: Paimardi Swi
TGL TERIMA	: 19/04/05
NO INDUK	: 509
NO RAHASIA	: 20

MODUL VCT VOLUNTARY CONSELLING TESTING

(KONSULTASI DAN TES SUKARELA HIV/AIDS)



BADAN NARKOTIKA NASIONAL
PUSAT LABORATORIUM dan REHABILITASI
2004



Perpustakaan BNN

11201001014

Perpustakaan BNN



KETUA BADAN NARKOTIKA NASIONAL

SAMBUTAN

Assalamu' alaikum Wr. Wb.
Salam sejahtera bagi kita sekalian

Pertama - tama marilah kita panjatkan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas limpahan Rahmat dan Karunia-Nya, telah dapat disusun Buku *Modul Voluntary Counselling and Testing (VCT)* yang sangat berguna dalam penatalaksanaan penyakit HIV-AIDS dan Hepatitis sebagai dampak buruk dari penyalahgunaan narkoba.

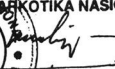
Sebagaimana kita ketahui bersama, meningkatnya jumlah korban penyalahgunaan narkoba tidak hanya terjadi di kota-kota besar saja, tapi sudah sampai keseluruh pelosok Nusantara tercinta. Khususnya penyalahguna jarum suntik yang sama secara bergantian pada beberapa penyalahguna dengan resiko terkena penyakit infeksi menular yaitu HIV-AIDS dan Hepatitis.

Stigma sebagai penyalahguna narkoba umumnya akan menghambat upaya pengobatan serta melakukan tes HIV-AIDS dan Hepatitis. Kemampuan memberikan pengetahuan kepada korban penyalahguna narkoba untuk mau berobat perlu ditingkatkan dengan memberikan keterampilan konseling, khususnya konseling dan testing sukarela HIV-AIDS serta Hepatitis (Voluntary Counselling and Testing).

Kemudian kepada segenap Tim penyusun, Panitia, Pengarah dan Narasumber, saya sampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih atas dukungan dan kerjasamanya dalam menyusun buku ini. Saya berharap buku ini dapat segera dimanfaatkan sebagai tindak lanjut dari kerjasama BNN dan KPA dalam upaya pelayanan Terapi dan Rehabilitasi korban penyalahgunaan Narkoba.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan Petunjuk dan Bimbingan-Nya kepada kita sekalian dalam upaya penanggulangan masalah ini, sehingga masyarakat merasa terlindungi dan merasa aman untuk mendapatkan pelayanan Terapi dan rehabilitasi penyalahgunaan Narkoba.

Sekian dan terima kasih
Wassalamu' alaikum Wr. Wb.

Jakarta, Januari 2004
KETUA BADAN NARKOTIKA NASIONAL

DICKY I. BACHTIAR, SH
JENDERAL POLISI





BNN

**KATA SAMBUTAN
KEPALA PELAKSANA HARIAN
BADAN NARKOTIKA NASIONAL**

Dengan mengucapkan syukur Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas Rahmat dan HidayahNya serta atas kerjasama dari berbagai pihak, telah berhasil disusun Buku Modul *Voluntary Counselling and Testing (VCT)*.

Meningkatnya jumlah korban penyalahgunaan Narkoba tidak hanya terjadi di kota – kota besar saja tapi sudah sampai ke seluruh pelosok Nusantara tercinta ini. Khususnya penyalahguna jarum suntik yang sama secara bergantian pada beberapa penyalahguna akan menggiring kepada perilaku menyuntik dengan risiko terkena penyakit menular melalui jarum suntik yaitu HIV – AIDS dan Hepatitis. Dengan meningkatnya penyalahguna jarum suntik (*Intravenous Drugs Users / IDU*) yang terinfeksi HIV – AIDS dan Hepatitis maka sebagian besar orang ini akan terasing secara sosial. Dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, juga sering terjadi diskriminasi karena ketidak – tahuan petugas kesehatan tentang masalah HIV – AIDS dan Hepatitis.

Aib atau stigma sebagai penyalahguna narkoba umumnya, dan khususnya IDU dengan HIV – AIDS akan menghambat untuk melakukan tes Narkoba dan HIV – AIDS dalam tubuhnya. Karena itu, adanya dampak beban mental setelah tes dilakukan akan menempatkan betapa pentingnya suatu kerahasiaan. Persetujuan berdasarkan *informed consent* adalah penting sebelum tes dilakukan. Untuk itu kemampuan petugas kesehatan (dokter, perawat, psikolog dan pekerja sosial serta petugas yang berminat di bidang kesehatan lainnya) perlu ditingkatkan dengan memberikan keterampilan Konseling, khususnya Konseling dan Testing Sukarela HIV – AIDS serta Hepatitis (*Voluntary Counselling and Testing*).

Kondisi ini mengharuskan masyarakat dapat berperan lebih aktif dalam upaya terapi dan rehabilitasi. Buku ini sangat penting artinya bagi penyelenggara dan pelaksana pelayanan terapi dan rehabilitasi korban penyalahgunaan narkoba umumnya dan masyarakat serta keluarga khususnya untuk pelaksanaannya.

terapi dan rehabilitasi korban penyalahgunaan narkoba umumnya dan masyarakat serta keluarga khususnya untuk pelaksanaannya.

Hal yang perlu dipahami oleh kita semua adalah dalam penerapan kegiatan terapi dan rehabilitasi korban penyalahgunaan narkoba di Indonesia dibutuhkan waktu dan peran Badan Narkotika Propinsi / Kabupaten / Kotamadya (BNP / K) untuk diterima sebagai program pemberdayaan masyarakat dalam mengurangi dampak buruk penyalahgunaan (*demand reduction*) narkoba di Indonesia, sehingga program ini harus berdasarkan situasi dan kondisi yang ada dalam rangka penanggulangan penyalahgunaan narkoba pada umumnya.

Kepada segenap Tim Penyusun, Panitia, Pengarah dan Narasumber, Saya sampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih atas dukungan dan kerjasamanya dalam menyusun buku ini. Saya berharap buku ini segera dapat dimanfaatkan secara optimal oleh para petugas dan penyelenggara serta unsur – unsur terkait di masyarakat dalam upaya pelayanan terapi dan rehabilitasi korban penyalahgunaan narkoba.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan petunjuk kepada kita dalam upaya penanggulangan masalah yang kompleks ini. Sehingga masyarakat merasa terlindungi, aman dan nyaman untuk mendapatkan pelayanan terapi dan rehabilitasi penyalahgunaan narkoba.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Jakarta, Desember 2003

**BADAN NARKOTIKA NASIONAL
KEPALA PELAKSANA HARIAN**



**TOGAR M. SIANIPAR, M.Si
KORANJIS JENDERAL POLISI**

KATA SAMBUTAN
KEPALA PUSAT LABORATORIUM
TERAPI DAN REHABILITASI
PELAKSANA HARIAN BADAN NARKOTIKA NASIONAL

Dengan mengucapkan syukur Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas Rahmat dan HidayahNya serta atas kerjasama dari berbagai pihak, telah berhasil dicetak Buku Modul *Voluntary Counselling & Testing (VCT)*.

Modul ini berisi informasi dampak IDU yaitu HIV – AIDS dan Hepatitis serta akibatnya pada kesehatan fisik dan mental, diharapkan sebagai sumber informasi bagi petugas yang bekerja di bidang kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan korban penyalahgunaan narkoba.

Buku ini terdiri dari 5 modul dan 29 sub modul dengan perincian sebagai berikut :

• Modul 1 – INFORMASI HIV DAN VCT

1. Pendahuluan
2. Epidemiologi dan Implikasi VCT
3. Ikhtisar HIV
4. Introduksi Tes HIV
5. Peran VCT dalam Pencegahan dan Perawatan HIV

• Modul 2 – VCT UNTUK HIV

1. Konseling
2. Tata Nilai dan Sikap Konselor
3. Keterampilan Mikro Konseling
 - 4.1. Komunikasi Perubahan Perilaku – Penularan HIV
 - 4.2. Komunikasi Perubahan Perilaku – Model Perubahan Perilaku
 - 4.3. Komunikasi Perubahan Perilaku – Pemecahan Masalah
- 5.1. Orientasi Konseling Pre dan Pasca Tes HIV
- 5.2. Penilaian Resiko secara Klinis
- 5.3. Konseling Pra Tes – HIV
- 5.4. Konseling Pra Tes – HIV – Kekerasan Seksual
- 5.5. Konseling Pra Tes – HIV – Pekerjaan Okupasional
6. Konseling Pasca Tes – HIV
7. Penilaian Resiko Bunuh Diri dan Manajemen Strategi

* Modul 3 – TARGET INTERVENSI VCT

1. Intervensi VCT pada Sasaran IDU
2. Intervensi VCT pada Sasara Pekerja Seks
3. Intervensi VCT pada Sasaran Remaja dan Anak
4. Intervensi VCT pada Sasaran MSM (Homoseksual)
5. Pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PMTCT)
6. Intervensi VCT pada Sasaran Populasi Berpindah (Optional)
7. Intervensi VCT pada Sasaran Lembaga Pemasyarakatan (Optional)

* Modul 4 – PERAWATAN PSIKOSOSIAL

1. Konseling untuk Kelanjutan Perawatan Penyakit
2. Konseling untuk Kepatuhan Berobat

* Modul 5 – PENDIRIAN DAN MANAJEMEN PELAYANAN VCT

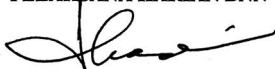
1. Adaptasi Model VCT
2. Model Pelayanan VCT
3. Pengembangan Rujukan dan Jejaring
4. Supervisi Konseling dan Dukungan
5. Etiko Konselor
6. Monitoring, Evaluasi dan Jaminan Kualitas
7. Manajemen Data dan Pencatatan
8. Kunjungan Lapangan

Kepada segenap Tim Penyusun, Panitia, Pengarah dan Narasumber Saya sampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih atas dukungan dan kerjasamanya dalam menyusun buku ini. Saya berharap buku ini segera dapat dimanfaatkan secara optimal oleh para petugas dan penyelenggara serta unsur – unsur terkait di masyarakat dalam upaya terapi dan rehabilitasi korban penyalahgunaan narkoba.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan petunjuk kepada kita dalam upaya penanggulangan masalah yang kompleks ini, sehingga masyarakat merasa terlindungi, aman dan nyaman untuk mendapatkan pelayanan terapi dan rehabilitasi korban ketergantungan narkoba.

Jakarta, Desember 2003

**KA. PUS. LAB. T & R
PELAKSANA HARIAN BNN**



Dr. NANANG A PARWOTO, Sp.KJ. MARS.
PEMBINA UTAMA MUDA NIP.140058262

DAFTAR ISI

KATA SAMBUTAN KETUA BADAN NARKOTIKA NASIONAL i

KATA SAMBUTAN KEPALA PELAKSANA HARIAN
BADAN NARKOTIKA NASIONAL ii

KATA SAMBUTAN KEPALA PUSAT LABORATORIUM TERAPI
DAN REHABILITASI PELAKSANA HARIAN
BADAN NARKOTIKA NASIONAL iv

DAFTAR ISI vi

KODE MODUL :

Modul	Sub modul	Judul	Bahasan (SP)	Presentasi PowerPoint (PPT)	Ulasan	Lembar Aktivitas
MODUL 1		INFORMASI HIV dan VCT				
1	1	Pendahuluan	SP1 (90 menit)			
1	2	Epidemiologi dan implikasi VCT	SP2 (60 menit)	PPT01	HO1	
1	3	Ikhtisar HIV	SP3 (60 menit)	PPT02	HO2	AS01
1	4	Introduksi tes HIV	SP4 (60 menit)	PPT03	HO3	AS02
1	5	Peran VCT dalam prevensi dan perawatan HIV Total waktu:	SP5 (90 menit) 360 menit (6 jam)	PPT04	HO4	AS03
MODUL 2		VCT untuk HIV				
2	1	Konseling	SP6 (60 menit)	PPT05	HO5	AS04 AS05
2	2	Tata Nilai dan Sikap Kounselor	SP7 (120 menit)	PPT06	HO6	AS06 AS07 AS08 AS09
2	3	Keterampilan mikro konseling	SP8 (180 menit)	PPT07	HO7	AS10a AS10b AS11
2	4.1	Komunikasi perubahan perilaku – Penularan HIV	SP9 (90 menit)	PPT08		
2	4.2	Komunikasi perubahan perilaku – Model perubahan perilaku	SP10 (120 menit)	PPT09	HO8	
2	4.3	Komunikasi perubahan perilaku – Pemecahan masalah	SP11 (90 menit)	PPT10	HO9	AS12

2	5.1	Orientasi konseling Pre dan Pasca tes HIV	SP12 (15 menit)	PPT11	HO10	
2	5.2	Penilaian risiko secara klinis	SP13 (135 menit)	PPT12	HO11	AS13a AS13b
2	5.3	Konseling Pre tes-HIV	SP14 (210 menit)	PPT13	HO12	AS14
2	5.4	Konseling Pre tes-HIV – Kekerasan seksual	SP15 (90 menit)	PPT 14	HO13	AS15
2	5.5	Konseling Pre tes-HIV – Paparan okupasional	SP16 (150 menit)	PPT15	HO14	AS16
2	6	Konseling Pasca tes-HIV	SP17 (240 menit)	PPT16	HO15	(AS14)
2	7	Penilaian risiko bunuh diri dan manajemen strategi	SP18 (210 menit)	PPT17	HO16	AS17 AS18
		<u>Total waktu:</u>	1710 menit (28,5 jam)			
MODUL 3 Target Intervensi VCT						
3	1	Intervensi VCT pada sasaran- IDU	SP19 (150 menit)	PPT18	HO17	AS19
3	2	Intervensi VCT pada sasaran – Pekerja Seks	SP20 (120 menit)	PPT19	HO18	N/A
3	3	Intervensi VCT pada sasaran - Remaja dan Anak.	SP 21 (120 menit)	PPT20	HO19	N/A
3	4	Intervensi VCT pada sasaran– MSM (homoseksual)	SP 22 (90 menit)	PPT21	HO20	N/A
3	5	Pencegahan penularan ibu ke anak (PMTCT)	SP23 (120 menit)	PPT22	HO21	AS20
3	6	Intervensi VCT pada sasaran– Populasi berpindah (OPTIONAL)	SP24 (120 menit)	PPT23	HO22	AS21
3	7	Intervensi VCT pada sasaran– Lembaga Pemasyarakatan (OPTIONAL)	SP25 (120 menit)	PPT24	HO23	AS22
		<u>Total waktu:</u>	600 menit (10 jam) + optional 240 menit (4 jam)			
MODUL 4 Perawatan Psikososial						
4	1	Konseling untuk kelanjutan perawatan penyakit	SP26 (180 menit)	PPT25	HO24	AS23
4	2	Konseling untuk kepatuhan berobat	SP27 (90 menit)	PPT26	HO25	AS24
		<u>Total waktu:</u>	270 menit (4,5 jam)			
MODUL 5 Pendirian dan manajemen pelayanan VCT						
5	1	Adaptasi model VCT	SP 28 (60 menit)	PPT 27	HO26	
5	2	Model pelayanan VCT	SP29 (60 menit)	PPT28	HO27	AS25

5	3	Pengembangan rujukan dan jejaring	SP30 (60 menit)	PPT 29	HO28	AS26
5	4	Supervisi konseling dan dukungan	SP31 (120 menit)	PPT30	HO29	AS27
5	5	Etika Konselor	SP32 (90 menit)	PPT31	HO30	AS28
5	6	Monitoring, evaluasi dan jaminan kualitas	SP33 (90 menit)	PPT32	HO31	
5	7	Manajemen data dan pencatatan	SP 34 (90 menit)	PPT30 / 33	HO32	AS29
5	8	Kunjungan lapangan	SP 35 (1,5 hari)		HO33	
		<u>Total waktu:</u>	570 Jam (9,5 Jam)			
		<u>Total seluruh waktu pelatihan: 58,5 jam= 7 hari</u> <u>+ optional 62,5 jam</u> <u>Praktek lapangan 1,5 hari</u>				
Lain-lain						
Kuisener Pre and pos tes						
Lembar jawaban Pre and pos tes						

MODUL 1

INFORMASI HIV dan VCT



BADAN NARKOTIKA NASIONAL
PUSAT LABORATORIUM dan REHABILITASI
2004

PENDAHULUAN

MODUL 1
Sub Modul 1
INFORMASI HIV dan VCT

MODUL 1
Sub modul 1
Pengenalan dan Orientasi

Materi diskusi

Pada akhir sesi pelatihan, peserta latih akan mampu :

- Memiliki orientasi mengenai program pelatihan
- Memenuhi pengetahuan dasar

Waktu untuk mengerjakan sub modul

1 jam 30 menit

Materi pelatihan

- Kotak pertanyaan
- Kuesioner sebelum dan sesudah pelatihan bagi peserta
- Lembar jawaban sebelum dan sesudah pelatihan
- Lembaran hasil sebelum dan sesudah pelatihan

Instruksi diskusi

1. *Pemasalahan tuan rumah*
 - Menyambut para peserta. Diskusikan konsumsi, pengaturan transportasi, waktu pelatihan dan mengingatkan setiap orang untuk tepat waktu
 - Menyadari bahwa mungkin saja diantara peserta menderita HIV atau mereka yang memiliki keluarga yang menderita HIV. Mengetahui bahwa pelatihan ini mungkin mengangkat isu mengenai mereka dan menyediakan fasilitas konsultasi kepada seluruh peserta melalui telepon secara pribadi dengan salah satu peserta latih, jika mereka membutuhkan.
2. *Menetapkan "norma kelompok"*
 - Mendiskusikan apa yang harus menjadi pedoman bagi kelompok dan hanya menekankan apa yang sudah disetujui kelompok dan harus dihargai oleh setiap peserta
3. *Pengenalan anggota kelompok dan tim peserta latih*
 - Memperkenalkan para fasilitator-meminta mereka untuk memperkenalkan diri secara singkat.
 - Tiap peserta memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama, latar belakang pekerjaan dan peran mereka dalam konseling.
4. *Pertanyaan dalam kotak*
 - Meminta para peserta untuk menulis pada secarik kertas apa yang masih menjadi pertanyaan yang berhubungan dengan materi pelatihan, yang mungkin saja tidak nyaman untuk dilontarkan di depan banyak orang. Mereka mungkin akan menyampaikan pertanyaan selama pelatihan dan akan dibacakan tiap akhir pertemuan.
 - Meminta mereka untuk memasukkan lembar pertanyaan tersebut ke dalam kotak pertanyaan.
5. *Kuesioner untuk mengetahui pengetahuan peserta sebelum pelatihan*
 - Menjelaskan bahwa kuesioner dimaksud untuk mengetahui tingkat pengetahuan peserta pada awal pelatihan agar fasilitator mengerti area yang perlu ditekankan. Selain itu juga berguna sebagai alat evaluasi pelatihan.

- Meminta peserta untuk menutup buku mereka ketika menjawab pertanyaan dalam kuesioner
 - Menyebarkan kuesioner.
 - Memberi peserta sebuah nomer pada secarik kertas dan meminta mereka untuk menuliskannya dalam kuesioner. Kemudian meminta mereka untuk mengingat nomer tersebut agar sama dengan kuesioner setelah pelatihan. Meyakinkan peserta bahwa dengan cara ini mereka tidak akan teridentifikasi sebagai individu.
6. Menjelaskan bahwa akan terdapat dua kotak, satu tempat untuk meletakkan pertanyaan tertulis dari peserta, satu lagi untuk meletakkan formulir evaluasi . Evaluasi digunakan sebagai umpan balik bagi para fasilitator dan evaluasi dilakukan pada akhir pelatihan.

Perpustakaan BNN

Epidemiologi dan Implikasi VCT

MODUL 1
Sub Modul 2
INFORMASI HIV dan VCT

MODUL 1
Sub modul 2
Epidemiologi dan Implikasi VCT

Tujuan Diskusi

Peserta latih mampu :

- Mendiskusikan jenis penularan HIV, perilaku yang berisiko dan hubungannya dengan epidemiologi.
 - Memperlihatkan hubungan antara infeksi yang didapat dari hubungan seksual dengan penularan HIV.
 - Mendiskusikan mengapa VCT merupakan kunci untuk mengintervensi program kesehatan masyarakat untuk HIV/AIDS.
-

Waktu yang dibutuhkan

1 jam

Materi Peatihan

- Berikan informasi dengan tayangan PowerPoint (**PPT01**). Ajak peserta berperan aktif sepanjang sesi sesuai tayangan.
(diperbaharui tiap tahun, berdasar pada website:
<http://www.unaids.org/publications/graphics/index.html>)
 - Data epidemi AIDS 2002
(diperbaharui setiap tahun berdasar pada website:
<http://www.unaids.org/hivaidsinfo/documents.html>)
 - Naskah (**HO1**), termasuk data HIV/AIDS regional (diperbaharui setiap tahun sekali sesuai informasi yang diperoleh dari WHO)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak pengumpulan formulir evaluasi
-

Isi

- Situasi HIV secara global dan regional
 - Jenis penularan HIV
 - Perilaku yang mempengaruhi terjadinya penularan HIV dan implikasinya
 - Penularan penyakit seksual dan HIV
 - VCT dan program kesehatan masyarakat untuk HIV/AIDS
-

Instruksi Diskusi

1. Kegiatan:
 - Aturan permainan – 'Permainan cara penularan HIV'.
 - Tujuan: Untuk menolong para peserta mengetahui bagaimana HIV dapat menyebar dengan cepat.
 - Waktu: kurang lebih 15 menit
 - Yang harus dilakukan:
 - Persiapkan kertas, cukup satu untuk setiap peserta dan satu untuk anda: 25% diberi tanda plus (tanda +), 75% diberi tanda minus (tanda -).
 - Mintalah para peserta untuk mengambil satu kertas dari dalam kotak. Ambil satu untuk anda sendiri, pastikan setiap kotak terdapat satu tanda '+'. Pastikan bahwa tidak ada yang melihat masing-masing kertas dari peserta sampai akhir permainan.

- Mintalah para peserta untuk pindah ruangan dan berhenti bila bertemu peserta lainnya. Anda juga melakukan hal yang sama.
 - Setelah tiap peserta bertemu dengan 4-5 temannya, kegiatan dihentikan dan minta semua orang untuk melihat kertas masing-masing.
 - Tanyakan pada semua peserta siapa yang memiliki tanda '+' pada kertasnya dan mintalah untuk maju kedepan. Jelaskan bahwa tanda '+' tersebut dianggap sebagai orang yang mengidap HIV positif. Tekankan bahwa kita tidak bisa mengetahui siapa saja yang terinfeksi HIV pada pergaulan sosial. Permainan ini menunjukkan bahwa penularan HIV terjadi dengan sangat cepat.
 - Kemudian, mintalah peserta yang pernah bertemu dengan peserta bertanda '+' untuk maju kedepan dan bergabung dengan peserta lainnya. Jelaskan bahwa hal ini menunjukkan adanya orang-orang yang mempunyai risiko tinggi terinfeksi HIV.
 - Selanjutnya, lihat siapa yang berada di sisi kiri. Jelaskan bahwa hal ini menunjukkan tidak diketahui status infeksi. Walau mereka telah berteman sebelumnya, namun tetap menunjukkan adanya risiko tinggi terhadap penularan HIV.
- Pertanyaan terakhir, mengacu pada permainan ini :
 - Berapa orang yang terinfeksi murni dengan virus HIV?
 - Berapa orang yang berisiko tinggi terinfeksi?
 - Berapa orang yang berisiko akan terinfeksi?
 - Berapa banyak yang tidak terinfeksi?
 - Apakah permainan ini menunjukkan seberapa cepat penularan HIV di sekitar kita?
 - 2. Menjelaskan dengan menggunakan PowerPoint (**PPT01**). Selama presentasi, tanyakan apakah peserta memiliki pertanyaan agar peserta aktif dalam presentasi. Misalnya memperlihatkan hal-hal yang menyebabkan kelompok yang rentan terinfeksi, minta peserta untuk menyatakan kelompok mana yang paling rentan terinfeksi HIV.
 - 3. Tanyakan pada kelompok apakah mereka mempunyai pertanyaan tertulis dan mengingatkan mereka untuk memasukkannya dalam kotak pertanyaan.
 - 4. Mintalah peserta untuk melengkapi formulir evaluasi dan meletakkannya pada kotak pengumpulan formulir evaluasi.

Epidemiologi & Implikasi VCT

Module 1 Sub module 2 / PPT01



Apakah HIV/AIDS?

H - Human

----- Virus hanya dapat menginfeksi manusia

I - Immuno-deficiency

----- Virus, membuat tubuh manusia turun sistem kekebalannya, sehingga tubuh gagal melawan infeksi

V - Virus

----- Virus, karakteristiknya mereproduksi diri sendiri didalam sel manusia



Tujuan

- Diskusikan cara penularan HIV, perilaku berisiko dan data epidemiologi
- Hubungan antara penularan infeksi seksual dengan HIV
- Diskusikan mengapa VCT merupakan kunci intervensi program HIV/AIDS kesehatan masyarakat of HIV/AIDS



Penularan HIV

- Hubungan Seksual .
- Darah ,produk darah, jaringan dan organ
 - Transfusi, transplantasi.
 - Penggunaan ulang jarum suntik,sempit, alat medik dan instrumen tusuk lainnya medikal!
- Ibu-ke-anak



Aktivitas tak menularkan HIV :

- Sentuhan tubuh (makan bersama, bersalaman, berpelukan, cium pipi, batuk, bersin, menggunakan telepon umum, mengunjungi RS)
- Feses, urin, air liur, keringat, airmata .
- Donor darah
- Penggunaan toilet umum
- Gigitan serangga (nyamuk)
- Kolam renang



Estimasi Global Dewasa dan Anak sampai akhir 2002

- Odha 42 juta
- Infeksi baru HIV pada 2002 5 juta
- Kematian karena HIV/AIDS pada 3.1 juta 2002



Sekitar 14.000 Infeksi HIV baru per hari pada 2002

- Lebih dari 95% odha di negara berkembang.
- 2000 diantaranya anak dibawah umur 15 tahun
- Sekitar 12.000 berusia 15 - 49 tahun, mereka :
 - 50% perempuan, 50% berumur 15-24 tahun.



Epidemi HIV/AIDS

- Bertambah 45 juta orang terinfeksi HIV antara 2002-2010 pada 126 negara miskin dan menengah, jika tanpa usaha pencegahan
- > 40% di Asia dan Pasifik.

UNAIDS (2002)



Estimasi dewasa dan anak odha sampai akhir 2002



Total: 42 juta



Sub-Saharan Africa

- Rata-rata tertinggi prevalensi HIV 9%.
- 12 negara % HIV > 10% berumur 15 - 49 th.
- Botswana, Lesotho, Swaziland dan Zimbabwe % HIV > 30%



HIV di Asia dan Pasifik

- 60% dari total populasi dunia
- Ranking kedua sesudah sub-Saharan Africa.
- Estimasi 7.2 juta odha pada akhir.
- Meski kecepatan penulnaran HIV rendah, tetap akan membuat jutaan orang terinfeksi



HIV di Asia dan Pasifik

Negara	Jumlah HIV	HIV Rate % (15-49 Y)	Heteroseksual	IDU
Cambodia	170.000	2.7	***	-
Myanmar	420.000	2.0	***	-
Thailand	670.000	1.8	***	-
India	3.970.000	0.8	**	-
Malaysia	17.000	0.7	**	-
Nepal	38.000	0.6	-	**
Vietnam	130.000	0.3	***	-
Indonesia	120.000	0.1	-	**
China	800.000	<0.1	-	***
Sri Lanka	4.800	<0.1	-	-
Bangkaewati	13.000	<0.1	-	-



Epidemi UNAIDS / WHO HIV Definisi

- Secara Umum
→ 1% populasi umum .
- Konsentrasi
→ < 1% populasi umum , lebih 5% dalam kelompok risiko tinggi.
- Tingkat rendah
→ <1% dalam populasi umum, < 5% dalam kelompok risiko tinggi



HIV/AIDS di beberapa negara Asia & Pasifik

- Epidemii umum HIV :
→ Cambodia*, sebagian India, Myanmar & Thailand*.
- Epidemii terkonsentrasi :
→ Sebagian China, Indonesia, Malaysia, Nepal & Vietnam.
- Epidemii HIV rendah :
→ Bangladesh, Bhutan, Laos, Maldives, Filipina, Republik Korea & Sri Lanka.
- Tak ada laporan HIV:
→ DPR Korea.

* HIV now declining



Perilaku Risiko Tinggi Penularan HIV

- Perilaku Seksual :
 - Tak konsisten menggunakan kondom.
 - Banyak pasangan seksual.
 - Sering jajan seks.
- Perilaku penggunaan narkoba :
 - Tukar-menukar peralatan suntik (IDU).
 - Pembersihan jarum tak semestinya.



Sexually Transmitted Infections (STIs) & Penularan HIV

- STI (Infeksi menular seksual= IMS) merupakan faktor penyerta penularan HIV
- Pengawasan STI dapat mengurangi transmisi HIV.



STI di Asia Tenggara

- Masalah besar dalam Kesmas.
- Hampir 50 juta STI setiap tahun di Asia Tenggara.
- Faktor kunci mengendalikan epidemik lebih lanjut di negara berkembang dilakukan pada epidemik awal dan menengah.



STI dan HIV

- Peningkatan STI :
 - Kecurigaan pada individu dengan HIV negatif.
 - Odha.
- Penularan STI diikuti dengan perilaku yang sama dengan perilaku bertsiko HIV.
- Pencegahan STI mencegah penularan HIV:
 - Kondom.



Pencegahan HIV

- Sasaran intervensi:
 - Program kondom 100% pada PSK dan pelanggannya.
 - Program pencegahan dampak buruk (Harm reduction) pada IDU.
- Tatalaksana STI.
- Pencegahan penularan ibu-anak (PMTCT= prevention of Mother-to-child transmission).
- Pastikan semua donor darah aman.
- Konseling sukarela dan tes (Voluntary counselling and testing-VCT).

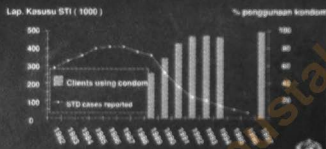


HIV/AIDS

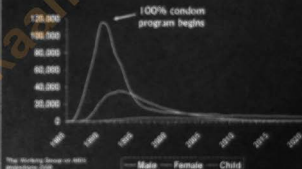
- Intervensi kesehatan masyarakat apa yang dapat mencegah penyebaran HIV?
 - Contoh dari beberapa negara di Asia:
 - Program 100% kondom.
 - Harm reduction pada IDU.



Program 100% kondom Laporan kasus tahunan STI, Thailand



100% Condom Programme Annual new HIV infections, Thailand



IDU & HIV

- Kunci utama di beberapa negara:
 - Misal di China, Vietnam, Malaysia, Indonesia, Myanmar, sebagian dari India (Manipur), Nepal, Thailand.
- Respon yang kurang disebabkan oleh – hambatan kebijakan dan politik.
- Intervensi yang efektif melalui harm reduction, misal di Australia, Eropa:
 - Pembersihan peralatan suntik.
 - Substitusi dengan methadone atau buprenorphine.



VCT

- VCT dapat merupakan strategi kesehatan masyarakat yang efektif dalam mencegah penularan HIV:
 - Perilaku pengurangan risiko.
 - Peningkatan penggunaan kondom.
- Kualitas pelayanan merupakan kunci keberhasilan.
- VCT merupakan pintu masuk ke pelayanan dan dukungan HIV/AIDS.
- Layanan VCT harus secara luas di sosialisasikan.



Modul 1
Sub modul 2
Epidemiologi dan implikasi untuk VCT

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Memahami cara penularan HIV, perilaku berisiko dan data epidemiologi
- Memahami hubungan antara STI dan HIV
- Memahami mengapa VCT merupakan kunci intervensi kesehatan jiwa HIV/AIDS

Apakah HIV itu?

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyebabkan penyakit AIDS, ia kelompok dari keluarga retrovirus.

Seseorang yang terinfeksi HIV, akan mengalami infeksi seumur hidup. Kebanyakan Odha tetap asimtomatik (tanpa tanda dan gejala dari suatu penyakit) untuk jangka waktu panjang dan tidak diketahui terinfeksi. Meski demikian, mereka telah dapat menularkan orang lain.

Cara transmisi HIV

Penularan HIV terjadi melalui kontak seksual, darah, ibu ke anak selama masa kehamilan, persalinan dan pemberian ASI.

Seksual

Penularan melalui hubungan heteroseksual adalah cara yang paling dominan dari semua cara penularan. Penularan melalui hubungan seksual dapat terjadi selama sanggama laki-laki dengan perempuan atau laki-laki dengan laki-laki. Sanggama berarti kontak seksual dengan penetrasi vaginal, anal, oral seksual antara dua individu. Risiko tertinggi penetrasi vaginal atau anal yang tak terlindungi dari individu yang terinfeksi HIV. Kontak seksual langsung (mulut ke penis atau mulut ke vagina) masuk dalam kategori risiko rendah tertular HIV. Tingkat risiko tergantung pada jumlah virus keluar dan masuk ke dalam pintu masuk tubuh seseorang, seperti luka sayat/gores dalam mulut, perdarahan gusi dan atau penyakit gigi mulut atau pada alat genital.

Pajanan oleh darah terinfeksi, produk darah atau transplantasi organ dan jaringan:

Penularan dari darah dapat terjadi jika darah donor tidak diuji saring untuk antibodi HIV, penggunaan ulang jarum dan semprit suntikan, atau penggunaan alat medis lainnya. Kejadian diatas dapat terjadi pada tempat layanan kesehatan, seperti rumah sakit, poliklinik, pengobatan tradisional melalui alat tusuk/jarum, juga pada IDU. Paparan HIV pada organ dapat terjadi dalam proses transplantasi jaringan/organ di layanan kesehatan.

Penularan dari Ibu-ke-anak:

Kebanyakan infeksi HIV pada anak didapat dari ibunya saat ia dikandung, dilahirkan, dan sesudah lahir. Risiko penularan tanpa intervensi, sangat bervariasi pada satu negara ke negara lain dan umumnya diperkirakan antara 25-40% di negara berkembang dan antara 16 - 20% di Eropa dan Amerika Utara.

Bagaimana HIV tidak ditularkan

Perlu dicatat bahwa HIV **TIDAK** ditularkan dari orang ke orang melalui bersalaman, berpelukan, bersentuhan atau berciuman. Tidak ada data bahwa HIV dapat ditularkan melalui penggunaan toilet, kolam renang, penggunaan alat makan atau minum secara bersama atau gigitan serangga seperti nyamuk.

Situasi Global HIV/AIDS

Kenyataan tak terbantahkan bahwa dunia sudah masuk pada dekade ketiga epidemi AIDS. Namun penyebaran infeksi terus berlangsung, dan merampas kekayaan setiap negara karena sumber daya manusia produktifnya menderita. Pada beberapa kawasan, serangan HIV bergandengan tangan dengan krisis lainnya, membuat keterpurukan.

Pada 2002 secara epidemiologik, lebih dari 3 juta orang hidup dengan HIV dan 5 juta orang dengan AIDS. (HIV) – secara global 42 juta orang hidup dengan virus. Mereka terdiri dari 38.6 juta orang dewasa, 50% nya (19.2 juta) perempuan, 3.2 juta anak dibawah umur 15 tahun. Kira-kira 95% terinfeksi baru di negara berkembang.

Pada hampir disemua pelosok dunia, mereka yang terinfeksi baru adalah kaum muda yang berumur antara 15 dan 24 tahun, kadang lebih muda. Bukan hanya disebabkan karena mereka secara seksual mulai aktif, 60% dari semua infeksi baru pada perempuan dimulai sebelum umur 20 tahun. Dengan demikian tergambar pada kita bahwa periode antara masuknya virus dan penyakit infeksi yang menyertainya datang diawal kehidupan produktif, sehingga dalam masa panjang harus berupaya penuh untuk menjaga kesehatannya, karenanya remaja merupakan masa krisis terpapar HIV.

Para ahli memproyeksikan akan ada tambahan baru orang terinfeksi HIV di 126 negara berpenghasilan rendah - dan menengah (sekarang disebut sebagai epidemi terkonsentrasi atau generalisasi) antara tahun 2002 dan 2010 – bilamana dunia tidak sukses menurunkan angka kesakitan secara drastis dan luas, dengan upaya pencegahan global. Lebih dari 40% infeksi itu berlangsung di Asia dan Pasifik.

Situasi regional HIV/AIDS

Sub-Sahara Africa, daerah yang paling buruk terkena, dihuni oleh 29.4 juta orang Odha. Wilayah ini mempunyai angka rata-rata tertinggi prevalensi HIV (9 persen), di 12 negara wilayah itu mempunyai estimasi prevalensi HIV lebih dari 10 persen pada populasi yang berumur 15-49 tahun. Empat negara (Botswana, Lesotho, Swaziland, and Zimbabwe) mempunyai prevalensi HIV lebih dari 30 persen. Penularan utama di daerah tersebut melalui hubungan seksual heteroseksual.

Kawasan Asia dan Pasifik merupakan wilayah yang dengan cepat berkembang infeksi HIVnya, hampir 60 persen dari populasi dunia. Karenanya, meski prevalensi rendah di wilayah ini, akan terus bertambah populasi baru Odha dan gerbang kematian dekat untuk dicapai melalui AIDS. Kawasan Asia dan Pasifik, pada akhir 2002 diperkirakan 7.2 juta Odha, ranking kedua setelah Sub-Sahara Africa.

Dikawasan Asia Tenggara, India mendominasi urutan kejadian (diperkirakan hampir 4 juta orang dewasa terinfeksi atau sekitar 75 persen dari jumlah penduduk sub-kawasan ini) dan prevalensi tinggi terdapat di Thailand, Cambodia, dan Myanmar. Prevalensi HIV pada kawasan luas dan tersebar mulai dari rendah yakni kurang dari 0.1 persen (Bhutan) sampai setinggi 2.5 persen dan 1.8 persen (Cambodia dan Thailand). Transmisi heteroseksual merupakan cara penularan utama, terindikasi beberapa area transmisi HIV

yakni melalui IDU di India-Timur Laut, Indonesia, Myanmar, Nepal, Vietnam, Pakistan dan Thailand.

China menduduki angka tertinggi HIV/AIDS Asia Timur dan Pasifik (diperkirakan hampir 1 juta Odha—95 persen dari jumlah sub-regional ini). Tanpa China, prevalensi HIV di negara lainnya di kawasan ini, sebesar 0.018 persen atau 1/5000. Prevalensi HIV berkisar antara rendah sebesar kurang dari 0.01 persen (Republik Demokrasi Korea) ke tinggi sebesar 0.7 persen (Papua New Guinea). Sebagian besar (sekitar 90 persen) infeksi HIV di China berasal dari IDU dan dari kesalahan donor plasma pada awal pertengahan 1990an.

Pada beberapa negara Asia, awal mula berkembangnya epidemi HIV bermula dari kemiskinan ekonomi dan perubahan kehidupan sosial—misal pekerja seks komersial, IDU, terbatasnya akses pelayanan kesehatan dasar dan meningkatnya migrasi.

Angka HIV/AIDS di Eropa Timur dan Asia Tengah didominasi oleh Ukraine (250,000 infeksi HIV) dan Russia (700,000 infeksi HIV)—sekitar 95 persen dari jumlah total wilayah tersebut). Tanpa Ukraine dan Russia, prevalensi HIV di negara-negara di kawasan ini 0.05 persen. Kebanyakan infeksi HIV berkaitan dengan penggunaan jarum suntik oleh IDU, dan pasangan seksualnya.

Belahan dunia lainnya mempunyai prevalensi HIV rendah.

Surveilans HIV

Cara mengukur epidemi HIV kebanyakan menggunakan angka prevalensi pada populasi orang dewasa—yakni persentase orang dewasa hidup dengan HIV/AIDS (Odha). Data dikumpulkan dari daerah surveilans sentinel pada kelompok tertentu—misal pada perempuan hamil yang datang *Ante Natal Care* (ANC), pasien PMS, *injecting drug users* (IDU), pekerja seks komersial, dan laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki. Informasi tambahan digunakan untuk memantau perilaku spesifik pada populasi dimaksud.

Definisi epidemi UNAIDS/WHO HIV:

- | | |
|-------------------|---|
| 1. Level rendah | - dibawah 1% dalam populasi umum, dibawah 5% dalam populasi berisiko tinggi |
| 2. Terkonsentrasi | - dibawah 1% dalam populasi umum, dibawah 5% dalam populasi berisiko tinggi |
| 3. Generalisasi | - dibawah 1% dalam populasi umum. |

Negara-negara dikelompokkan sesuai dengan status epidemi HIV nya untuk kepentingan surveilans. Tipologi ini membuat status negara dapat berubah-ubah sesuai keadaan epidemiiknya.

1. **Epidemi HIV generalisata:** misal Cambodia*, sebagian India, Myanmar, dan Thailand*
2. **Epidemi terkonsentrasi:** misal sebagian China, Indonesia, Malaysia, Nepal dan Vietnam
3. **Epidemi HIV level rendah:** misal Bangladesh, Bhutan, Laos, Maldives, Philippines, Republik Korea, Sri Lanka
4. **Tak ada laporan HIV:** misal Korea Utara

Vulnerabilitas di Asia

Kebanyakan penularan HIV terjadi melalui perilaku manusia, sehingga ia menempatkan dirinya dalam situasi yang rentan terinfeksi. Perilaku berisiko terutama jika melakukan hubungan seksual tak terlindungi, baik secara vaginal maupun anal dengan pasangan berganti maupun yang tetap, dan atau bergantian penggunaan alat suntik pada penggunaan narkoba.

Surveilans melacak perilaku berisiko membuat kita sadar dan harus waspada bahwa perilaku diatas sangat rentan menularkan HIV. Perilaku seksual dan penggunaan alat suntik bergantian meliputi:

Perilaku seksual

- Tidak konsisten menggunakan kondom
- Mempunyai banyak pasangan seksual
- Jajan seks

Perilaku penggunaan narkoba

- Bergantian alat suntik
- Pembersihan alat suntik tak sebagaimana seharusnya

Perilaku penularan HIV pada sebagian besar masyarakat tidak diterima secara sosial (ilegal), sehingga ketika mereka terinfeksi HIV terjadilah stigmatisasi dan diskriminasi.

Cara penularan paling utama di Asia adalah dari hubungan seks dengan pekerja seks komersial. Prevalensi HIV pada pekerja seks komersial lebih dari 40%.

Ledakan epidemi HIV dari IDU pengguna jarum suntik secara bergantian terjadi di 100 area di seluruh dunia. Modus penggunaan bersama alat suntik paling menonjol di banyak negara Asia dan Eropa Timur dan Selatan.

Penularan PMS dan HIV²

Sexually transmitted infections (STI) dalam bahasa Indonesia diterjemahkan sebagai Penyakit Infeksi/Menular Seksual mencerminkan masalah terbesar dalam kesehatan masyarakat di negara berkembang. Di Asia Tenggara terdapat hampir 50 juta PMS setiap tahun. Insiden STI yang dapat diobati di kawasan ini bervariasi antara 7 - 9 kasus per 100 perempuan usia produktif. Penanganan secara kesehatan masyarakat telah dilakukan sejak belum ada penularan HIV.

Pada seorang individu, PMS membuat individu tersebut rentan terhadap infeksi HIV. PMS dalam populasi merupakan kunci utama pendorong pandemi HIV di negara berkembang. Proporsi infeksi baru HIV dalam populasi PMS bakterial, tinggi pada awal dan pertengahan epidemi HIV ketika prevalensi HIV sedang menanjak.

Penularan infeksi melalui hubungan seksual diikuti dengan perilaku yang menempatkan individu dalam risiko mencapai HIV, seperti mereka berperilaku bergantian pasangan seksual, pasangan berisiko tinggi, dan tak konsisten menggunakan kondom.

Pencegahan STI akan melindungi diri tertular HIV!**Strategi pencegahan HIV****Target Intervensi**

Cara paling efisien untuk menurunkan penyebaran HIV dalam semua populasi adalah mencari populasi target berisiko tinggi terinfeksi HIV, misal pasangan seksual.³ Paling cepat hasilnya adalah penggunaan kondom dan memberikan pengobatan penderita infeksi menular seksual.^{4 5 6} Thailand membuktikan efektivitas cara ini melalui "100% condom programme" pada pekerja seksual komersial dan pelanggannya.⁷

Sudah diketahui bahwa epidemi HIV melalui IDU dimulai di beberapa negara Asia dan kemudian menyebar kepada kelompok berisiko tinggi dan populasi umum. Program **Pengurangan Dampak Buruk** dengan pencucian alat suntik dan tukar alat suntik, serta terapi rumanan dengan substitusi terbukti efektif menghambat penularan HIV diantara pengguna jarum suntik.⁸

Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (MTCT)

Beberapa uji coba klinik menunjukkan antiretroviral dapat menurunkan penularan HIV dari ibu ke anak pada ibu tak menyusui bayinya dan ibu yang menyusui jangka pendek dan kemudian dapat memperpanjang masa menyusui. Angka anak yang dilahirkan dari ibu terinfeksi HIV secara dramatis menurun dengan adanya intervensi MTCT. Beberapa negara berkembang di Afrika, Amerika Latin, Eropa Tengah – Timur dan Asia Tenggara telah mengimplementasikan pencegahan melalui intervensi MTCT dengan memberikan antiretroviral.

Voluntary counselling and testing (VCT) selama masa antenatal merupakan pintu masuk layanan pencegahan pada ibu dan anaknya. VCT juga menguntungkan bagi upaya pencegahan dan layanan perawatan bagi mereka baik yang HIV negatif maupun positif. Bagi yang negatif agar tetap negatif. Negara yang memasukkan program MTCT secara komprehensif terbukti secara nyata menurunkan angka HIV pada bayi dan anak kecil.⁹

Memastikan layanan darah yang aman

Pengendalian di prioritaskan pada promosi perilaku penggunaan alat suntik steril, mobilisasi donor darah aman, promosi penggunaan donor rasional, pastikan uji saring darah donor.

Pencegahan HIV dapat dilakukan. Beberapa contoh keberhasilan program pencegahan HIV dapat dilihat melalui *the UNAIDS Best Practice collection*.

Voluntary counselling and testing (VCT) sebagai strategi kesehatan masyarakat

VCT berkualitas tinggi tidak saja membuat orang mempunyai akses terhadap berbagai layanan, tetapi juga efektif bagi pencegahan terhadap HIV.¹⁰ Mereka yang mengunjungi klinik untuk VCT secara dalam mempunyai tata-nilai diri dan praktek seksual pengurangan risiko baik ia berstatus positif maupun negatif.¹¹

Layanan VCT dapat digunakan untuk mengubah perilaku berisiko dan memberikan informasi tentang pencegahan HIV. Klien dimungkinkan mendapat pengetahuan tentang cara penularan, pencegahan, dan pengobatan terhadap HIV, seperti penggunaan kondom, tidak berbagi alat suntik, penggunaan alat suntik bersih penularan. Konselor harus

memberikan pengetahuan tentang hubungan STI dengan HIV, dan merujuk klien ketika STI perlu dikenali dan diobati lebih lanjut. Di banyak negara pembagian kondom dilakukan di klinik VCT.

VCT merupakan komponen utama dalam program HIV dinegara industri, tetapi belum mendapat perhatian dinegara berkembang.¹² Namun peran pencegahan penularan dan perbaikan akses ke layanan perawatan merupakan cermin bahwa VCT mulai dikenal dan dilaksanakan.

References

¹ WHO SEARO/WPRO. AIDS in Asia Report 2003. In print.

² Grosskurth H, Rangaiyan G. The management and control of sexually transmitted infections, and their implications for AIDS control in Southeast Asia. In print

³ Over M, Piot P. HIV infection and sexually transmitted diseases. In: Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL, eds. Disease control priorities in developing countries. New York: Oxford University Press, 1993.

⁴ Grosskurth H, Mosha F, Todd J, et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: a randomised controlled trial. *Lancet* 1995; 346: 530-36.

⁵ Grosskurth H, Gray R, Hayes R, et al. Control of sexually transmitted diseases for HIV-1 prevention: understanding the implications of the Mwanza and Rakaitrials. *Lancet* 2000; 355: 1981-87.

⁶ The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2000-2020. March 2001.

⁷ Rojanapithayakorn W, Hanenberg R. The 100% Condom Program in Thailand. *AIDS* 1996; 10: 1-7.

⁸ UNAIDS. United Nations Position Paper on HIV/AIDS and Drug Use. 1998.

Available at <http://www.unaids.org/publications/documents/specific>

⁹ Lo Y. Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1. *Journal of Health Management*. In press.

¹⁰ UNAIDS (2001) The impact of voluntary counselling and testing: A global review of the benefits and challenges. <http://www.unaids.org>

¹¹ Voluntary HIV-1 counselling and testing efficacy study group (2000). Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomised trial. *Lancet* 356, 103-112.

¹² De Zoysa, I, Phillips, K, Kamenga, M, O'Reilly, K. et al (1995). Role of HIV counselling and testing in changing risk behaviour in developing countries. *AIDS* 9(supp A), S95-101.

IKHTISAR HIV

Perpustakaan BNN

MODUL 1
Sub Modul 3
INFORMASI HIV dan VCT

MODUL 1
Sub modul 3
Gambaran mengenai HIV

Tujuan dieksekusi

Peserta latih mampu :

- Memperlihatkan adanya perubahan pengetahuan mengenai penyalit HIV
 - Mengetahui hubungan antara TB dan HIV dan pengertian terhadap pelaksanaan VCT
 - Diskusikan arah dan usulan untuk meningkatkan perawatan HIV / AIDS termasuk pengobatan dengan antiretroviral
-

Waktu untuk mengerjakan sub modul

1 jam 30 menit

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (**PPT02**)
 - Lembar kegiatan (studi kasus) (**AS01**)
 - Naskah (**HO2**) (satu tahun terakhir)
 - WHO SEARO 1999. Pedoman untuk pencegahan HIV, HBV dan infeksi lainnya sampai perawatan kesehatan
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak mengumpulkan formulir evaluasi
-

Isi

- Penyakit HIV/AIDS
 - TB dan HIV
 - Perawatan HIV/AIDS termasuk pengobatan antiretroviral
-

Petunjuk diskusi

1. Menanyakan para peserta apakah pernah melihat orang yang terinfeksi HIV dan jika sudah pernah, bagaimana perasaan mereka
2. Meminta para peserta untuk menjawab kuis manajemen klinik dan meminta mereka untuk melihat kembali jawaban mereka sesuai dengan perkembangan
3. Menerangkan dengan menggunakan tayangan PowerPoint (**PPT02**)
4. **Kegiatan:** Diskusi kasus interaktif
 - Menanyakan para peserta untuk membaca setiap kasus dan membimbing mereka dalam kelompok diskusi besar dengan menanyakan respon mereka terhadap pertanyaan kasus studi (**AS01**)
5. Menanyakan kepada kelompok jika masih ada pertanyaan dan mengingatkan mereka tentang adanya kotak pertanyaan.
6. Meminta para peserta untuk melengkapi formulir evaluasi dan meletakkannya di kotak pengumpulan formulir evaluasi.

Studi kasus 1

Seorang pria berumur 30 tahun telah menikah dan memiliki 3 orang anak, mengunjungi rumah sakit terdekat untuk pemeriksaan kesehatan. Ketika sedang menunggu dokter, ia bertanya apakah dapat menemui psikiater untuk membicarakan masalah keluarganya. Kepada psikiater tersebut ia berkata, bahwa ia telah mengetahui kalau dirinya positif HIV sejak 3 tahun lalu, ketika ia sedang mengajukan permohonan visa untuk bekerja di luar negeri. Sekarang ia tidak menjalani pengobatan apapun. Ia menceritakan, bahwa ia menderita batuk produktif selama 3 minggu. Berat badannya turun dan banyak berkeringat saat tidur di malam hari. Istrinya tidak tahu kalau ia terinfeksi HIV. Ia hanya tahu bila kegagalan suaminya untuk bekerja ke luar negeri hanya karena masalah infeksi paru

Pertanyaan untuk diskusi

Menurut saudara, apa masalah klien?

Apa informasi yang spesifik dari kasus tersebut yang mendasari masalah ini?

Bagaimana pengobatan, perawatan dan rujukan pada klien untuk kasus anda?

Studi kasus 2

Seorang pria berusia 36 tahun datang ke rumah sakit memeriksa CD4. Dia melaporkan bahwa hasil pemeriksaan CD4-nya menurut dokter sangat rendah sehingga ia harus mulai berobat. Tampaknya dokter tersebut telah memberikan obat antiretroviral (kombinasi d4T, 3TC dan Nevirapine). Ia telah meminum obat ini selama 2 minggu, dan melaporkan bahwa timbul kemerahan di seluruh tubuhnya dan badannya terasa tidak enak.

Pertanyaan untuk diskusi

Bagaimana menjelaskan sebab dari kemerahan tersebut ?

Jenis pengobatan, perawatan dan rujukan apa saja yang saudara tawarkan terhadap klien ?

Sekilas Tentang HIV

Module 1 / Sub module 3 / PPT02



Tujuan

- Menyampaikan pengetahuan tentang penyakit HIV.
- Menyampaikan hubungan antara TB dan HIV serta dampak VCT atas keduanya.
- Mendiskusikan peningkatan layanan perawatan HIV/AIDS termasuk terapi antiretroviral



Apakah AIDS?

- A - Acquired ——— Ditularkan dari orang ke orang.
- I - Immune ——— Merusak sistem kekebalan manusia. Kekebalan adalah bagian tubuh untuk mempertahankan diri dengan melawan infeksi seperti bakteri atau virus.
- D - Deficiency ——— Membuat sistem kekebalan merugi.
- S - Syndrome ——— Orang dengan AIDS mengalami berbagai infeksi oportunistik dan penyakit lainnya.

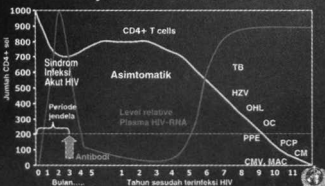


Target Seluler Infeksi HIV

- Target Utama :
 - CD4+ Limfosit T.
 - Monosit dan macrophag.
- Virus pindahkan RNA kedalam sel manusia :
 - Integrasi kedalam materi genetik.
 - Replikasi.
- Menghasilkan antibodi



Perjalanan Infeksi HIV



Progresi HIV

- Umur < 5 tahun atau > 40 tahun.
- Infeksi lain.
- Kemungkinan faktor genetik.
- Dipengaruhi oleh muatan virus dalam plasma & jumlah CD4 sel T :
 - Makin tinggi muatan virus (jumlah virus dalam badan) makin rendah jumlah CD4 & makin tinggi progresi HIV menjadi AIDS & kematian.



Sistem Tahapan WHO untuk infeksi HIV pada dewasa & remaja > 13 th

- Stadium klinis I – IV.
- Skala *Performance* (modifikasi dari The Eastern Co-operative Oncology Group Score).
- Stadia Laboratorium A - C mengukur jumlah sel CD4.



Sistem Tahapan WHO untuk infeksi HIV pada dewasa & remaja > 13 th

Stadium Klinis I

- Asimtomatik
 - Persistent generalized lymphadenopathy (PGL)
- Performance scale 1:
Asymptomatic, normal activity*

Stadium Klinis II

- Kehilangan BB, < 10% BB.
 - Manifestasi minor mucocutaneous (seborrheic dermatitis, prurigo, fungal nail infections, recurrent oral ulcerations, angular cheilitis).
 - Herpes Zoster, 5 tahun terakhir.
 - Recurrent upper respiratory tract infections (i.e., bacterial sinusitis).
- Dari atau Performance scale 2:
asymptomatic, normal activity*



Sistem Tahapan WHO untuk infeksi HIV pada dewasa & remaja > 13 th

Stadium Klinis III:

- Penurunan BB, > 10% BB.
- Diare kronis sebab tak dapat diterangkan, > 1 month.
- Demam kronis sebab tak dapat diterangkan (intermittent atau konstan), > 1 bulan.
- Oral candidiasis (thrush).
- Oral hairy leukoplakia.
- Pulmonary tuberculosis, dalam 1 tahun terakhir.
- Infeksi bakterial berat.

dari atau performance scale 3: berat, terampil, < 50% dari tahun < 1 tahun terakhir



Sistem pentahapan WHO untuk infeksi HIV pada dewasa dan remaja

Stadium Klinis IV:

- Sindroma *HIV wasting*, definisi CDC a
- *Pneumocystis carinii* pneumonia
- Toksiplasmosis otak
- Cryptosporidiosis dg diarrhoea, > 1 bulan
- Cryptococcosis, extrapulmonary
- Cytomegalovirus (CMV) organ selain liver, lien atau nodus lymphaticus
- Infeksi *Herpes simplex virus* (HSV), mucocutaneous > 1 bulan, atau visceral tak pandang berapa lama
- Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML)
- Setiap disseminasi endemic mycosis (i.e., histoplasmosis, coccidioidomycosis)
- Candidiasis oesophagus, trachea, bronchi atau paru
- Atypical mycobacteriosis, disseminated
- Non-typhoid *Salmonella* septicemia
- Extrapulmonary tuberculosis -Lymphoma
- Kaposi's sarcoma (KS)
- HIV encephalopathy, definisi CDC

dari atau performance scale 4: berat, < 50% dari tahun < 1 tahun terakhir

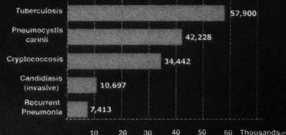


3 Infeksi Opportunistik paling umum di Asia

- Tuberculosis.
- *Pneumocystis carinii* pneumonia.
- Cryptococcosis, extrapulmonary.



Common Opportunistic Infections Thailand 1984 - 2001



Source: Division of Epidemiology, Ministry of Public Health, Thailand

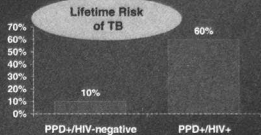


HIV & Tuberculosis

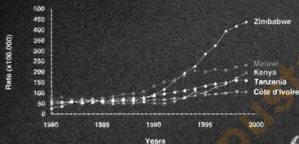
- HIV mempercepat aktivasi TB:
 - Recently acquired.
 - Latent TB.
- HIV meningkatkan kambuhan TB:
 - Endogenous reactivation.
 - Exogenous re-infection.



HIV & Tuberculosis



Kecenderungan TB pada Beberapa Negara Afrika 1980-2000



Terapi dan Intensifikasi penemuan kasus

- Screen for TB symptoms among individuals at high risk for developing active TB (cough > 3 weeks):
 - HIV-positive individuals (VCTs, health services).
 - At high risk for acquiring HIV (household contacts, prisoners, injecting drug users).
- Referral to DOTS (directly observed treatment, short-course) 1.



Bagaimana mengobati?

Terapi antiretroviral dengan

single atau dual drug

tidak disarankan

Karena cepatnya perubahan menjadi resisten obat



Daftar Model Terapi Esensial WHO - 2002

- Dibawah ini termasuk 12 ARVs:
 - NRTIs: ZDV, 3TC, d4T, ddI, and ABC,
 - NNRTIs: NVP, EFV
 - Protease inhibitor regimens:
 - IDV/r, RTV (r), LPV/r, SQV/r & nelfinavir.



Terapi resimen Lini Pertama

2 **NRTIs** adalah terapi utama yang direkomendasikan sbg kombinasi efektif

1. ZDV/3TC + NVP atau EFZ
2. ZDV/3TC + ABC
3. ZDV/3TC + RTV-enhanced PI (IDV/r, SQV/r, LPV/r) or NFV

Juga **d4T/3TC**, ZDV/ddi, d4T/ddi



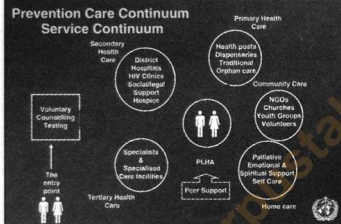
Apa perawatan komprehensif HIV/AIDS ?

- Perawatan klinis dan asuhan keperawatan.
- Dukungan psikososial dan konseling.
- Dukungan ekonomi dan pekerjaan.
- Perumahan.
- Bantuan Hukum.
- Dukungan dan perawatan untuk anak yatim dan janda.
- Training tentang dukungan dan perawatan untuk *care givers*.

Planning and Implementing HIV/AIDS Care Programme: A step-by-step approach. WHO SEARO 1998/2002



Prevention Care Continuum Service Continuum



Perawatan komprehensif

- Konseling.
- Layanan medik.
- Layanan keperawatan.
- Dukungan psikososial.



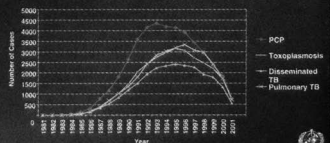
Median Survival after AIDS Diagnosis in Brazil (1989-2001)



Chaquet et al. 1992; Martins et al. 2002



Distribution of PCP, Toxoplasmosis & TB in Reported AIDS Cases to MOH (Brazil, 1981-2001)



Source: MOH Brazil, Barcelona AIDS Conference, 2002



Komitmen Deklarasi UNGASS

- HIV/AIDS sebuah tantangan kesehatan, perkembangan dan keamanan.
- UN General Assembly Special Session, 25-27 Juni, New York.
- "Declaration of commitment" oleh pemerintah, multilaterals, sektorswasta & masyarakat.
- Dibutuhkan sumber dana 7-10 billion dollars/tahun.
- Pemamanan dari the Global Fund.



UNGASS Declaration of Commitment

- Dalam 2003

Sudah ada strategi nasional yang memperkuat sistem kesehatan & ditujukan kepada faktor2 yg mempengaruhi ketersediaan layanan terhadap HIV- termasuk terapi antiretroviral dan infeksi yg terkait .

- Dalam 2005

Mengembangkan dan membuat kemajuan yang nyata dalam menerapkan strategi layanan komprehensif termasuk aksesakan obat.



Dimana kita sekarang?

- Terapi ARV adalah salah satu cerita sukses dalam bidang pengobatan modern!
- Perkiraan WHO hanya 800,000 yang memerlukan ART diseluruh dunia, hanya 300,000 diantaranya berada di negara berkembang.



Dimana kita sekarang?

- Perkiraan WHO hanya 300,000 orang diseluruh dunia menggunakan ART dari total 5.5 million yang memerlukannya hari ini.
- Di Asia, sekitar 1,000,000 orang mendesak membutuhkannya. Kurang dari 50,000 orang yang memiliki akses tersebut.



Dimana kita sekarang?

- Sudah lebih banyak obat tersedia, generik.
- Turunnya biaya ARVs.
- Banyak negara telah melakukan kemajuan yang berarti dalam meningkatkan terapi ARV :
 - Thailand 13,000 ('05 goal: 30,000).
 - Malawi 500 ('05 goal: 25,000).
 - Uganda 10,000 ('05 goal: 30,000).
 - Brazil 115,000 ('05 goal: jangkauan universal).
 - India < 20,000 di sektor swasta.
 - Myanmar sekitar 100 di sektor swasta



ApA YANG INGIN KITA CAPAI?

- Semua yang membutuhkan dapat menjangkau terapi ARV.
- Goal menengah adalah terjangkaunya 3 million orang secara sangat efektif menjangkau terapi kombinasi ARV pada 2005.
- Lebih dari 10 fold peningkatan dalam 3 tahun!



Target WHO

- Negara2 Asia perlu target nasional sesuai target global.



Kontribusi WHO untuk memperluas akses ARV

- Memasukkan ARV ke daftar Obat esensial WHO.
- Pedoman penggunaan obat baru dari WHO Geneva dan SEARO tentang terapi ARV menggunakan pendekatan Public Health.
- Prakuifikasi suplier dari obat generik ARV.
- Pelatihan manajemen klinis oleh SEARO HIV/AIDS, Thailand.
- Pelatihan ToT SEARO untuk HIV VCT, Bangkok, Thailand
- Model VCT's di India.
- Se retariat to The International HIV Treatment Access Coalition.



Akses koalisi internasional: *The International HIV Treatment Access Coalition* (ITAC)

- The ITAC bertujuan memberikan bantuan teknis guna mengembangkan peningkatan terapi ARV di negara berkembang.
- Multiple partners bekerja sama secara sinergis mencapai tujuan bersama.



Peran konselor & ART

- Penilaian kesiapan penerimaan ART.
- Perjanjian terapi.
- Kepatuhan terapi.



Web Sites

- www.who.int
- www.unaids.org
- www.medscape.com
- www.ama-assn.org/special/hiv
- www.hopkins-AIDS.edu



Modul 1

Sub modul 3

Ikhtisar HIV

Tujuan

Pada akhir sesi ini diharapkan peserta latih mampu :

- Menunjukkan perbaikan pengetahuan tentang penyakit HIV
- Memahami hubungan antara TB dan HIV, serta implikasi VCT
- Mendiskusikan keadaan layanan HIV/AIDS sekarang dan cara meningkatkannya termasuk terapi ARV

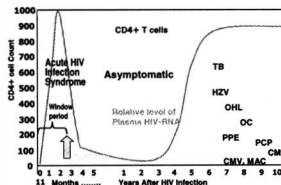
HIV/AIDS

AIDS singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. "Acquired" artinya tidak diturunkan, tetapi ditularkan dari satu ke orang lainnya; "Immune" adalah sistem daya tangkal tubuh terhadap penyakit; "Deficiency" artinya tidak cukup atau kurang; dan "Syndrome" adalah kumpulan tanda dan gejala penyakit. AIDS adalah bentuk lanjut dari infeksi HIV. Penyakit yang membuat orang tak berdaya dan membuat kematian yang disebabkan oleh HIV. HIV berjalan sangat progresif merusak sistem kekebalan tubuh, tanpa terapi kebanyakan orang, terutama pada tempat yang layanannya hampir tak ada, akan mati dalam beberapa tahun setelah tanda pertama AIDS muncul.

Perjalanan Infeksi HIV

Gambar 1

Fig. Natural course of HIV infection and common diseases



TB= Tuberculosis
 OHL=Oral Hairy Cell Leukoplakia
 OC=Oral candidiasis
 PPE=Papular Pruritic Eruption
 PCP = *Pneumocystis carinii* pneumonia
 CM= Cryptococcal meningitis
 CMV= Cytomegalovirus retinitis
 MAC= *Mycobacterium avium* infection

Sesudah virus HIV memasuki tubuh seseorang, maka tubuh itu terinfeksi dan virus mulai bekerja mereplikasi diri dalam sel orang tersebut (terutama sel T CD4 dan makrofag). HIV mempengaruhi sistem imunitas tubuh dengan menghasilkan antibodi khas untuk HIV. Masa antara masuknya infeksi dan terbentuknya antibodi yang dapat dideteksi lewat pemeriksaan laboratorium adalah selama 2-12 minggu, disebut masa jendela. Selama masa jendela, pasien sangat infeksius, mudah menularkan kepada orang lain, meski hasil pemeriksaan laboratoriumnya masih negatif. Hampir 30-50% orang mengalami masa infeksi akut pada masa infeksi ini yakni demam, pembesaran kelenjar getah bening, keringat malam, ruam kulit, sakit kepala dan batuk.

Orang yang terinfeksi HIV dapat tetap tanpa gejala dan tanda untuk jangka waktu cukup panjang bahkan sampai 10 tahun atau lebih. Orang ini sangat mudah menularkan infeksiya kepada orang lain, dan hanya dapat dikenali dari pemeriksaan laboratorium serum antibodi HIV. Sesudah suatu jangka waktu, yang

bervariasi dari orang ke orang, virus memperbanyak diri secara cepat (replikasi) dan diikuti dengan kerusakan limfosit CD4 dan sel kekebalan lainnya sehingga terjadilah sindroma kekurangan daya kekebalan tubuh yang progresif (progressive immunodeficiency syndrome). Progresivitas tergantung pada jenis dan faktor seperti umur kurang dari 5 tahun atau diatas 40 tahun menjadi sangat cepat, infeksi lainnya, dan adanya faktor genetik (herediter).

infeksi, penyakit, keganasan, terjadi pada individu terinfeksi HIV. Semuanya berkaitan dengan menurunnya daya tahan tubuh seperti infeksi TB, Oral Hairy Cell Leukoplakia, oral candidiasis, Papular Pruritic Eruption, *Pneumocystis carinii* pneumonia, *Cryptococcal* meningitis, *Cytomegalovirus* retinitis, dan *Mycobacterium avium* (lihat gambar 1: Perjalanan infeksi HIV infection dan common disease).

Tahapan klinis

WHO mengajukan sistem pentahapan penyakit infeksi HIV yang terjadi pada orang dewasa dan remaja pada tahun 1989 dalam empat tahap klinis. Tahapan ini merupakan modifikasi dari *Eastern Co-operative Oncology Group score* dengan menambahkan tanda dan gejala penyakit, aktivitas fisik dalam tahapannya. Pasien diklasifikasikan sesuai dengan kondisi klinis, atau skor kinerja, sampai tahap tertinggi. Tahapannya merupakan sebuah sistem hirarki: sekali keadaan pasien di tempatkan, ia tak dapat meluncur ke tahap yang lebih rendah, ia hanya dapat meningkat ke tahap diatasnya. Aksi mengukur hitung CD4 dikenalkan pada tahun 1990¹ (lihat gambar II - IV).

Gambar II - IV: Sistem Pentahapan WHO untuk infeksi HIV pada dewasa dan remaja > 13 tahun.

WHO Staging System for HIV Infection in Adults and Adolescents > 13 years	
Clinical Stage I	Clinical Stage II
- Asymptomatic - Persistent generalized lymphadenopathy (PGL)	- Weight loss, < 10% of body weight - Minor mucocutaneous manifestations (seborrheic dermatitis, prurigo, fungal nail infections, recurrent oral ulcers, angular cheilitis) - Hepes Zoster, within the last 5 years - Recurrent upper respiratory tract infections (i.e. bacterial sinusitis)
Performance scale 1: Asymptomatic, normal activity	And/or Performance scale 2: symptomatic, normal activity

WHO Staging System for HIV Infection in Adults and Adolescents > 13 years	
Clinical Stage III:	
- Weight loss, > 10% of body weight - Unexplained chronic diarrhea, > 1 month - Unexplained prolonged fever (intermittent or constant), > 1 month - Oral candidiasis (thrush) - Oral hairy leukoplakia - Pulmonary tuberculosis, within the past year - Severe bacterial infections	
<i>And/or performance scale 3: bed-ridden, > 50% of the day during the last month</i>	

WHO Staging System for HIV Infection in Adults and Adolescents	
Clinical Stage IV:	
- HIV wasting syndrome, as defined by CDC A <i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia - Toxoplasmosis of the brain - Cryptosporidiosis with diarrhea, > 1 month - Cryptococcosis, extrapulmonary - Cytomegalovirus (CMV) disease of an organ other than liver, spleen or lymph nodes - Hepes simplex virus (HSV) infection, mucocutaneous > 1 month, or visceral any duration - Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML)	- Any disseminated endemic mycosis (i.e. histoplasmosis, coccidioidomycosis) - Candidiasis of the esophagus, trachea, bronchi or lungs - Atypical mycobacteriosis, disseminated - Non-lymphoid <i>Sarcoma</i> lymphoma - Extrapulmonary tuberculosis - Lymphoma - Kaposi's sarcoma (KS) - HIV encephalopathy, as defined by CDC
<i>And/or performance scale 4: bed-ridden, > 50% of the day during the last month</i>	

Cepatnya perkembangan AIDS dipengaruhi oleh muatan virus dalam plasma (*viral load*) dan hitung sel T CD4. Makin tinggi *viral load* (jumlah virus dalam badan) makin rendah hitung CD4 dan makin tinggi perubahan *progresi ke AIDS* dan kematian. Kematian dapat disebabkan oleh HIV, infeksi oportunistik (IO), atau keganasan dari penyakit.

Terapi dan layanan HIV/AIDS

Sejak AIDS mulai dikenal pertama kali 20 tahun yang lalu, telah terjadi perbaikan kualitas dan memanjangnya usia hidup mereka yang terinfeksi HIV di negara industrialis. Selama sepuluh tahun pertama epidemi, terjadi perbaikan karena dikenalnya infeksi oportunistik, perbaikan terapi komplikasi baik akut maupun kronis, dan dikenalkannya kemoprofilaksis untuk melawan patogen kunci oportunistik. Pada dekade kedua, terjadi perkembangan luar biasa, yakni dikembangkan terapi kombinasi antiretroviral (ART) bersama dengan terus memperbaiki pencegahan dan terapi IO. ART mengurangi insidensi IO dan memperpanjang harapan hidup.

Infeksi Oportunistik (IO)

Tiga IO utama di kawasan Asia tenggara adalah tuberkulosis (TB), *Pneumocystis carinii* pneumonia dan extra pulmonary cryptococcosis (biasanya meninges).

Pencegahan dan terapi IO mempunyai dampak menguntungkan dalam progresi infeksi HIV.

TB dan HIV

HIV mempercepat epidemi TB.² HIV mengaktifkan progresi TB baik mereka yang mempunyai TB yang didapat³ maupun yang laten⁴. Infeksi *M. tuberculosis*. HIV adalah faktor terkuat untuk mereaktivasi infeksi TB laten.⁵ Risiko tahunan berkembangnya TB pada odha (PLWHA) dengan komorbiditas *M. tuberculosis* bervariasi antara 5-15%. 60% odha teraktivasi TB nya selama hidupnya dibandingkan dengan mereka yang HIV negatif, hanya 10%. HIV meningkatkan kambuhan TB⁶ yang dapat disebabkan oleh reaktivasi endogenous (*true relapse*) atau eksogenus.⁷

Meningkatnya kasus TB pada Odha akan meningkatkan penularan TB pada populasi umum, baik, terinfeksi HIV maupun tidak. Sekitar sepertiga dari 42 juta orang odha di dunia pada akhir tahun 2000 mempunyai ko-infeksi dengan *M. tuberculosis*. Negara dengan infeksi TB/HIV tertinggi prevalensinya adalah sub-Sahara Afrika.

Layanan HIV dapat turut serta mendeteksi kasus TB lebih banyak. Termasuk didalamnya *intensified case-finding* dalam *setting* layanan yang banyak dikunjungi Odha. Orang yang datang pada layanan kesehatan termasuk layanan untuk *voluntary counselling and testing* (VCT)⁸ perlu mendapat penilaian risiko TB. Klien tersebut, yang mempunyai simptom gangguan saluran respirasi (misal batuk lebih dari 3minggu), mereka yang berada dalam lembaga pemasyarakatan,⁹ petugas kesehatan¹⁰ atau yang kontak dengan penderita HIV-positif di rumah dengan kasus *index infectious TB*¹¹ lebih besar risiko untuk mendapatkan infeksi TB.

Antiretroviral treatment (ART)¹

Dengan ditemukannya kombinasi ART dijumpai penurunan morbiditas dan mortalitas HIV/AIDS dari 60 menjadi 90% dan perbaikan kualitas hidup dan panjangnya usia harapan hidup Odha.^{12 13 14 15} Tujuan terapi antiretroviral secara umum adalah memperpanjang usia dan memperbaiki kualitas hidup, dengan cara mempertahankan supresi maksimal replikasi HIV selama mungkin. Pengurangan virus di dalam plasma darah ternyata terjadi dengan pemberian ART.¹⁶ Pilihan resimen tergantung pada beberapa faktor, harga obat, kekuatan individu, ketersediaan dan keterjangkauan obat untuk suatu jangka waktu menengah dan panjang, kepatuhan berobat, potensi regimen, tolerabilitas dan profil efek samping (*adverse effect*), kemungkinan interaksi obat dan potensial untuk opsi terapi lainnya ketika terjadi kegagalan terapi resimen yang telah digunakan.

Terapi antiretroviral resimen obat **tunggal atau dual tidak direkomendasikan** karena cepat terjadi resistensi terhadap obat. Monoterapi dengan zidovudine direkomendasikan hanya untuk pencegahan penularan HIV ibu-anak.^{17 18} Monoterapi dengan nevirapine juga hanya direkomendasikan seperti hal diatas.¹⁹ Penggunaan *protease inhibitor* dengan dua *nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTI)* menunjukkan supresi replikasi virus HIV yang kuat dan bertahan lama.^{20 21 22 23} Kombinasi *non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTI)* dengan dua NsRTI juga menghasilkan supresi viral dan perbaikan imunitas yang paling tidak namapak dari perbandingan kombinasi diatas, termasuk protease inhibitor.^{24 25} Sekarang, beberapa resimen dengan potensi antiviral yang dapat diterima telah tersedia. Resimen ini terdiri atas komposisi tiga atau empat jenis obat. Dua NsRTI pada umumnya membentuk tulang punggung dari banyak kombinasi.

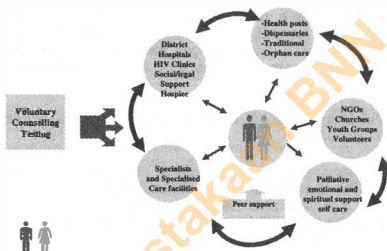
Pedoman WHO dalam penggunaan ART pada negara dengan sumber terbatas, dipublikasikan pada tahun 2002 dan informasinya termasuk, kapan memulai ART dan menggunakan resimen yang mana.^{26 27}

ART merupakan komitmen jangka panjang. Kepatuhan terapi adalah hal yang paling penting dalam menekan replikasi HIV dan menghindari terjadinya resistensi.

¹ Antiretroviral adalah substansi yang menghambat atau menghentikan replikasi retrovirus seperti HIV.

Perawatan HIV/AIDS berkelanjutan

Manajemen IO dan ART harus bersama-sama, tak dapat sendiri-sendiri. Pasien terinfeksi HIV, termasuk mereka dengan TB aktif, harus mendapatkan perawatan dan penanganan klinis di tempat untuk terapi dan pencegahan IO, dukungan psikososial dan konseling, dukungan finansial dan pekerjaan, bantuan perumahan dan lingkungan dimana mereka hidup, bantuan legal, dan rawatan & dukungan anak yatim-piatu sepereti yang dipromosikan WHO SEARO. Pengalaman dari beberapa negara menunjukkan bahwa pelayanan dan perawatan berkelanjutan dari rumah sakit sampai ke rumah harus dioptimalisasi kepada mereka yang terinfeksi. WHO SEARO juga mempromosikan layanan lanjutan termasuk rujukan yang memadai dan jejaring kerjasama dari rumah sakit ke masyarakat dan rumah. (gambar V)²⁸



Gambar V: HIV/AIDS-layanan berkelanjutan

Peningkatan layanan HIV/AIDS termasuk terapi antiretroviral

Diperkirakan 7 juta odha di wilayah kerja WHO Asia dan Pacific dan peningkatan jumlah odha membutuhkan dan menuntut akses layanan komprehensif HIV/AIDS termasuk *antiretroviral treatment (ART)*. Beban kasus AIDS pada layanan kesehatan tinggi di negara Cambodia, China, India, Myanmar, Viet Nam, dan Thailand dan akan terus meningkat ditahun mendatang. Layanan komprehensif HIV/AIDS menurut WHO termasuk terapi medik, , *nursing care*, konseling, dan dukungan psikososial untuk odha, keluarganya dan mereka yang tergantung padanya. (WHO SEARO, *Planning and implementing HIV/AIDS care programmes, A step-by-step approach*. 1998).

Perkiraan WHO hampir 800,000 orang (5%) menggunakan ART didunia, dari 500,000 orang yang hidup di negara berpendapatan tinggi. Diperkirakan 5-6 juta orang dewasa di negara berkembang sekarang membutuhkan ART. Akhir 2002, hanya 300,000 dari mereka menggunakan obat ini. Brazil, di negara yang akses kepada program dan pengembangannya bebas dari biaya, terdapat sepertiga dari mereka menggunakan ART di tempat dengan keterbatasan sumber. Masa hidup mereka meningkat dari lima bulan ke 58 bulan sepanjang 1989 sampai 2001. Dilaporkan bahwa IO yang umum terjadi pada infeksi HIV adalah PCP, toxoplasmosis dan TB pada AIDS menurun secara bermakna di Brazil .

Peningkatan penggunaan ART di negara dengan sumber terbatas membutuhkan komitmen bukan saja dari pihak pemerintah tetapi juga masyarakat global. Pada 2001 ada sesi khusus AIDS yang digelar oleh United Nations. Sesi ini menelurkan deklarasi : *"United National Special Session on AIDS Declaration of Commitment and further actions"*.

- Di deklarasikan oleh UN bahwa HIV/AIDS adalah tantangan kesehatan, perkembangan dan keamanan
- UN General Assembly Special Session diselenggarakan pada 25-27 Juni 2001, di New York
- Komitmen dari *The UN Declaration of Commitment on HIV/AIDS (Resolution A/RES/S-26-2)* diadopsi secara penuh oleh *the Special Session on HIV/AIDS (UNGASS) of the UN General Assembly* pada Juni 2001.
- Kebutuhan sumber dana diperkirakan sebesar 7-10 milyar dollar / tahun

Komitmen internasional untuk memperkuat kemampuan nasional merespon epidemi HIV/AIDS, sesuai dengan goal dari UNGASS dimapankan melalui *the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM)* tahun 2001 yang memungkinkan tersedia anggaran untuk mengurangi dampak HIV/AIDS, TB dan malaria. Pengorganisasiannya unik, melalui kemitraan *public-private* dengan instrumen finansial dan bukan dengan implementasi agen/institusi. Terdapat dana sebesar 2 milyar dollar yang digunakan untuk program nasional.

Bulan Juni 2001 *the United National General Assembly Special Session on HIV/AIDS* membuat target sebagai berikut:

- Tahun 2003, memastikan strategi nasional didukung oleh strategi regional dan internasional, dibangun dengan kerjasama erat masyarakat internasional, termasuk pemerintah dan organisasi antar pemerintah yang relevan, juga masyarakat sipil dan sektors dunia usaha, untuk memperkuat sistem layanan kesehatan dan menjawab kebutuhan penyediaan obat yang berkaitan dengan HIV, termasuk HIV.
- Tahun 2005 mengembangkan dan membuat kemajuan yang nyata dalam menerapkan strategi layanan komprehensif yang terjangkau akses obat (*Declaration of Commitment on HIV/AIDS; United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 25-27 June 2001*).

WHO telah membuat target penyediaan ART untuk 3 juta orang di negara berkembang secara global pada tahun 2005. Berarti peningkatan sepuluh kali dari sekarang. Negara-negara di Asia harus membuat target nasional untuk odha mendapatkan ARV pada 2005, sesuai proporsi yang disetujui sebagai goal global.

Konseling dan ART

Agar ART efektif, ia harus digunakan setiap hari secara teratur, pada waktu yang sama setiap hari, sesuai aturan pengobatan. Beberapa obat mempunyai petunjuk khusus, digunakan sebelum atau sesudah makan, dengan sejumlah air. Konselor memainkan peran penting untuk menilai kesiapan klien menelan ART, cara penggunaan dan ketaatannya.

Semua obat punya efek samping, juga ART. Konselor perlu menyampaikannya kepada klien, dan bila terjadi efek samping dapat merujuk kepada dokter yang berpengalaman memberikan ART. Dokter akan memutuskan apakah obat diteruskan, diganti atau dihentikan.

Rujukan

- ¹ WHO. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease. *Wkly Epidemiol Rec* 1990;65: 221-224.
- ² Lienhardt C, Rodrigues LC. Estimation of the impact of the human immunodeficiency virus infection on tuberculosis: tuberculosis risks revisited? *Int J Tuberc Lung Dis* 1997; 1 (3): 196-204.
- ³ DiPerri G, Cruciani M, Danzi MH, et al. Nosocomial epidemic of active tuberculosis in HIV infected patients. *Lancet* 1989; 2: 1502-1504.
- ⁴ Raviglione MC, Harries AD, Msiska R, Wilkinson D, Nunn P. Tuberculosis and HIV: current status in Africa. *AIDS* 1997; 11 (suppl B): S115-S123.
- ⁵ Rieder HL, Cauthen GM, Comstock GW, Snider DE. Epidemiology of tuberculosis in the United States. *Epidemiologic Reviews* 1989; 11: 79-98.
- ⁶ Fitzgerald DW, Desvarieux M, Severe P, et al. Effect of post-treatment isoniazid on prevention of recurrent tuberculosis in HIV-1-infected individuals: a randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 1470-74.
- ⁷ Daley CL. Tuberculosis recurrence in Africa: true relapse or re-infection? *Lancet* 1993; 342: 756-57 (commentary).
- ⁸ Aisu T, Raviglione M, Van Praag E, et al. Preventive chemotherapy for HIV-associated tuberculosis in Uganda: an operational assessment at a voluntary counselling and testing centre. *AIDS* 1995; 9: 267-273.
- ⁹ Coninx R, Maher D, Reyes H, Grzemska M. Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. *BMJ* 2000; 320: 440-2.
- ¹⁰ Harries AD, Maher D, Nunn P. Practical and affordable measures for the protection of health care workers from tuberculosis in low-income countries. *Bull World Health Organ* 1997; 75: 477-489.
- ¹¹ Nunn P, Mungai M, Nyamwaya J, et al. The effect of human immunodeficiency virus type 1 on the infectiousness of tuberculosis. *Tubercle Lung Dis* 1994; 75: 25-32.
- ¹² Burman WJ, Jones BE. Treatment of HIV-related tuberculosis in the era of effective antiretroviral therapy. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 7-12.
- ¹³ Chequer P, Sudo EC, Vitria MAA, Veloso VG, Castilho EA. The impact of antiretroviral therapy in Brazil. Abstract MoPpE1066 presented at the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, 2000.
- ¹⁴ Girardi E, Antonucci G, Vanacore P, et al. Impact of combination antiretroviral therapy on the risk of tuberculosis among persons with HIV infection. *AIDS* 2000; 14: 1985-1991.
- ¹⁵ Badri M, Wilson D, Wood R. Effect of highly active antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis in South Africa: a cohort study. *Lancet*. 2002 Jun 15;359:2059-64.
- ¹⁶ O'Brien WA, Hartigan PM, Martin D, et al. Changes in plasma HIV-1 RNA and CD4+ lymphocytes counts and the risk of progression to AIDS. *N Engl J Med* 1996;334:426-31.
- ¹⁷ Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trial Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med* 1994;331:1173-80.
- ¹⁸ De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E, Alnwick DJ, Rogers M, Shaffer. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA* 2000;283:1175-82.
- ¹⁹ Guay LA, Musoke P, Fleming T, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET012 randomised trial. *Lancet* 1999;354:795-802.
- ²⁰ Hammer SM, Squires KE, Hughes MD, et al. A controlled trial of two nucleoside analogues plus didanosine in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4 counts of 200 per cubic millimeter or less. *N Engl J Med* 1997;337:725-33.
- ²¹ Gulick RM, Mellors JW, Havlir D, et al. Treatment with didanosine, zidovudine, and lamivudine in adults with human immunodeficiency virus infection and prior antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 1997;337:734-9.
- ²² Mitsuyasu RT, Skolnik PR, Cohen SR, et al. Activity of the soft gelatin formulation of saquinavir in combination therapy in antiretroviral-naïve patients. *AIDS* 1998;12:F103-9.
- ²³ Murphy RL, De Gruttola V, Gulick RM, et al. Treatment with amprenavir alone or amprenavir with zidovudine and lamivudine in adults with human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis* 1999;179:808-16.

-
- ²⁴ Staszewski S, Morales-Ramirez J, Tashima KT, et al. Efavirenz plus zidovudine and lamivudine, efavirenz plus indinavir, and indinavir plus zidovudine and lamivudine in the treatment of HIV-1 infection in adults. *N Engl J Med* 1999;341:1655-73.
- ²⁵ Montaner JS, Reiss P, Cooper D, et al. A randomized, double-blind trial comparing combinations of nevirapine, didanosine, and zidovudine for the HIV-infected patients. The INCAS Trial. Italy, The Netherlands, Canada and Australia Study. *JAMA* 1998;279:930-7.
- ²⁶ WHO SEARO. The use of antiretroviral therapy: A simplified approach for resource-constrained countries. 2002.
- ²⁷ WHO. Scaling up: Antiretroviral therapy in resource-limited settings. Guidelines for a public health approach. 2002.
- ²⁸ WHO SEARO. Planning and implementing HIV/AIDS care programmes: A step-by-step approach. First edition 1998, reprint in 2000 and 2002.

Perpustakaan BNN

Modul 1
Sub Modul 3
Lembar kegiatan 1

Studi kasus 1

Seorang pria berumur 30 tahun telah menikah dan memiliki 3 orang anak, datang ke rumah sakit terdekat untuk pemeriksaan kesehatan. Ketika sedang menunggu dokter, ia bertanya apakah dapat menemui psikiater untuk membicarakan masalah keluarganya. Kepada psikiater tersebut ia berkata, bahwa ia telah mengetahui kalau dirinya positif HIV sejak 3 tahun lalu, ketika ia sedang mengajukan permohonan visa untuk bekerja di luar negeri. Sekarang ia tidak menjalani pengobatan apapun. Ia menceritakan, bahwa ia menderita batuk produktif selama 3 minggu. Berat badannya turun dan banyak berkeringat saat tidur di malam hari. Istrinya tidak tahu kalau ia terinfeksi HIV. Ia hanya tahu bila kegagalan suaminya untuk bekerja ke luar negeri hanya karena masalah infeksi paru.

Pertanyaan untuk diskusi

Menurut saudara, apa yang terjadi pada diri klien tersebut ?

Informasi mana spesifik yang mendasari jawaban saudara ?

Jenis pengobatan, perawatan dan rujukan apa saja yang saudara tawarkan terhadap klien?

Studi kasus 2

Seorang pria berusia 36 tahun datang ke rumah sakit dan memeriksa CD4. Ia melaporkan bahwa hasil pemeriksaan CD4-nya menurut dokter sangat rendah sehingga ia harus mulai berobat. Tampaknya dokter tersebut telah memberikan obat antiretroviral (kombinasi d4T, 3TC dan Nevirapine). Ia telah meminum obat ini selama 2 minggu, dan ia melaporkan bahwa ia mengalami ruam kulit di seluruh tubuhnya dan badannya terasa tidak enak.

Pertanyaan untuk diskusi

Bagaimana menjelaskan sebab dari ruam kulit tersebut ?

Jenis pengobatan, perawatan dan rujukan apa saja yang saudara tawarkan terhadap klien?

Introduksi Tes HIV

Perpustakaan BMN

MODUL 1
Sub Modul 4
INFORMASI HIV dan VCT

MODUL 1
Sub modul 4
Tes HIV

Tujuan diskusi

Peserta latih mampu:

- Mendefinisikan diagnosa laboratorium untuk infeksi HIV
 - Mengidentifikasi keuntungan dan karakteristik umum mengenai tes kit HIV yang berbeda
 - Mendiskusikan maksud tes, menjaga ketahanan dan tes anonim
 - Mendefinisikan konsep kerahasiaan dan *informed consent*
 - Mendiskusikan maksud dan interpretasi hasil tes
 - Memahami tes cepat WHO, algoritma tes dan strategi untuk VCT
-

Waktu yang dibutuhkan

1 jam

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT03)
 - Naskah (HO3)
 - Lembar kegiatan (ASO2)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak pengumpulan kertas evaluasi
-

Isi

- Diagnosa laboratorium mengenai infeksi HIV
 - Periode jendela
 - Tipe dari tes HIV
 - Tes uji saring - ELISA dan tes rapid HIV
 - Algoritma tes WHO – ELISA dan tes cepat HIV
 - Jaminan kualitas eksternal (tes profisiensi) dari tes kinerja
 - Tes pediatrik
 - Masalah dalam tes – *linked testing, linked anonymous testing, unlinked anonymous testing*
-

Petunjuk diskusi

1. Menerangkan dengan tayangan PowerPoint PPT03: Selama presentasi bertanyalah kepada peserta untuk mengajak mereka untuk aktif dalam presentasi, misalnya meminta peserta untuk menulis daftar yang menurut mereka adalah kekuatan dan kelemahan tes cepat VCT dalam budaya dan tempat kerja mereka. Diskusikan kembali dalam kelompok.
2. Menanyakan kepada kelompok apakah mereka mempunyai pertanyaan dan mengingatkan mereka mengenai kotak pertanyaan.
3. Meminta peserta untuk mengisi formulir evaluasi dan menempatkannya dalam kotak evaluasi

Modul 1 Sub modul 4 Pengenalan tes HIV

Module 1 Sub module 4/ PPT03



Tujuan

- Memahami diagnosis laboratorium infeksi HIV
- Memahami penilaian antibodi assays HIV:
- Memahami karakteristik, spesifitas, sensitivitas, nilai prediktif: negatif dan positif palsu dari pemeriksaan assay;
- Memahami isu dalam konseling berkaitan dg hasil tes (lihat diafs);
- Understand different testing algorithms in particular serial versus parallel testing;
- Understand and discuss the concepts of confidential and anonymous testing and informed consent;



Diagnosis HIV

- Infeksi HIV didiagnosis dengan cara mendeteksi antibodi melawan infeksi pada darah pasien HIV.
- Ada 3 tipe tes antibodi HIV There are three main types of HIV antibody tests:
 - ELISA;
 - Western Blot;
 - Rapid HIV tests.



ELISA

- Enzyme linked immunosorbent assay;
- Ketika antibodi HIV tampil dalam serum tes, ia berada dilapisan tengah antara antigen HIV, melekat kepada *test well*, dan 'ensim' ditambahkan kepada *test well* diikuti pengikatan tes antigen antibodi HIV.
- The *test well* dicuci untuk melepas ensim yang tak terikat



ELISA

- Ditambahkan reagen berwarna.
- Perubahan warna reagen terjadi ketika setiap antigen terikat dikatalisis.
- Adanya antibodi HIV antibodies dapat dikenal dari perubahan warna reagen.



ELISA

Enzyme linked immuno sorbent assay + f



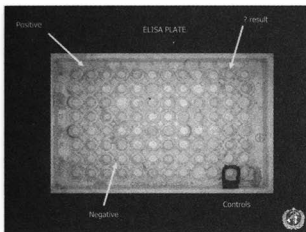
HIV Ag Coated plate

Pt's antibody

Enzyme

Colour reagent





Western Blot Assay

- Mendeteksi antibodi lain di dalam tes serum, memungkinkan reaksi dengan berbagai protein virus.
- Protein virus dipisahkan kedalam pita2 tergantung berat molekul dalam gel elektroforesis.
- Kemudian mereka dipindahkan atau "diteteskan/blotted" ke atas kertas nitrocellulose yang diinkubasi serum pasien.

Western Blot Assay

- Antibodi HIV bereaksi dengan protein HIV spesifik dan mengikat kertas nitrocellulose pada titik yang tepat dimana protein target bermigrasi.
- Pengikatan antibodi kemudian didekeksi oleh teknik colourimetric.

Western blot



Rapid Tests (tes cepat)

- Rapid tests/ Tes cepat dapat menggunakan berbagai teknik termasuk :
 - Particle agglutination;
 - Lateral flow membranes;
 - Through flow membranes;
 - Comb-dipstick based systems;
- Kebanyakan mempunyai sensitivitas dan spesifisitas 99% dan 98%;

Rapid Tests

- Keuntungan :
 - Cepat memperoleh hasil;
 - Tak memerlukan batching;
 - Tak membutuhkan alat khusus atau personnel terlatih;
 - Hasil diperoleh pada hari yang sama.
- Gunakan hanya yang direkomendasikan WHO (kualitas).

Assay untuk setiap kesempatan

Dibutuhkan persyaratan berbeda untuk assay antibodi yang berlainan. Pilihan assay antibodi tergantung 3 faktor :

- tujuan dari assay;
- sensitivitas dan spesifisitas assay;
- prevalensi HIV dalam populasi yang di tes;



Tujuan Tes Antibodi

- Keamanan transfusi dan transplantasi (untuk keamanan resipien).
- Surveillance (untuk pengetahuan dalam populasi).
- Diagnosis klinis penyakit HIV (untuk mengetahui status individu).
- HIV assays digunakan untuk memenuhi salah satu tujuan ini , akan tetapi tidak untuk semua tujuan tepat.



Karakteristik Tes

- Setiap tes biologik mempunyai kapasitas hasil untuk false positif dan false negatif .
- Akurasi *biological assay* terletak pada tiga parameter : :
 - Sensitivitas.
 - Spesifisitas.
 - Nilai Prediksi.



Sensitivitas

- Kemampuan assay untuk mendeteksi kasus sesungguhnya.
- Tes sangat sensitif bilamana memberi hasil sesedikit mungkin *false negative*.
- Tes sangat sensitif digunakan bilamana dibutuhkan mutlak sangat sedikit false negative, mis. Pada layanan transfusi darah.



Spesifisitas

- Kemampuan assay untuk secara akurat menyatakan '*true non-case*'.
- Tes dikatakan sangat spesifik jika sesedikit mungkin hasil tes *false positive*.
- Tes sangat spesifik digunakan jika diperlukan hasil absolut sesedikit mungkin *false positive*, mis dalam menegakan diagnosis infeksi HIV pada individu.



Nilai Prediktif

- Kemungkinan bahwa assay tertentu akan secara akurat memprediksi status HIV individu bervariasi dalam populasi berkaitan dengan prevalensi HIV;
 - False negative akan sedikit sekali terjadi dalam populasi prevalensi rendah.
 - False positive akan sedikit sekali terjadi pada negara dengan prevalensi tinggi.
 - False negative akan lebih umum terjadi pada negara dengan prevalensi rendah.
 - False positive akan lebih umum terjadi pada negara dengan prevalensi rendah.



Nilai Prediktif

- Dalam populasi prevalensi tinggi pasien yang hasil tesnya positif hampir dapat dipastikan terinfeksi.
- Dalam populasi prevalensi rendah pasien yang hasil tesnya negatif dapat dipastikan tidak terinfeksi.



Eksresi Mathematis

		True HIV Status		
		+	-	
Test Results	+	a true positive	b true negative	a + b
	-	c false negative	d true negative	c + d
		a + c	b + d	

Sensitivity = $a/a+c$ Positive predictive value = $a/a+b$
 Specificity = $d/b+d$ Negative predictive value = $d/c+d$

*WHO recommended minimum standards for sensitivity and specificity are 95 and 90 percent, respectively.



Strategi Tes

- Ulangi tes HIV jika terjadi semua hasil positif adalah positif palsu.
- Tujuan penggunaan ketepatan tes ulang harus ditimbang dengan ongkos yang dikeluarkan.
- WHO & UNAIDS merekomendasikan strategi tes tiga untuk memperbesar akurasi dan meminimalisasi ongkos.



Strategi Satu

- Semua tes darah dilakukan dengan satu ELISA atau rapid test yang *highly sensitive*.
- Semua hasil positive (atau tak pasti/indeterminate) dikatakandipertimbangkan terinfeksi
- Semua hasil negatif dikatakan tidak terinfeksi
- Strategi ini digunakan pada :
 - Layanan transfusi/transplantasi
 - Surveillans (didaerah pre3valensi tinggi)



Strategi Dua

- Semua darah di tes ELISA atau tes cepat
- Jika hasilnya positif, segera di tes lagi dengan tes HIV assay lainnya
- Tes konfirmasi ini (ulang untuk pemastian) dilakukan dengan cara dan target sebanyak mungkin
- Hasil *discordant* diperiksa ulang dengan assay yang sama dan jika hasilnya tetap *discordant* maka sampelnya dikatakan *indeterminate*.



Strategi Dua

- Biasanya digunakan untuk diagnosis klinik infeksi HIV
- Dapat digunakan untuk surveillans HIV di negara prevalensi rendah, ulangi tes untuk mengurangi hasil positif palsu
- Semua hasil indeterminate dilaporkan dan dianalisa secara terpisah dalam laporan tahunan surveillans



Strategi Tiga

- Sama dengan "Strategi Dua" , kecuali bahwa tes ketiga dilakukan pada semua sampel positif termasuk sampel dengan hasil diskordan (tes awal positif dan tes ulang hasilnya negatif) ;
- Sediaan dan metodologi 3 assay dengan antigen yang berbeda perlu digunakan
- Jika sampel tes ke tiga interdeterminan maka hasilnya dikatakan indeterminan.



Strategi 2 dan 3:

Sekuen tes :

- Makin sensitif tes , maka ia yang digunakan sebagai tes permulaan.
- Makin spesifik tes, maka ia digunakan untuk tes kedua.



Serial Versus Ts Paralel

- Serial tests (lebih umum) :
 - Tes pertama menggunakan assay dengan sensitifitas tinggi menghindari hasil negatif palsu.
 - Tes kedua tidak dilakukan, kecuali tes pertama hasilnya negatif.
- Tes Paralel :
 - Selalu digunakan dua tes antibodi.
 - Kedua tes berbeda dalam hal metodologi dan target antibodinya.
 - Tes yang satu mempunyai sensitifitas dan satunya mempunyai spesifitas tinggi



Tes Serial Versus Paralel

- Untuk hasil yang diskordan :
 - Strategi 2:- kedua tes permulaan diulang
 - Strategi 3:- tes ketiga (yang dikenal sebagai *tie-breaker*) dapat digunakan.
- Tes Paralel TIDAK direkomendasikan oleh WHO karena alasan harga yang mahal.



Tes Serial Versus Paralel

- Keuntungan tes paralel termasuk :
 - Mengurangi risiko hasil negatif palsu di populasi prevalensi tinggi.
 - Hanya dibutuhkan satu tusukan jari untuk mengambil darah.
 - Lebih mantap dua daripada satu tes.
 - Mengurangi stigma karena pasien tidak dipanggil dua kali untuk tes.



Skema Tes Cepat Serial HIV



Diagnosis infeksi HIV

Antibodi assay HIV tak dapat digunakan untuk mendiagnosis:

- Infeksi HIV akut.
- Infeksi HIV pada bayi baru lahir



Infeksi HIV AKUT

Masa Jendela :

- Mengikuti infeksi akut HIV, sebelum antibodi HIV terdeteksi dalam aliran darah pasien
- Pasien sangat infeksius, meski hasil tes antibodi HIV negatif, HIV dengan cepat berkembang diri di seluruh bagian tubuh.
- Biasanya sampai minggu ke 12, dapat juga lebih pendek, jika sensitivitas tes antibodi assaynya sensitif (terutama antigen HIV p24).



Diagnosis infeksi akut

- Pada infeksi akut, assay digunakan untuk mendeteksi bagian virus:

- HIV p24 antigen
 - Deteksi protein viral p24
 - Spesifitas tinggi (>95%) sensitivitas rendah (80%)
- HIV proviral DNA
 - Deteksi DNA HIV yang terintegrasi dalam genome sel mono nukler darah tepi:
 - Berbasis teknologi PCR
 - Spesifitas tinggi (98%) dan sensitivitas tinggi (>99%)
 - Hanya tersedia dalam tempat riset
 - Mampu mendeteksi HIV-2 dan non-subtype B HIV-1 yang belum dikenali penuh, secara terpercaya



Diagnosis infeksi akut

- RNA HIV

- Tes *viral load* digunakan dalam memantau pasien yang diketahui terinfeksi HIV
- Hasil tes positif sesungguhnya secara umum lebih besar dari 100.000 copies/ml, sementara positif palsu biasanya kurang dari 1.000 copies/mL
- Umumnya tidak direkomendasikan untuk diagnosis infeksi HIV akut, karena hasil positif palsu nyata (sampai 10% kasus).



Diagnosis pada bayi baru lahir

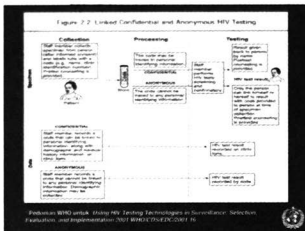
- Karena penularan dari ibu ke bayi, maka tes antibodi HIV tak dapat digunakan pada bayi baru lahir.
- Antibodi dari ibu dapat dideteksi sampai 18 bulan dalam tubuh bayi.
- Non-antibody assays untuk deteksi dini infeksi HIV pada bayi baru lahir termasuk:
 - Antigen HIVp24.
 - Kultur viral.
 - Deteksi virus (baik HIV DNA maupun HIV RNA).



Rahasia & Tes Anonim

- Voluntary (Sukarela) – persetujuan tertulis klien perlu dimintakan untuk tes HIV, sebelum tes dilakukan dalam konseling pre-tes dan tidak dalam tekanan
- Confidentiality (rahasia) – dijaga melalui 3 metode umum :
 - Tes Link.
 - Tes anonim Link.
 - Tes Unlinked anonymous.





Program Jaga Mutu

- Program VCT terkait tes HIV haruslah dikembangkan dengan kualitas yang terjaga.
- Demikian juga laboratorium rujukan eksternal yang digunakan, setiap bulan sejumlah 5% dari seluruh sampel dikirim ke laboratorium rujukan.

Fase Pengembangan program Tes HIV

Pre-analytical

- Pelatihan SDM.
- Keamanan Lab.
- Pengumpulan Spesimen.
- Seleksi peralatan dan ketersediaannya.
- Tanggal kadaluwarsa.
- Penyimpanan.

Fase Pengembangan program Tes HIV

Analytical

- Manual Prosedur Tertulis.
- Kinerja tes.
- Penggunaan reagen yang benar.
- Inklusi kontrol internal.
- Prosedur Pemantauan Kendali kualitas

Fase Pengembangan program Tes HIV

Post-analytical

- Interpretasi hasil.
- Transkripsi hasil.
- Memasukkan dan mengikuti alur data
- Menjaga catatan.
- Ikhtisar kendali kualitas.

Modul 1
Sub modul 4
Introduksi tes HIV¹

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Mendefinisikan diagnosis laboratorium infeksi HIV;
- Memahami perbedaan syarat untuk setiap tes antibodi assay HIV;
- Memahami karakteristik assay: sensitivitas; spesifitas; nilai prediktif; hasil tes positif dan negatif palsu;
- Memahami isu konseling berkaitan dengan hasil karakteristik diatas;
- Memahami serial algoritma tes dari masing-masing tes versus tes paralel;
- Memahami keterbatasan antibodi assay HIV dan alternatifnya dalam mendiagnosis infeksi HIV;
- Mendiskusikan arti dari kerahasiaan dan tes anonim;
- Mendefinisikan konsep kerahasiaan dan *informed consent*;
- Memahami prinsip untuk mempertahankan kualitas layanan tes.

Diagnosis laboratorium infeksi HIV

Diagnosis infeksi HIV didasarkan atas penemuan antibodi dalam darah orang yang terinfeksi.

Bermacam-macam assay antibodi HIV.

Tersedia bermacam-macam assay antibodi HIV. Assay ini dapat secara luas diklasifikasikan kedalam tiga kelompok: *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA); *Western Blot Assay*; dan *Rapid Tests*. Metodologi pemeriksaan assay berbeda-beda, diterangkan dibawah ini. Reagens yang digunakan sekarang mampu mendeteksi kedua anti bodi HIV-1 dan HIV-2.

- **ELISA:** dalam tes serum ini antibodi HIV dideteksi dengan teknik penangkapan berlapis. Jika terdapat antibodi dalam tes serum ini, ia terperangkap dalam lapisan antara antigen HIV, yang melekat dalam tes, dan 'enzymes' yang ditambahkan kedalam tes. Kemudian dilakukan pencucian secara seksama untuk melepaskan enzim yang tak berikat. Reagen pewarna ditambahkan, setiap enzim yang berikat akan dikatalisasi sehingga terjadi perubahan warna pada reagen. Adanya antibodi HIV akan mengubah warna tersebut.

Beberapa tes ELISA sekarang mempunyai kemampuan mendeteksi kedua Antibodi HIV dan Antigen (lihat dibawah)

- **Western blot:** Antibodi HIV dalam tes serum dideteksi dengan cara reaksi pelbagai protein virus. Protein virus mulai dipisahkan berbentuk pita-pita dalam gel elektroforesis berdasarkan berat molekulnya. Protein ini kemudian dipindahkan kedalam kertas nitroselulose dalam bentuk tetesan ('blotted'). Kertas kemudian diinkubasikan dalam serum pasien. Antibodi HIV spesifik untuk protein HIV

¹ Dokumen ini telah diadaptasi dari PSI "New Start " Zimbabwe Paket Pelatihan VCT. Dokumen ini telah diperbaharui dan ditinjau ulang untuk digunakan di Asia Selatan oleh Dr Ruangpung dari Mahidol University Thailand, Dr Mark Kelly dan Kathleen Casey of the International Health Services Unit Albion Street Centre Sydney Australia.

mengikat kertas nitroselulose secara tepat pada titik target migrasi protein. Ikatan antibodi dideteksi dengan teknik *colourimetric*.

- **Rapid tests:** Berbagai macam rapid test tersedia dan digunakan berdasarkan bermacam teknik termasuk aglutinasi partikel, *lateral flow membrane*; melalui aliran membran dan berdasarkan sistem *assay comb* atau *dipstick*. Rapid test sekarang lebih banyak digunakan terutama layanan kesehatan kecil dimana hanya memproses beberapa contoh darah setiap hari. Rapid test lebih cepat dan tidak memerlukan alat khusus. Rapid test, perdefinisi memerlukan waktu 10 menit. Sebagian besar immuniassay noda darah atau agglutinasi tidak membutuhkan alat atau pelatihan khusus dan hanya menyita waktu 10 – 20 menit. Sebagian besar rapid test mempunyai sensitivitas dan spesifisitas diatas 99% dan 98%. Hanya tes yang direkomendasikan 'WHO untuk memastikan tingginya sensitivitas dan spesifisitas.

Keuntungan utama rapid test HIV adalah memberikan hasil pada hari yang sama sehingga mengurangi angka *drop out* untuk mengetahui sero status HIV klien. Keuntungan lain klien lebih mudah menerima hasil dari konselor yang sama sehingga pre tes dan pasca tes dilakukan oleh orang yang sama.

Setiap assay antibodi mempunyai persyaratan berbeda

Antibody assay HIV digunakan pada situasi yang berbeda-beda. Pilihan untuk memilih jenis tes mana yang tepat untuk situasi tersebut ditentukan oleh tiga faktor: tujuan; sensitivitas & spesifisitas tes; dan prevalensi HIV pada populasi yang diperiksa.

3 tujuan utama penggunaan assay antibodi HIV:

- Keamanan transfusi dan transplantasi (untuk keamanan resipien);
- Surveilans (untuk mengetahui besarnya di populasi);
- Diagnosis infeksi HIV (termasuk untuk layanan VCT dan perawatan klinis ...untuk mengetahui status individu)

Kebijakan WHO secara defacto menekankan dilaksanakannya keamanan dalam transfusi darah sehingga penularan melalui transfusi dan transplantasi dapat dihindari . Algoritma tes yang digunakan dalam layanan transfusi bukanlah merupakan tes terbaik untuk menegakkan diagnosis HIV secara klinis (lihat dibawah).

Karakteristik Tes

Biological assays tidak tepat 100%. Masing-masing *biological assay* mempunyai potensi menghasilkan *false positive* atau *false negative*. Ketepatan pemeriksaan dengan assay tertentu ditentukan oleh karakteristik berikut ini: sensitivitas; spesifisitas dan nilai prediksi. Oleh karena itu perlu dipahami konsep cara kerja ketika menyampaikan hasil tes atau mengembangkan program tes.

- **Sensitivitas:** Menggambarkan kemampuan akurasi sebuah tes sehingga ditemukan '*true case*'. Tes dengan sensitivita tinggi akan memberikan hasil "*false negative*" yang sangat kecil. Tes dengan sensitivitas tinggi digunakan ketika dibutuhkan hasil absolut dengan sangat sedikit "*false negative*" seperti pada layanan transfusi darah.
- **Spesifisitas:** Menggambarkan kemampuan ketepatan tes sebagai '*true non-case*'. Tes dengan spesifisitas tinggi akan memberikan hasil "*false positive*" sangat rendah. Tes dengan spesifisitas tinggi digunakan ketika kebutuhan absolut untuk

"false positive" sangat kecil seperti pada penentuan diagnosis klinis individu dengan infeksi HIV.

- **Nilai Prediksal (Predictive value):** Probabilitas ketepatan assay tertentu untuk mendeterminasi status infeksi HIV individu bervariasi tergantung prevalensi infeksi dalam populasi. Hasil "*false negative*" akan sangat kecil pada populasi dengan prevalensi rendah dimana hasil "*false positive*" akan lebih umum pada populasi dengan prevalensi rendah. Sebaliknya, hasil "*false negative*" akan lebih biasa dijumpai di negara-negara dengan prevalensi tinggi dan hasil "*false positive*" jarang dijumpai pada negara-negara yang prevalensinya tinggi. Dengan kata lain dalam populasi dengan prevalensi tinggi seseorang dengan tes positif lebih mempunyai kemungkinan betul terinfeksi. Sebaliknya, pada negara dengan prevalensi rendah seseorang dengan hasil tes negatif lebih mempunyai kemungkinan betul negatif..

Hubungan matematis yang menggambarkan hal diatas adalah sebagai berikut

		Status "True" HIV		
		+	-	
Hasil Tes	+	a	B	a+b
		"True positive"	"False positive"	
	-	c	D	c+d
		"False negative"	"True negative"	
		a+c	B+d	

Sensitivitas = $a/a+c$

Spesifisitas = $d/b+d$

"Positive predictive value" = $a/a+b$

"Negative predictive value" = $d/c+d$

Rekomendasi WHO mengisyaratkan standar untuk sensitivitas dan spesifisitas adalah 99 dan 95%.

Strategi/ algoritma tes

Ketepatan hasil meningkat jika kedua assay antibodi HIV digunakan, karena hasil "*false positive*" mungkin terjadi pada keduanya. Keuntungan dari pengulangan ketepatan tes HIV harus mempertimbangkan biaya. UNAIDS dan WHO merekomendasikan tiga strategi pemeriksaan untuk memaksimalkan ketepatan dan menekan biaya.

- **Strategi satu:** Semua darah dilakukan tes dengan ELISA satu kali atau *rapid antibody assay*. Semua hasil positif dinyatakan terinfeksi dan semua hasil negatif tidak terinfeksi. Strategi ini digunakan pada dua setting utama: pelayanan transfusi & transplantasi dan surveilans. Pada setting pertama assay tertentu yang digunakan haruslah mendeteksi HIV-1/HIV-2 dengan sensitivitas tinggi. Lembaga transfusi akan mengembalikan hasil yang reaktif atau intermediat dianggap sebagai infeksius dan dibuang darahnya. Ketika digunakan untuk surveilans maka assay yang digunakan tidak se sensitif untuk transfusi dan transplantasi karena harus dipastikan keamanannya.
- **Strategi dua:** Semua darah yang diperiksa pertama kali harus menggunakan satu tes ELISA atau *rapid test*. Semua serum yang ditemukan reaktif dengan tes yang pertama harus diperiksa kedua kalinya dengan assay yang berbeda dari pemeriksaan pertama, dalam kasus ini digunakan metodologi yang berbeda dan/atau target peptid yang berbeda. Serum yang reaktif pada kedua assay dinyatakan terinfeksi HIV sementara serum yang non-reaktif pada kedua assay dinyatakan negatif. Adanya perbedaan hasil (misalnya. Assay pertama hasilnya positif dan yang kedua hasil assaynya negatif) harus diulang dengan assay yang sama. Jika hasil tetap berbeda setelah pengulangan, serumnya dinyatakan

indeterminate. Strategi ini digunakan untuk menegakkan diagnosis klinis HIV. Namun dapat juga digunakan untuk program surveilans pada populasi yang prevalensinya rendah. Strategi pengulangan pemeriksaan direkomendasikan untuk surveilans pada negara-negara dengan prevalensi rendah karena nilai prediksi positifnya rendah pada tes tunggal. Semua sampel darah untuk program surveilans yang tetap menunjukkan perbedaan hasil setelah diulang dinyatakan "indeterminate". Hasil "indeterminate" harus dilaporkan dan dianalisa secara terpisah dalam laporan tahunan surveillance.

- **Strategi tiga:** Sama dengan 'strategi dua' diharapkan bahwa pemeriksaan ke tiga dilakukan pada semua sampel darah positif yang dideteksi. Oleh karena itu semua spesimen "concordant positive" dan semua spesimen "discordant" diperiksa ulang dengan assay ke tiga. Ketiga tes dalam strategi ini harus didasarkan atas preparat antigen dan metodologi yang berbeda. Semua sampel dengan hasil "indeterminate" pada tes ketiga dinyatakan "indeterminate".

Dalam memilih tes yang digunakan dalam ketiga strategi haruslah dipilih tes yang paling sensitif diikuti dengan tes lebih sensitif dan lebih spesifik pada tes berikutnya

Tes algoritma serial vs paralel.

Kebanyakan strategi pemeriksaan menggunakan pola tes serial. Melalui cara ini tes kedua tidak dilakukan jika hasil tes assay pertama negatif. Ketika pemeriksaan assay pertama menggunakan tes dengan sensitivitas tinggi dalam algoritma pemeriksaan serial maka secara ekstrim hasil negatif tidak ada. Bagaimanapun, "false negatives" dapat terjadi pada cohort prevalensi tinggi.

Tes paralel secara rutin menggunakan dua assay HIV pada setiap sampel yang di tes. Tes assay pertama, harus mempunyai sensitivitas lebih tinggi dan tes assay kedua harus lebih spesifik. Perbedaan assay dalam target antigen; metodologi dan sensitivitas & spesifisitas. Pada kasus dimana ada perbedaan hasil assay maka pemeriksaan harus diulang dengan tes ketiga yang dikenal sebagai 'tie-breaker'. Untuk kepentingan kendali kualitas (lihat penjelasan berikut) hasil 'tie-breaker' harus dikonfirmasi dengan assay Western blot assay (atau ELISA jika tiga rapid tes digunakan) sebelumnya.

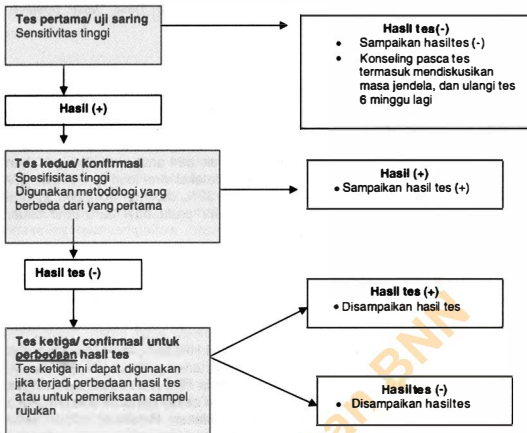
Tes paralel lebih mahal dibandingkan tes serial, ini karena proses yang ditempuh lebih panjang untuk menelusuri perbedaan hasil dari pada tes serial.

Keuntungan lain termasuk: mengurangi risiko hasil "false negative"; hanya dibutuhkan satu tusukan jari; ini menggugurkan persepsi bahwa tes dua kali lebih baik daripada tes satu kali; dengan demikian menurunkan stigma yang berkaitan dengan dua kali pemanggilan pasien untuk tes.

WHO sekarang mendorong penggunaan HIV Rapid tests dalam layanan VCT menggunakan algoritma tes serial (lihat keterangan dibawah).

Algoritma tes WHO saat ini sedang dalam revisi. Dalam setting prevalensi rendah tes algoritma paralel menawarkan ketepatan yang lebih baik. Untuk saran spesifik lebih lanjut dalam strategi pemasangan tes untuk pemeriksaan prevalensi serum merujuk pada

WHO (1998) The importance of simple and rapid tests in HIV diagnostics:
WHO recommendations *Weekly Epidemiological Record* 73 (42) 321-328



Situasi dimana assay antibodi HIV tidak dapat digunakan untuk mendiagnosis infeksi HIV.

Ada kalanya keadaan situasi klinis tidak memungkinkan diagnosis infeksi HIV melalui pemeriksaan assay antibodi. Dua keadaan seperti itu termasuk: masa jendela dalam infeksi akut dan diagnosis pada bayi baru lahir

Masa jendela infeksi akut:

Masa jendela menggambarkan waktu antara masuknya infeksi dan pembentukan antibodi HIV yang dapat dideteksi dalam aliran darah. Selama masa ini, replikasi HIV didalam darah dan kelenjar limfe, Pasien saat itu sangat menular dan mungkin mempunyai gejala tetapi didalam darahnya akan memberikan hasil tes antibodi negatif untuk HIV. Masa jendela dapat terjadi selama 12 minggu dan sangat bervariasi tergantung metodologi pemeriksaan yang digunakan. ELISA dengan sensitifitas tinggi memperpendek masa jendela infeksi HIV. Ini terjadi karena ELISA sensitifitas tinggi, assaynya mendeteksi bagian dari virion (sebagai lawan dari antibodi host yang terinfeksi). Tes yang paling sering digunakan adalah antigen p24 dan assay proviral HIV DNA. Pemeriksaan assay antigen p24 mendeteksi protein virus p24. Assay yang mempunyai spesifisitas tinggi (>95%) tetapi sensitivitasnya rendah (80%). DNA proviral mendeteksi adanya DNA HIV yang terintegrasi dalam gen host di limfosit darah tepi. Assay ini didasarkan teknologi reaksi rantai polimerasi (Polymerase chain reaction=PCR) dan keduanya mempunyai spesifisitas & sensitivitas tinggi (98% dan >99%). Kinerja tes dalam mendeteksi subtype HIV-1 dan non-HIV-1 belum dapat dikenali. Assay DNA HIV assay hanya tersedia didalam setting penelitian. Tes PCR HIV RNA tidak direkomendasikan untuk diagnosis infeksi akut HIV karena ketepatannya atas hasil "false positive" (10%). Hasil "true positive" hanya didapat

jika terdapat replikasi lebih dari 100,000 copies /mL sedangkan hasil "*false positive*" umumnya kurang dari 1000 copies/mL.

Diagnosis HIV pada bayi baru lahir

Assay antibodi HIV tidak dapat digunakan untuk mendiagnosis infeksi HIV pada neonatus yang terinfeksi dari ibunya melalui plasenta atau ASI. Antibodi ibu mungkin ada pada neonatus dan baru terdeteksi setelah usia 18 bulan. Neonatus harus dites pada usia 18 bulan, jika ibunya HIV positif. HIV pada neonatus dapat didiagnosis sebelum 18 bulan menggunakan assay dasar *non*-antibodi. Assay ini termasuk p24 antigen HIV, pembiakan virus (dari sel mononucleus darah tepi) atau dengan mendeteksi viral load HIV, RNA HIV atau DNA HIV. Sensitivitas dari assay ini berkisar antara 8-32%, dari 95-100% dan sampai >99%. Penjelasan lebih lanjut untuk diagnosis infeksi HIV pada bayi baru lahir diluar pembahasan ini.

Konseling yang berhubungan hasil tes antibodi.

Konselor harus menghargai setiap hasil tes antibodi baik "*false negative*" dan "*false positive*" untuk dapat memberikan interpretasi secara tepat akan hasil.

- **Hasil "*False positive*":** Saat ini tersedia tes antibodi HIV dengan sensitivitas tinggi dengan nilai "*false positive*" dapat memadai, terutama pada populasi dengan prevalensi rendah. Semua strategi pemeriksaan klinis HIV membutuhkan ulangan pemeriksaan assay antibodi. Satu "*false positive*" pada assay pertama biasanya juga menghasilkan hasil tes positif pada tes kedua. Alasan Potensial untuk "*false positives*" termasuk kesalahan teknis; reaktivitas serologi silang; pengulangan pencairan dan pembekuan sampel.
- **Hasil "*False negative*":** Laporan hasil "*false negative*" bahwa sampel tidak terinfeksi pada kenyataannya terinfeksi. Alasan paling sering untuk "*false negative*" pada pasien tersebut karena ia terinfeksi HIV dan saat ini sedang dalam masa jendela. Oleh karena itu penilaian risiko HIV selama masa ini harus dilakukan dengan tepat.

Tes HIV anonim dan Rahasia

Kebanyak orang dengan infeksi HIV tidak menunjukkan gejala. Mereka tidak menunjukkan gejala klinis akibat menurunnya fungsi sistem kekebalan, oleh karena itu tes laboratorium dibutuhkan untuk memastikan diagnosis HIV. Seorang klien dapat meminta tes HIV karena merasa adanya kemungkinan risiko atau untuk alasan-alasan lain. Petugas kesehatan dapat merekomendasikan pemeriksaan berdasarkan riwayat perilaku pasien dan / atau penemuan klinis seperti IMS atau infeksi oportunistik. **Apapun alasan seseorang meminta tes HIV, tes anti bodi dan konseling harus bersifat sukarela dan rahasia.** Tes HIV harus bersifat sukarela dan klien memberikan *informed consent* yang dilaksanakan sesudah konseling pra-tes dan tanpa paksaan.

Informasi tentang individu dan pasangan seksnya harus dirahasiakan secara ketat. Kerahasiaan akan memungkinkan adanya kepercayaan klien kepada institusi dan konselor, guna mengurangi stigmatisasi dan diskriminasi. *Catatan klien harus dikelola secara RAHASIA juga.*

Terdapat tiga cara umum untuk memberi label pada sampel darah guna tetap menjaga kerahasiaan:

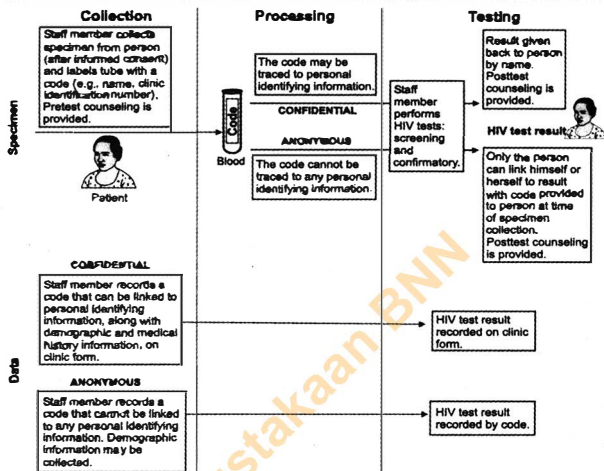
- *Linked-anonymous testing*
- *Linked testing*
- *Unlinked anonymous*

Dalam **linked-anonymous testing**, tak tertulis nama atau identitas lainnya dari klien dalam catatan. Klien menerima nomor kode unik, yang sama sekali tak berkaitan dengan catatan medik apapun, termasuk laboratorium, yang dapat menghubungkan sampel dengan identitas klien. Hasil pemeriksaan laboratorium untuk nomor spesifik dilaporkan kembali ke klinik/konselor. Klien mengambil hasil di klinik secara pribadi, konselor mencocokkan hasil laboratorium dengan nomor yang tepat sesuai dengan nomor klien/etiket menyampaikan hasil kepada yang bersangkutan. Pada prosedur ini, tak satupun catatan tertulis diberikan kepada klien, dan tak akan pernah diberikan hasil melalui orang atau media lain, klien harus hadir secara pribadi.

Dalam **linked testing**, sampel darah dikirim dengan identifikasi seperti nama atau nomor institusi, yang menghubungkan sampel dengan individu klien. Akan tetapi guna menjaga kerahasiaan, nama tidak dituliskan, diganti dengan identifikasi lain yang dipasang oleh peneliti atau petugas laboratorium yang telah ditunjuk. Kadang-kadang, nomor kode dalam formulir permintaan laboratorium berjenjang, artinya nomor satu, digantikan dengan nomor lainnya dalam lembar pemeriksaan laboratorium yang berbeda dengan nomor permintaan, namun dapat dihubungkan oleh petugas khusus. Hanya petugas kesehatan khusus yang memegang kunci rahasia nomor, dan dapat memastikan sampel tidak tertukar.

Unlinked, anonymous testing digunakan untuk alasan lainnya, (misal pemeriksaan serumsifilis di klinik antenatal atau transfusi darah). Dalam prosedur tes ini, semua IDENTITAS diabaikan dari sampel darah dan di tes HIV. Dalam hal ini tentu saja hasil pemeriksaan laboratorium HIV tak dapat dihubungkan dengan seseorang siapapun. Pemeriksaan seperti ini digunakan oleh bagian epidemiologi dan Departemen Kesehatan untuk memantau kecenderungan infeksi HIV dalam area geografik dan populasi yang berbeda-beda, dengan demikian dapat digambarkan besaran masalah atau hal lain riwayat perjalanan HIV.

Figure 2.2 Linked Confidential and Anonymous HIV Testing



Dari WHO Guidelines for Using HIV Testing Technologies in Surveillance: Selection, Evaluation, and Implementation 2001 WHO/CDS/EDC/2001.16

Pastikan kualitas tes HIV di layanan VCT

Sangatlah penting bahwa setiap layanan VCT mengembangkan program *quality assurance* (QA) .

Jaminan Mutu (QC) eksternal

Sebuah laboratorium yang ditunjuk sebagai rujukan secara rutin melaksanakan uji mutu pekerjaan pemeriksaan laboratorium pemeriksa HIV .

Pelaksanaan tes

- Setiap bulan setiap tempat layanan pemeriksaan laboratorium HIV mengirimkan sampel acak , biasanya 5 % dari total sampel yang diperikasinya, (idealnya yang hasilnya (+) dan (-)), untuk uji silang ELISA pada laboratorium rujukan.
- Semua hasil 'indeterminate' dari *rapid test kit algorithms* dikonfirmasi dengan tes ELISA sebelum hasil disampaikan kepada klien.

Hal penting yang harus diperhatikan dalam jaminan mutu (QA)

- Gunakan alat tes yang belum kadaluwarsa
- Latih dengan teknologi yang digunakan
- Tepat sesuai dengan petunjuk pabrik penghasil tes
- Interpretasi dan transkripsi yang benar dari hasil tes sebelum disampaikan pada klien

Fase-fase pengembangan uji jaminan mutu

1) Fase pra-analitik

- Pelatihan teknisi laboratorium dan petugas kesehatan Laboratory safety
- Pengumpulan spesimen, pemberian label, dan kondisi pengangkutan
- Jumlah spesimen yang di tes
- Seleksi alat tes
- Ketersediaan alat tes
- Tanggal kadaluwarsa dari alat tes
- Penyimpanan alat tes sesuai dengan petunjuk pabrik pembuat

2) Fase analitik

- Petunjuk prosedur tertulis
- Kinerja tes
- Penggunaan reagen secara benar
- Inklusi jaminan mutu internal
- Monitor prosedur jaminan mutu

3) Post analytical phase

- Interpretasi hasil
- Transkripsi hasil , misal mencatat hasil dalam formulir menggunakan kode identifikasi yang tepat
- Memasukkan data dalam sistem yang digunakan (komputer dan/atau salinan tertulis)
- Menjaga catatan
- Melakukan peninjauan ulang jaminan mutu

Rujukan

WHO (1997) WHO recommendations for HIV testing strategies Weekly epidemiological record 72 81-83

WHO (1998) The importance of simple and rapid tests in HIV diagnostics: WHO recommendations Weekly Epidemiological Record 73 (42) 321-328

MMWR 47 11 (1998) Update: HIV counselling and testing using rapid tests United States

WHO (2001) Evaluation of simple/rapid tests to determine antibodies to HIV-1 and/or HIV -2 in human whole blood (in press)

MMWR 47 11 (1998) Update: HIV counselling and testing using rapid tests United States

Kelan G., Shahan J., Quinn T., The Project Educate Work Group (1999) Emergency department-based HIV screening and counselling: Experience with rapid and standard serological testing. ANN of emergency Medicine 33 (2) 147-155

Perpustakaan BNI

Modul 1
Sub Modul 4
Lembar kegiatan 2

Mintalah kepada para peserta untuk menuliskan daftar kelemahan dan kekuatan dari *rapid tes* untuk VCT berdasarkan budaya dan tempat kerja mereka.

Diskusikan dalam kelompok dan masing-masing kelompok menyampaikan hasilnya.

Perpustakaan BNN

Peran VCT dalam Prevensi dan Perawatan HIV

MODUL 1
Sub Modul 5
INFORMASI HIV dan VCT

MODUL 1
Sub modul 5
Peraturan VCT dalam Pencegahan dan Perawatan HIV

Tujuan Diskusi

Peserta latih mampu :

- Menentukan tujuan dan materi dari VCT
 - Mendiskusikan keberhasilan VCT yang dilaksanakan sesuai anjuran
 - Mendiskusikan fakta-fakta yang meningkatkan keberhasilan VCT, tes anonim, bedanya dengan tes berdasarkan nama
 - Mendiskusikan fakta-fakta yang menunjukkan bahwa VCT dapat mengurangi transmisi HIV
 - Mendiskusikan fakta-fakta yang dapat menjembatani VCT dengan perubahan perilaku klien
 - Memahami aturan VCT dalam pengungkapan status kepada pasangan
-

Waktu yang dibutuhkan

1jam 30 menit

Materi Pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT04)
 - Naskah (HO4)
 - Lembar kegiatan (AS03)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak tempat pengumpulan formulir evaluasi
-

Isi

- Apakah yang dimaksud dengan konseling dan penilaian sukarela?
 - Fakta untuk kegiatan : Tes wajib dibandingkan dengan tes sukarela
 - Fakta untuk kegiatan: Tes anonim dan berdasarkan nama
 - Fakta untuk kegiatan: Penurunan dalam transmisi HIV
 - Fakta untuk kegiatan: Perubahan perilaku
 - Fakta untuk kegiatan: Pengungkapan status kepada pasangan
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Berikan informasi dengan tayangan PowerPoint (PPT04). Ajak peserta berperan aktif sepanjang sesi sesuai tayangan
2. Kegiatan (AS03).
 - Mintalah kepada para peserta membagi diri menjadi tiga kelompok kecil dan menominasikan seorang pembicara untuk kelompok tersebut. Setiap kelompok hanya memiliki waktu selama 10 menit untuk melakukan persiapan dan tidak lebih dari 10 menit untuk menyajikan kepada kelompok besar.
 - Bagikan lembar kegiatan dan lengkapi tiap-tiap kelompok dengan tugas berikut:
Kelompok 1 – Saudara diminta oleh manajemen rumah sakit untuk 10 menit mempresentasikan tentang pentingnya VCT di depan rapat dengan direktur. Direktur mengatakan tak ada alasan untuk melakukan konseling sebelum testing. Semua darah yang diambil dari pasien untuk pemeriksaan apapun, harus

dilakukan tes HIV juga. Direktur mengatakan ia akan menyediakan brosur informasi kesehatan tentang HIV

Kelompok 2 – Saudara diminta untuk memberi penjelasan ringkas kepada pihak biro iklan yang akan memasarkan VCT kepada masyarakat. Saudara memikirkan bagaimana caranya menerangkan kepada publik tentang VCT, dan mengapa mereka memerlukan VCT. Tekankan adanya unsur pribadi dan rahasia

Kelompok 3. – Kebanyakan layanan VCT mempunyai kesulitan menarik pengunjung laki-laki. Bagaimana cara menjual VCT kepada kaum laki-laki? Sebelum diputuskan, diskusikan lebih dahulu mengapa laki-laki tidak suka menggunakan layanan VCT

3. Menanyakan pada tiap kelompok jika masih ada pertanyaan dan mengingatkan mereka tentang kotak pertanyaan.
4. Meminta para peserta untuk melengkapi formulir evaluasi dan meletakkannya di kotak tempat pengumpulan formulir evaluasi.

Perpustakaan BNN

Peran VCT dalam Pencegahan dan layanan HIV

Module 1 Sub module 5/ PPT04



Tujuan

- Mendefinisikan tujuan dan sasaran VCT
- Mendiskusikan peningkatan efektivitas VCT vs tes wajib
- Mendiskusikan bukti peningkatan efektivitas tes dengan nama atau anonim
- Mendiskusikan bukti bahwa VCT mengurangi penularan HIV
- Mendiskusikan bukti bahwa VCT memfasilitasi perubahan perilaku klien
- Menghargai peran VCT dalam mengungkapkan status kepada pasangan

Tujuan VCT (1)

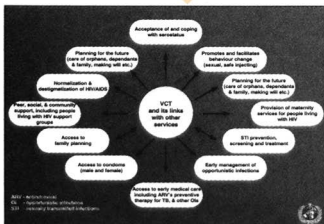
1. Pencegahan penularan HIV :

- Dari mereka dengan HIV (+) , HIV (-) atau pasangan yang tak di tes
- Dari Ibu HIV (+) ke anak.
- Dari mereka dengan HIV (+) ke mereka yang HIV (-) atau yang tak di tes



Tujuan VCT (2)

2. Mendorong ke layanan sedini mungkin :
 - Layanan medik.
Terapi ARV
Terapi dan prevensi infeksi oportunistik
Penularan ibu-anak
 - Keluarga Berencana
 - Layanan Emosi
 - Konseling untuk hidup positif
 - Dukungan sosial
 - Bantuan hukum dan perencanaan masa depan



Tes HIV

- ◆ Surveilans - epidemiologi.
- ◆ Pemeriksaan darah - Pastikan kualitas dan keamanan darah & produknya
- ◆ Individu - tes sukarela untuk mengetahui status seseorang
- ◆ Tes diagnostik - manajemen klinis



Sukarela versus Wajib sebagai Strategi Kesehatan Masyarakat

- ◆ Tak ada bukti bahwa tes wajib menguntungkan
- ◆ Terbukti pendekatan melalui VCT merupakan strategi kesehatan masyarakat yang efektif



United Nations Policy

Tes HIV didasarkan atas kebutuhan, setelah klien memahami perlunya tes melalui VCT, dan pemahaman itu tertuang dalam *informed consent*

Tes HIV selalu merupakan keputusan klien, tertuang dalam *individual's informed*



"Informed Consent"

- ◆ Berdasarkan prinsip hak otonomi diri akan apa yang terjadi pada dirinya
- ◆ *Consent* adalah ketika dua atau lebih orang setuju akan sesuatu dengan persepsi yang sama
- ◆ Adanya kesetaraan antara petugas kesehatan dan pasien
- ◆ *Consent* yang valid didahului dengan informasi faktual, dan informasi harus dimengerti ~ serta relasi setara



Informed Consent (2)

- ◆ Informasi yang perlu disampaikan - risiko, keuntungan, alternatif, (variasi tergantung konteks, yurisdiksi dsb.).
- ◆ Informasi diberikan guna memberdayakan pasien, memastikan partisipasinya, dan ketaatan



Apakah konseling dalam VCT?

"Dialog *rahasia* antara seseorang dan petugas kesehatan, bertujuan memungkinkan orang tersebut mengatasi stres dan membuat keputusan pribadi berkaitan dengan HIV/AIDS"

Proses konseling termasuk evaluasi risiko personal akan penularan HIV & memfasilitasi perilaku kurang berisiko."



Tujuan VCT (3)

Masyarakat

- Normalisasi HIV.
- Tantangan stigma.
- Meningkatkan kesadaran
- Mendukung hak azasi



Apa keuntungan pencatatan VCT ?

- ◆ VCT mengurangi perilaku berisiko, terutama mereka yang HIV (+)
- ◆ VCT membantu seseorang mampu memutuskan tes dan menghadapi hasilnya
- ◆ VCT membantu status HIV diungkapkan kepada keluarga atau mereka yang dicintai
- ◆ VCT memberikan akses dukungan masyarakat, materi dan layanan psikososial



Rancangan studi efektivitas VCT

- Multi-centre trial acak : 1995 – 1997.
- Tiga tempat : Kenya (N=1515), Tanzania (N=1427) & Trinidad (N=1357).
- Penerimaan VCT (N=2152) atau informasi kesehatan acak (N=2141).



Rancangan studi efektivitas VCT

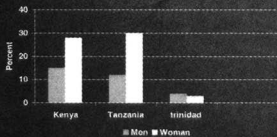
- Telusuri dan wawancara pada bulan ke 6 dan 12
- Lakukan VCT pada bulan ke 6 kepada mereka yang berisiko tinggi sehingga semua kelompok mendapatkan VCT



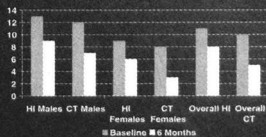
Seks tak aman dengan bukan pasangan utama menurun secara nyata pada mereka yang mendapat VCT



Prevalensi HIV pada mereka yang mengikuti Konseling & Tes



Seks tak aman dengan PSK menurun secara nyata pada mereka yang mendapat VCT



VCT merupakan kesempatan baik menyampaikan informasi kepada masyarakat dalam program pencegahan

Riset Perilaku

- Praktek seks secara umum dan serokonversi misal seks oral.
- Perilaku berisiko pada subpopulasi rentan
- Faktor kontekstual kemampuan menurunkan perilaku berisiko dengan kebutuhan akan VCT
- Peningkatan tes sesudah konseling



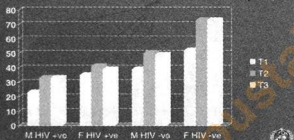
VCT & Pengungkapan

- ◆ VCT mendorong klien mengungkapkan statusnya secara etis sebagai strategi kesehatan masyarakat
- ◆ Konseling dapat membantu mengembangkan strategi pengungkapan status diri
- ◆ Terbukti bahwa pemngungkapan status secara sukarela oleh klien sangat efektif jika didukung oleh peraturan hukum kesehatan masyarakat



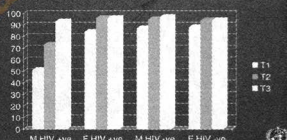
Pengungkapan Status HIV kepada Pasangan seksual dari waktu ke waktu

Kara Counselling, Lisaka, Zambia

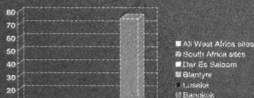


Pengungkapan Status HIV kepada "siapa pun" dari waktu ke waktu

Kara Counselling, Lusaka, Zambia



Pengungkapan sukarela kepada Pasangan yang mendorong pasangan untuk melakukan tes setelah intervensi PMTCT



VCT suatu Bukti

The **V** (voluntary) mendorong orang utk datang ke tempat pelayanan yang mungkin mereka ingin hindari.

• The **C** (counseling) merupakan sarana yang efektif daripada sekedar pemberian informasi kesehatan.

• The **T** (testing) - Test yang berkualitas yang dapat dilakukan dan hasilnya diperoleh pada hari yg sama adalah cost efektif dan akan meningkatkan kebutuhan VCT.



Studi Multi Centre : Biaya tepat guna

VCT : Cost Effective

Outcome	Tanzani	Kenya
Infeksi HIV yang dialihkan Per 10.000 orang	895	1104
Cost/HIV infection yang dialihkan	\$ 346	\$ 249
Penghematan Dana/DALY S	\$ 17.78	\$ 12.77



Keberadaan VCT pada tempat dengan Prevalensi Tinggi akan menyelamatkan banyak kehidupan

Di Amerika dana yang dialihkan dari 1 kasus infeksi HIV di ruang gawat darurat pada daerah prevalensi HIV 1% adalah sebesar \$60.000.

Negara	Investasi	Infeksi HIV yang dialihkan
USA	\$60,000	1
Tanzania	\$60,000	173
Kenya	\$60,000	241



Syarat keberhasilan penerapan VCT

- Pelatihan dan dukungan konselor yang realistik
- Pemasaran sosial dan penggerakan masyarakat.
- Jejaring rujukan dan dukungan layanan
- Fasilitas memadai – manajemen waktu, pribadi, informasi rahasia, aksesibilitas
- Monitoring dan evaluasi efektif dan bertanggung jawab



Kami memahami lebih banyak tantangan menjalankan VCT



Tantangan

- ◆ Negosiasi gender & seksual (Afrika Selatan, Rwanda, Zimbabwe, India):
 - Pengendalian perilaku seksual oleh laki-laki
 - Pengambilan keputusan ditangan laki-laki



Tantangan

- Pengambilan keputusan ditangan laki-laki
- ◆ Laki-laki perlu ikut program VCT (Botswana, Rwanda).
- ◆ Kualitas konseling (India, South Africa, Zambia, Namibia, Thailand, England).
- ◆ Akses ke VCT dan pengambilan hasil tes



Tantangan

- ◆ Membuat layanan VCT bersahabat
- ◆ Teknologi tes baru - *rapid tests*.
- ◆ Meningkatkan akses ke layanan
- ◆ Model konseling & VCT *cost effective* dg tetap mempertahankan etika :
 - Memberikan informasi kelompok
 - Menjangkau kelompok sasaran
 - Penjangkauan
 - Konseling telepon



Tantangan

- ◆ Memadukan model VCT sesuai dengan prevalensi
- ◆ Meluaskan layanan tanpa menurunkan kualitas
- ◆ Menemukan mekanisme monitoring dan evaluasi sesuai jangkauan dan berkualitas



Tantangan

- ◆ Perawatan untuk pengasuh klien :
 - Supervisi profesional
 - Dukungan
- ◆ Menemukan alat untuk mengenali biaya VCT sesungguhnya, & menutup biaya untuk perluasan layanan
- ◆ Mereduksi perihai yang berkaitan dengan stigma akan tes dan pengungkapan status di semua area yang terdapat prevalensi HIV



AKTIVITAS



Modul 1
Sub modul 5
Peran VCT dalam prevensi dan perawatan HIV¹

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Mendefinisikan tujuan dan sasaran VCT
- Mendiskusikan peningkatan efektivitas VCT dan tes wajib
- Mendiskusikan bukti untuk meningkatkan efektivitas anonim vs tes berbasis nama melalui VCT
- Mendiskusikan bukti pengurangan penularan HIV melalui VCT
- Mendiskusikan bukti bahwa VCT akan memfasilitasi perubahan perilaku klien
- Menghargai peran VCT dalam pengungkapan kepada pasangan

Tes HIV – Tes HIV dilakukan atas alasan dibawah ini.

Surveilans – Tes ini tidak bernama dan *unlinked serological testing* digunakan untuk mencari dan mengembangkan data epidemiologi guna penyusunan rencana membantu prevensi HIV.

Tes darah – Darah donor diuji saring untuk memastikan pemberian darah dan produknya yang aman.

Tes individual sukarela– Individu secara sukarela memilih di tes agar mengetahui status HIV dirinya

Tes untuk diagnosis – Adalah tes yang digunakan untuk memastikan diagnosis ketika klien sakit. Bentuk diagnosis seperti ini adalah bagian dari manajemen klinik. Bila demikian halnya harus sepengetahuan dan persetujuan klien. Konseling harus dilakukan sebelum tes dilaksanakan dan saat menunggu hasil tes .

Kebijakan United Nations VCT

VCT berbasis pada kebutuhan dan memerlukan *informed consent* dari orang yang akan di tes. Tes HIV harus selalu atas keputusan klien. UN tidak pernah mendukung tes wajib. Telah dibuktikan bahwa tes wajib tidak efektif.

Pentingnya pra kondisi untuk layanan VCT yang efektif.

Pendekatan layanan VCT bermacam-macam diberbagai tempat, namun syarat minimal haruslah dipenuhi agar etik dipenuhi dan tak merugikan.^{1,2,3,4} Prinsip persyaratan itu adalah:

¹ Dokumen ini disiapkan untuk WHO oleh Dr Rachel Baggeley dan diadaptasi untuk paket pelatihan ini oleh Kathleen Casey.

Informed consent

Konseling dan tes harus betul sukarela dan pribadi , ketika mereka tak mau tak dapat dipaksakan.

Direkomendasikan bahwa tes selalu didahului dengan konseling. Ketika klien tak mau konseling, cobalah menariknya dengan membicarakan isu penting yang disajikan dalam konseling pra-tes. Harus ditekankan bahwa pemberian informasi tidak dapat menggantikan fungsi konseling.

Penting bagi petugas kesehatan untuk memberikan informasi dalam pra-test . Informasi harus disampaikan sampai jelas dimengerti dan klien merasa mendapat keuntungan dari konseling. Idealnya, persetujuan tertulis harus dilakukan sebelum tes dilakukan. Ketika tes dilakukan dalam klinik anonim tanda tangan persetujuan dilakukan ditempat terpisah.

Kerahasiaan

Pemerintah perlu membangun perangkat hukum dan kebijakan infrastruktur untuk mendukung kerahasiaan konseling dan tes HIV, dan beberapa sanksi atas dilanggarnya peraturan.

Setiap pusat layanan VCT perlu mengembangkan kebijakan yang melindungi kerahasiaan klien. Setiap staf pada setiap lini perlu mengetahui kebijakan dan alasan eksistensi kebijakan ini. Ketika informasi perlu dibuka untuk kepentingan rujukan haruslah dimintakan persetujuan tertulis dari klien. Persetujuan ini berisi informasi spesifik , seperti bagian mana dari informasi yang tak boleh diberikan kepada siapa, dan bagian mana yang boleh serta kepada siapa. Meskipun ada keuntungan untuk memberikan status HIV, mereka yang akan di tes harus diyakinkan bahwa hasil tes bersifat rahasia. Risiko dan keuntungan perlu didiskusikan dan ditimbang.

Keputusan untuk boleh menyampaikan atau menyertakan orang lain dalam proses VCT ada ditangan klien. Tes anonim melindungi klien dari pengenalan identitas. Tes anonim menggunakan kode, tidak menggunakan nama klien, kode ini direkatkan pada catatan medik dan sampel darah. Pelaporan hasil tes HIV ke pusat pencatat data hendaklah dilakukan dengan sistem kode. Banyak negara yang melakukan hal seperti ini.

Edukasi hukum dan publik untuk mencegah diskriminasi

Program edukasi masyarakat , legislasi, dan kebijakan kesehatan masyarakat yang berpihak pada hak asasi manusia akan mampu menurunkan diskriminasi odha. Petugas kesehatan juga membutuhkan edukasi agar tak melakukan diskriminasi , dan semua layanan kesehatan harus mempunyai kebijakan yang melindungi pasien dari diskriminasi oleh petugas kesehatan. Terbatasnya orang yang dilayani VCT mungkin disebabkan oleh ketakutan diskriminasi. Ketakutan diskriminasi juga menurunkan minat klien untuk datang kembali mengambil hasil tes.

Kendali Kualitas (*Quality control*)

Kualitas tes dan konseling harus dipastikan baik dengan cara dipantau dan dievaluasi menggunakan alat yang tepat dan merupakan komponen perencanaan dari intervensi. Konselor dan petugas kesehatan yang melayani VCT harus mengikuti pelatihan dan supervisi klinik yang cukup agar kualitas pelayanan dipastikan terjaga.

Komponen konseling VCT

Konseling merupakan dialog rahasia antara seseorang dan pemberi layanan bertujuan membuat orang tersebut mampu menyesuaikan diri dengan stres dan membuat keputusan yang sesuai berkaitan dengan HIV/AIDS. Proses konseling termasuk evaluasi risiko personal transmisi HIV dan memfasilitasi perilaku pencegahan.⁵

VCT digunakan untuk melakukan setiap intervensi, minimum terdiri atas konseling pre dan pasca tes HIV, dan banyak layanan VCT juga menyediakan konseling berkelanjutan jangka panjang dan konseling dukungan.

Alasan VCT

1. Pencegahan HIV

Konseling dan tes sukarela HIV berkualitas tinggi merupakan komponen efektif (juga efektif dari sudut biaya) pendekatan pencegahan, yang mempromosikan perubahan perilaku seksual dalam menurunkan penularan HIV.⁶ Mereka yang menggunakan jasa layanan VCT didalam dirinya ada perasaan yang kuat tentang tata nilai, aktivitas seksual, dan diagnosis (apakah positif atau negatif) dan seringkali mereka betul-betul menurunkan perilaku beresikonya.⁷ VCT menawarkan kepada para pasangan untuk mencari tahu status HIV dan perencanaan hidup mereka yang berkaitan dengan hal tersebut. UN juga menyediakan model untuk membantu konselor menatalaksana situasi dimana pasangan menolak pengungkapan statusnya. Konseling dapat membantu menurunkan penularan HIV diantara pasangan *serodiscordant*.⁸⁻⁹ Meskipun banyak contoh layanan VCT berkualitas tinggi di negara berkembang, namun jumlahnya masih dalam skala kecil, sehingga tidak dapat melayani banyak orang, terutama di negara yang prevalensinya tinggi di negara berkembang.

2. Pintu masuk menuju terapi dan perawatan

VCT telah terbukti sangatlah bernilai tinggi dalam hal merupakan pintu gerbang menuju pelayanan medis dan dukungan sesuai yang dibutuhkan.^{10,11} Dengan perkembangan intervensi yang aman dan efektif untuk pencegahan penularan HIV ibu-anak, penerapan layanan nasional VCT menjadi lebih utama di banyak negara. Diharapkan tersedia layanan terapi yang luas, layak, terjangkau, efektif (termasuk ARV kombinasi) juga harus disiapkan lebih matang dimasa datang. Akses VCT penting untuk memastikan keamanan dan efektivitas dari semua intervensi.

VCT sudah mendesak untuk dipandang sebagai penghormatan atas hak asasi manusia dari sisi kesehatan masyarakat, karena infeksi HIV merupakan hal serius yang mempunyai dampak kesehatan dan kesejahteraan masyarakat demikian luasnya, termasuk kesehatan reproduktif, kehidupan seksual dan keluarga, kehidupan sosial dan produktivitas di masyarakat dalam jangka panjang.

VCT merupakan komponen kunci dalam program HIV di negara maju, tetapi sampai kini belum merupakan strategi besar di negara berkembang.¹² Pencegahan HIV dan perbaikan akses kepada layanan VCT telah mulai dikembangkan dan ditingkatkan, terutama di daerah Afrika sub Sahara. Banyak negara secara bertahap membangun layanan VCT sebagai bagian dari layanan kesehatan dasar.¹³ Misalnya di daerah Afrika Sub Sahara, akses ke layanan, konseling dan dukungan HIV, IMS, merupakan satu dari 10 prioritas kesehatan nasional.

Kebutuhan untuk meningkatkan VCT

Berbagai alasan seperti keadaan diatas dan baru dikembangkannya layanan, membuat sedikit orang yang tahu status HIV nya (mendekati 5% dari populasi dunia). Kebutuhan ini meningkat terus, perhatian kepada pencegahan harus ditingkatkan dan memasukkan layanan ini dalam sistem layanan kesehatan. Penjangkauan yang rendah merupakan karakteristik daerah sub-Sahara Africa¹⁴, dan perluasan layanan VCT mengikuti pola yang sama seperti program pencegahan dan perawatan HIV lainnya – bertahap, selapis demi selapis, dan seringkali mengatur kembali layanan yang tak terencana. Jika pendekatan ini berlanjut, akses VCT berkualitas akan tetap terbatas.

Kini United Nations *Declaration of Commitment on HIV/AIDS* berisi komitmen untuk cepat meningkatkan layanan VCT secara umum¹⁵, dengan penekanan khusus pada percepatan akses ke intervensi PMTCT¹⁶ dan terapi ARV, terdorong oleh pengembangan yang cepat VCT untuk memberi layanan sebagai pintu masuk intervensi ini.¹⁷ Konsultasi Internasional Teknis pertama *Voluntary Counselling and Testing (VCT)* diorganisasi oleh WHO dan UNAIDS di Harare, Zimbabwe bulan Juli 2001. Tujuan primer adalah untuk berbagi pengalaman dalam memberikan layanan VCT di semua wilayah. Tantangan dan

¹² Contoh Lesotho (dengan angka antenatal seroprevalence rate 25–35%) tak punya layanan VCT sama sekali. Kantor WHO Lesotho. *Personal communication*. 2001.

¹³ United Nations General Assembly Special Session. *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. June 2001, page 19: "...recognizing that care, support and treatment can contribute to effective prevention through an increased acceptance of **voluntary and confidential counselling and testing**, and by keeping people living with HIV/AIDS and vulnerable groups in close contact with health-care systems and facilitating their access to information, counselling and preventive supplies."

¹⁴ Ibid page 54: "by 2005, reduce the proportion of infants infected with HIV by 20 percent, and by 50 percent by 2010, by ensuring that 80 percent of pregnant women accessing antenatal care have information, counselling and other HIV-prevention services available to them, increasing the availability of and providing access for HIV-infected women, including **voluntary counselling and testing**, access to treatment, especially anti-retroviral therapy and, where appropriate, breast-milk substitutes and the provision of a continuum of care."

¹⁵ Ibid page 52: "by 2005, ensure: that a wide range of prevention programmes which take account of local circumstances, ethics and cultural values, is available in all countries, particularly the most affected countries, including information, education and communication, in languages most understood by communities and respectful of cultures, aimed at reducing risk-taking behaviour and encouraging responsible sexual behaviour, including abstinence and fidelity; expanded access to essential commodities, including male and female condoms and sterile injecting equipment; harm-reduction efforts related to drug use; **expanded access to voluntary and confidential counselling and testing**; safe blood supplies; and early and effective treatment of sexually transmissible infections."

keuntungan melakukan berbagai pendekatan layanan VCT untuk populasi yang berbeda juga digali, were also explored, juga keuntungan dan masalah mengintegrasikan layanan VCT dengan intervensi medis lainnya. Pengaruh politik dan dunia internasional sangat besar dalam mengembangkan dan meluaskan layanan VCT terutama di negara berkembang dengan prevalensi tinggi.

Perpustakaan BNN

Bukti bahwa VCT merupakan strategi efektif pencegahan dan perawatan HIV

Bukti bahwa mempromosikan layanan VCT amatlah penting terlihat di banyak negara di dunia dengan berbagai aktivitasnya. Contoh dibawah ini:

- Studi-studi menunjukkan bahwa VCT dapat **membantu orang mengubah perilaku seksual untuk pencegahan penularan HIV**⁴. Lebih lanjut, sebuah studi multi center di Afrika menunjukkan VCT dapat merupakan intervensi *cost-effective* untuk mencegah penularan HIV melalui hubungan seks¹⁵.
- Murah dan intervensi efektif telah tersedia untuk **pencegahan penularan HIV ibu-anak (PMTCT)**^{16,17,18,19,20,21}. Program ini sangat bergantung pada penjangkauan perempuan hamil dengan HIV, sehingga ibu-anak dapat meraih keuntungan dari intervensi ini. Kini banyak dikembangkan proyek, proyek percontohan dan program PMTCT nasional untuk perempuan hamil.
- **Peningkatan akses terapi dan rawatan untuk orang dengan HIV/AIDS (odha)= people living with HIV/AIDS (PLHA)** – profilaksis co-trimoxazole^{22,23} dan terapi pencegahan tuberculosis^{24,25} relatif murah dan mudah. Dengan memberikan layanan VCT terdapat penurunan morbiditas odha pada proyek tersebut diatas. Ketika ARV cukup terjangkau harganya, maka obat lebih efektif dan tersedia, dan status HIV perlu dipastikan sehingga akses terhadap VCT makin lebih penting. Beberapa negara telah menginisiasi pengadaan ARV bagi negaranya, dukungan politik ini akan membantu odha memperoleh akses obat lebih baik di negara berkembang.²⁶ Ketika ARV lebih mudah dijangkau maka di tempat dimana layanan VCT belum ada, segera tumbuh layanan VCT dan kebutuhan terhadap layanannya meningkat.
- **Reduksi stigma dan penyangkalan serta mempromosi promoting normalisasi** merupakan faktor besar dalam upaya pencegahan HIV, dan makin luas ketersediaan layanan VCT (meningkatnya orang yang sadar akan status HIV) makin besar kekuatan menuju tujuan.^{27,28} Di Uganda, *AIDS Information Centres* di Kampala dan dimanapun telah melakukan konseling dan tes sebanyak hampir setengah juta orang dan memberikan kontribusi besar dalam menurunkan infeksi HIV yang sekarang kita amati.²⁹ Di Thailand terbukti bahwa adanya layanan VCT merupakan komponen penting dalam menantang stigma dan pencegahan infeksi HIV.³⁰
- **Konseling sukarela HIV dan tes merupakan hak asasi** – dalam hal sulitnya seseorang memutuskan untuk berperilaku seksual sesuai dan anak untuk mengetahui status HIV nya, maka VCT merupakan hak dasar ke layanan kesehatan.
- **Pencegahan HIV bagi IDU (injecting drug users)** – di banyak negara pengguna narkoba suntik merupakan kontributor besar dibalik epidemi HIV. Jika tidak dilakukan program besar penanggulangan komprehensif narkoba yang terimplementasikan bersama VCT, maka dapat dibayangkan akan meningkatnya populasi yang terimbas HIV.
- **Teknologi tes HIV** – pemeriksaan HIV dengan cara cepat dan lebih murah telah tersedia. Ini mendorong layanan VCT lebih praktis dan ekonomis, dan orang banyak yang ingin tahu status HIV nya. Meski demikian, pada setiap tempat layanan VCT,

sistem perencanaan dan penganggaran memerlukan perhitungan ongkos pegawai, konseling dan pemeriksaan diagnostik.

VCT dan etik pemberitahuan kepada pasangan

Dalam konteks HIV/AIDS, UNAIDS dan WHO mendorong **pengungkapan menguntungkan** status HIV/AIDS.³¹ Pengungkapan bersifat sukarela, menghargai otonomi dan martabat individu yang terinfeksi; pertahankan kerahasiaan sejauh mungkin; menuju kepada hasil yang lebih menguntungkan individu, pasangan seksual dan injeksi bersama, dan keluarga; membawa keterbukaan lebih besar kepada masyarakat tentang HIV/AIDS; dan memenuhi etik sehingga memaksimalkan hubungan baik antara mereka yang terinfeksi dan tidak.

Dalam rangka mendorong pengungkapan yang menguntungkan, bentuk lingkungan yang membuat orang tertarik memeriksakan diri, dan menguatkan mereka untuk mengubah perilaku. Ini dapat dilakukan melalui : (1) lebih memaparkan layanan VCT; (2) menyediakan insentif agar layanan tes mempunyai akses lebih mudah ke layanan dukungan dan perawatan masyarakat, dan contoh hidup positif; dan (3) membuang disinsentif untuk tes dan pengungkapan melalui pencegahan orang dari stigma dan diskriminasi.

Meski epidemi telah berjalan lebih lima belas tahun dan prevalensi HIV sangat tinggi di masyarakat, HIV/AIDS terus menerus disangkal pada tingkat nasional, sosial dan individual; sangat di **stigmatisasi**; dan menyebabkan **diskriminasi** serius berbasis status HIV/AIDS. Banyak alasan mengapa stigma, penyangkalan, diskriminasi dan rahasia berada disekitar HIV/AIDS, dan akan berbeda dari budaya ke budaya. Pengungkapan kepada pasangan memerlukan strategi dengan mengintegrasikan komponen dalam program VCT dan merancangnya untuk membantu mengurangi penyangkalan, stigma, dan diskriminasi berkaitan dengan penyakit.

Syarat keberhasilan untuk sebuah layanan VCT

- Pelatihan realistis dan dukungan konselor
- Pemasaran kepada dan mobilisasi masyarakat
- Jejaring rujukan dan dukungan layanan
- Fasilitas memadai – penatalaksanaan informasi tentang waktu, pribadi, kerahasiaan, dan mudah dijangkau.
- Monitoring dan evaluasi efektif dan responsif

Tantangan *Public Health*

- Negosiasi gender dan seksual
- Pengambilan keputusan atas kendali laki-laki dalam VCT
- Pengambilan keputusan perilaku seksual dalam kendali laki-laki
- Laki-laki perlu masuk dalam layanan VCT (Botswana, Rwanda)
- Kualitas konseling
- Akses ke VCT dan pengambilan hasil
- Layanan VCT yang bersahabat bagi pemuda
- Teknologi tes yang baru – tes cepat
- Meningkatkan akses ke layanan

- Model layanan konseling dan VCT beretika yang terjangkau secara ekonomi
- Pemberian informasi berkelompok
- Layanan dengan target kelompok tertentu
- Penyediaan layanan VCT untuk daerah pedesaan
- Konseling telepon – penting untuk mereka yang lebih kurang bergerak atau di area yang layanan terbatas (rural)

References

- ¹ UNAIDS (1999) Prevention of HIV transmission from mother to child. *Strategic options* UNAIDS/40.E
- ² UNAIDS (2000) VCT Technical update. UNAIDS/WC 503.6
- ³ UNAIDS (1999) Counselling and voluntary counselling and HIV testing for pregnant women in high HIV prevalence countries. UNAIDS/44E
- ⁴ Voluntary counselling and testing for HIV infection in antenatal care: *Practical considerations for implementation*. HIS home page <http://www.who.org>
- ⁵ UNAIDS (2000) VCT Technical update. UNAIDS/WC 503.6
- ⁶ UNAIDS (2001) The impact of voluntary counselling and testing: A global review of the benefits and challenges. <http://www.unaids.org>
- ⁷ Voluntary HIV-1 counselling and testing efficacy study group (2000). Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomised trial. *Lancet* 356, 103-112
- ⁸ Kamenga M., Ryder R., Jingu M., Mbuyi N., Mbu L., Behets F., Brown C., Heyward W., (1991). Evidence of marked sexual behaviour change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling centre in Zaire. *AIDS* 5 61-67
- ⁹ OHCHR (1998) HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights Geneva
- ¹⁰ UNAIDS (2001) The impact of Voluntary Counselling and Testing: A global review of the benefits and challenges. <http://www.unaids.org> UNAIDS 01.32E
- ¹¹ Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study Group (2000). Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomised trial. *Lancet* 356, 103-11.
- ¹² De Zoysa, L., Phillips, K., Kamenga, M., O'Reilly, K. et al (1995) Role of HIV counselling and testing in changing risk behaviour in developing countries. *AIDS* 9(sup A), S95-101
- ¹³ Coovadia H., (2000) Access to voluntary counselling and testing for HIV in developing countries. *Annals of the New York Academy of Science* 918 57-63
- ¹⁴ UNAIDS (2001) The impact of voluntary counselling and testing. A global review of the benefits and challenges. <http://www.unaids.org>
- ¹⁵ The VCT efficacy study group (2000). Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomised trial. *Lancet* 356 103-12
- ¹⁶ Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA, et al. (1999) Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. *Lancet*; 353: 773-80
- ¹⁷ Centres for Disease Control and Prevention. (1998), Administration of zidovudine during late pregnancy to prevent perinatal HIV transmission -- Thailand 1996-1998, *MMWR* 47 151-153 and UNAIDS/WHO recommendations on the safe and effective use of short-course zidovudine for the prevention of mother-to-child transmission of HIV
- ¹⁸ Guay L et al.(1999) Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial. *Lancet*, 354: 795-802
- ¹⁹ Wiktor SZ, Ekpin E, Karon JM, et al. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial. *Lancet* 1999; 353: 781-5
- ²⁰ Dabis F, Msellati P, Meda N, et al. (1999) 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial. *Lancet*; 353: 786-92
- ²¹ Gray G, for the PETRA Trial Management Committee (2000) The Petra study: early and late efficacy of three short ZDV/3TC combination regimens to prevent mother-to-child transmission of HIV-1, Abstract LbOr5, 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, 9-14 July

- ²¹ Lallamant M, Le Coeur S, Kim S, *et al.* (2000) Perinatal HIV Prevention Trial (PHPT), Thailand: Simplified and shortened zidovudine prophylaxis regimens as efficacious as PACTG076, Abstract LbOr3, 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, 9-14 July
- ²² Wiktor S, Sassen-Morokro M., Grant A., *et al* (1999) Efficacy of trimethoprim-sulphamethoxazole prophylaxis to decrease morbidity and mortality in HIV-1 infected patients with tuberculosis in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised controlled trial. *The Lancet* 353 1469-1475
- ²³ Anglaret X., Chene G., Attia A., (1999) Early chemoprophylaxis with trimethoprim- sulphamethoxazole for HIV-1 infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised controlled trial. *The Lancet* 353 1463-1468
- ²⁴ Mwingwa A., Hosp M., & Godfrey-Faussett P., (1998) Twice weekly tuberculosis preventive therapy in HIV infection in Zambia. *AIDS* 12 2447-2457
- ²⁵ WHO/UNAIDS (1998) Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV. WHO/TB/98.255 UNAIDS/98.34
- ²⁶ Jordan B., Mbeki investigates declaring a national emergency on HIV/AIDS to secure cheap drugs Sunday Times 11.02.01
- ²⁷ De Cock K, Johnson A. From exceptionalism to nonnormalization: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing. *British Medical Journal*, 1998, 316: 290-293
- ²⁸ Godfrey-Fauseett P, Baggaley R. Exceptionalism in HIV, challenges for Africa too. *British Medical Journal*, 1998, 316: 1826
- ²⁹ UNAIDS (1999) Knowledge is power. Voluntary HIV counselling and testing in Uganda. UNAIDS/99.8E
- ³⁰ Lambouray J-L (2001) HIV and Health Care Reform in Phayao, From Crisis to Opportunity. UNAIDS Best Practice Publication [In press]
- ³¹ UNAIDS (2000) Opening Up the AIDS Epidemic. Geneva

Modul 1
Sub Modul 5
Lembar aktivitas 3

1. Peserta dibagi atas tiga kelompok dan masing-masing kelompok menunjuk juru bicaranya.
2. Setiap kelompok mempersiapkan diri selama 10 menit, kemudian presentasi di depan kelas selama 10 menit.

Kelompok 1 – Saudara diminta oleh manajemen rumah sakit untuk 10 menit mempresentasikan tentang pentingnya VCT di depan rapat dengan direktur. Direktur mengatakan tak ada alasan untuk melakukan konseling sebelum testing. Semua darah yang diambil dari pasien untuk pemeriksaan apapun, harus dilakukan tes HIV juga. Direktur mengatakan ia akan menyediakan brosur informasi kesehatan tentang HIV.

Kelompok 2 – Saudara diminta untuk memberi penjelasan ringkas kepada pihak biro iklan yang akan memasarkan VCT kepada masyarakat. Saudara memikirkan bagaimana caranya menerangkan kepada publik tentang VCT, dan mengapa mereka memerlukan VCT. Tekankan adanya unsur pribadi dan rahasia.

Kelompok 3 – Kebanyakan layanan VCT mempunyai kesulitan menarik pengunjung laki-laki. Bagaimana cara menjual VCT kepada kaum laki-laki? Sebelum diputuskan, diskusikan lebih dahulu mengapa laki-laki tidak suka menggunakan layanan VCT.

MODUL 2

VCT untuk HIV



BADAN NARKOTIKA NASIONAL
PUSAT LABORATORIUM dan REHABILITASI
2004

KONSELING

Perpustakaan BNI

MODUL 2
Sub Modul 1
VCT untuk HIV

MODUL 2
Sub modul 1
Orientasi konseling

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Memahami konseling
 - Membedakan konseling dengan edukasi kesehatan
 - Mendefinisikan konseling
 - Mendiskusikan tujuan dan manfaat konseling HIV/AIDS
 - Mendiskusikan proses konseling
-

Waktu yang dibutuhkan

1 jam 30 menit

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT05)
 - Lembar aktivitas (AS04 & AS05)
 - Naskah (HO05)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Isi

- Definisi konseling
 - Perbedaan antara konseling dan edukasi klien
 - Definisi konseling HIV/AIDS
 - Tujuan dan pentingnya konseling HIV/AIDS
 - Metoda dukungan
 - Tahap perubahan perilaku
-

Petunjuk sesi

1. Bukalah sesi dengan tayangan PowerPoint (PPT05).
2. Ketika sampai pada tayangan PowerPoint tentang definisi ajaklah peserta untuk curah pendapat lebih dahulu tentang konseling dan konseling HIV/AIDS.
3. Aktivitas (AS04)
 - Pada saat masuk dalam sesi, mintalah peserta memahami komitmennya tentang kegiatan olah raga mereka. Juga mintalah mereka mewawancarai peserta lainnya guna menemukan kebiasaan mereka.
 - Bagi peserta atas kelompok beranggotakan 4-5 orang untuk curah pendapat:
Apa yang membuat mereka bergerak dari level 1 ke level sekarang?
Apa yang membuat mereka mencapai level 5 (yakni berolahraga secara teratur)?
Untuk mereka yang berolahraga teratur (level 5), mintalah mereka berdiskusi tentang:

Apa yang membuat mereka sampai ke level 5?

Apa yang membuat mereka bertahan pada level ini?

- Berikan pokok-pokok kesimpulan dan lanjutkan memberikan informasi tentang faktor yang mempengaruhi perilaku.

4. Aktivitas **(AS05)**

- Tayangkan kasus Ratri.
- Mintalah peserta mendiskusikan masalah kasus tersebut
- Apa peran konselor ? Bagaimana saudara menyelesaikan masalah?
- Beri kesimpulan akan apa yang telah disampaikan dan mengapa konseling diperlukan serta apa definisi VCT.

5. Simpulkan seluruh sesi.

6. Selesaikan tayangan PowerPoint **(PPT05)**.

7. Tanyakan apakah masih ada pertanyaan dari kelompok dan pertanyaan tertulis dapat diletakkan dalam "kotak pertanyaan".

8. Mintalah peserta mengisi formulir evaluasi dan kemudian mengumpulkannya dalam "kotak formulir evaluasi"

Perpustakaan BNU

Orientasi pada konseling

Modul 2 Sub module 1/PP105



Tujuan

- Mendefinisikan konseling.
- Menerangkan perbedaan antara konseling dan edukasi klien
- Mendefinisikan konseling HIV/AIDS
- Mendiskusikan tujuan dan pentingnya konseling HIV/AIDS
- Mendiskusikan proses konseling



Latihan kebiasaan

- Jangan pikir kebiasaan itu penting
- Kebiasaan itu penting, namun tak perlu diubah
- Bersiap mengubah, namun tak pernah dimulai
- Olahraga dilakukan tak teratur
- Olahraga teratur selama 6 bulan terakhir



Kesimpulan

- Pengetahuan dan perilaku manusia sering tak sejalan.
- Faktor yang mempengaruhi :
Lingkungan : fisik, sosial
Proses internal : emosi, pikiran, motivasi



Curah pendapat definisi
KONSELING



Apakah konseling ?

- Proses membantu seseorang untuk belajar mencari solusi bagi masalah emosi, interpersonal dan pengambilan keputusan
- Membantu klien menolong diri sendiri
- Untuk individu/pasangan/keluarga



Tujuan Konseling

Membantu individu bertanggung jawab atas hidupnya dengan :

- Mengembangkan kemampuan pengambilan keputusan bijak dan rasional
- Menimbang setiap konsekuensi dan perilaku
- Memberikan informasi

Konseling

- Berfokus pada klien : spesifik pada kebutuhan, isu dan seputar klien sebagai individu
- Proses interaktif, kolaboratif, bertanggung jawab
- Menuju pada suatu tujuan.

Konseling

- Mengembangkan otonomi dan tanggung jawab diri pribadi klien.
- Mempertimbangkan situasi interpersonal, sosial/budaya, kesiapan untuk berubah
- Mengajukan pertanyaan, menyediakan informasi, mengulas opsi dan mengembangkan rencana tindakan

Konseling BUKAN ...

- Mengarahkan, menyarankan
- Menasehati
- Obrolan
- Interogasi
- Pengakuan
- Doa, harapan

Beda Konseling dengan Edukasi Kesehatan

KONSELING

Pada

Beranya tatap muka, proses seorang ke seorang atau kelompok kecil. Memungkinkan orang tua ikut pada konseling, maupun lain. Sasaran terfokus, yg tujuan individu dan spesifik. Focused, specific & goal oriented.

EDUKASI KESEHATAN

Tidak terfokus

Kelompok, kelompok besar. Semua orang. Tujuan umum.

Beda Konseling dengan Edukasi Kesehatan

KONSELING

Informasi digunakan untuk membantu dan melibatkan partisipasi individu.

Oriented pada isu

Obat-obatan, kebutuhan klien

EDUKASI KESEHATAN

Informasi digunakan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan.

Oriented pada isu

Oriented untuk kebutuhan masyarakat.

Curah Pendapat tentang pengertian KONSELING HIV/AIDS

Ratri

- Perempuan, 30 tahun, menikah dua tahun, mengunjungi ANC.
- Prates : Penyangkalan semua risiko perilaku
- Hasil tes : HIV antibodi positif.
- Melakukan hubungan seks dengan teman laki-laki 4 tahun yang lalu
- Tidak ingin mengungkapkan status seropositif.
- Status tak ingin diungkapkan kepada suami, takut ditolak suami

APA PERAN KONSELOR?

BAGAIMANA CARA MEMBANTU KLIEN ?

Apakah konseling HIV/AIDS?

- Konseling HIV/AIDS bersifat komunikasi rahasia antara klien dan petugas kesehatan bertujuan memungkinkan klien menghadapi stres dan menentukan pilihan pribadi berkaitan dengan HIV/AIDS.
- Proses konseling termasuk evaluasi risiko penularan HIV pribadi, memfasilitasi perubahan perilaku, dan evaluasi mekanisme coping ketika klien dihadapkan pada hasil tes (+/-)

Mengapa konseling HIV/AIDS penting?

- Konseling pencegahan dan perubahan perilaku guna mencegah penularan
- Diagnosis HIV mempunyai banyak dampak – psikologik, sosial, fisik dan spiritual.
- HIV merupakan penyakit yang mengancam kehidupan

VCT: pintu gerbang penting memasuki layanan dan pencegahan HIV



Proses Konseling

Membangun hubungan baik & membina kepercayaan

Definisi & pengertian peran, batasan dan kebutuhan

Proses dukungan konseling lanjutan

Menutup atau mengakhiri hubungan konseling



AKHIR sesi



Tujuan Konseling HIV/AIDS

Konseling HIV/AIDS merupakan proses dengan 3 tujuan umum :

1. Merupakan dukungan psikologik, misal dukungan emosi, psikologi, sosial, spiritual sehingga rasa sejahtera terbangun pada individu dan yang terinfeksi virus lainnya



Tujuan Konseling HIV/AIDS

2. Pencegahan penularan HIV melalui informasi tentang perilaku berisiko (seperti seks tak aman atau penggunaan alat suntik bersama) dan membantu orang untuk membangun ketrampilan pribadi yang penting untuk perubahan perilaku dan negosiasi praktek aman
3. Memastikan terapi efektif dengan penyelesaian masalah dan isu keputusan



Konselor mencapai tujuan dengan cara :

- Mengajak klien mengenali perasaannya dan mengungkapkannya
- Menggali opsi dan membantu klien membangun rencana tindak yang berkaitan dengan isu yang dihadapi
- Mendorong perubahan perilaku



Konselor mencapai tujuan dengan cara :

- Memberikan informasi pencegahan, terapi dan perawatan HIV/AIDS terkini.
- Memberikan informasi tentang institusi (pemerintah dan non pemerintah) yang dapat membantu di bidang sosial, ekonomi dan budaya
- Membantu orang untuk kontak dengan institusi diatas



Konselor mencapai tujuan dengan cara :

- Membantu klien mendapatkan dukungan dari sistem jejaring sosial, kaean dan keluarga
- Membantu klien melakukan penyesuaian dengan rasa duka dan kehilangan
- Melakukan peran advokasi- misal membantu melawan diskriminasi

Konselor mencapai tujuan dengan cara :

- Membantu individu mewaspadai hak hukumnya
- Membantu klien memelihara diri sepanjang hidupnya.
- Membantu klien menemukan arti hidupnya.

Konseling HIV/AIDS ditujukan pada kebutuhan fisik, sosial, psikologik & spritual individu

Pertimbangan :

- Problem infeksi dan penyakit
- Kematian dankehilangan
- Diskriminasi sosial
- Seksualitas.
- Gayahidup.
- Pencegahan penularan

Selain isu yang berkaitan langsung dengan HIV/AIDS, klien dapat menyajikan :

- Serangkaian isu tentang keadaan pra morbid atau tak langsung berkaitan dengan HIV.
- Kebutuhan terapi spesifik mis distungsi seksual , seranganpanik
- Isu terdahulu yang belum terselesaikan mis isu seksual, ketergantungan narkoba, keluarga

Metoda dukungan

- Edukasi Individual
- Penilaian kesejahteraan dan rujukan
- Advokasi klien,
- Membantu petugas medik
- Dukungan bagi odha dan lainnya yang bermakna bagi odha

Metoda dukungan

- Penilaian Neuropsikologik.
- Supervisi dan pelatihan.
- Riset.
- Edukasi.
- Pengembangan kebijakan dalam bidang kesehatan dan perencanaan masyarakat – Jejaring, pengembangan kebijakan dan advokasi klien.

Proses Konseling

Tahap satu

Membangun hubungan baik & membina kepercayaan

Definisi & pengertian peran, batasan dan kebutuhan

Proses dukungan konseling lanjutan

Tahap empat

Menutup atau mengakhiri hubungan konseling



Proses Konseling – tahap satu

Membangun hubungan baik & membina kepercayaan :

- Menjaga rahasia & mendiskusikan keterbatasan rahasia
- Melakukan ventilasi
- Mendorong ekspresi perasaan
- Menggali masalah, mendorong klien menceritakannya



Proses Konseling – tahap satu

Membangun hubungan baik & membina kepercayaan :

- Memperjelas harapan klien
- Mendeskripsikan apa yang konselor dapat lakukan dan cara kerja mereka
- Memberi pernyataan akan komitmen konselor bekerja bersama klien



Proses Konseling-tahap dua

Definisi & pengertian peran, batasan dan kebutuhan :

- Unggulkan peran dan batasan hubungan konseling
- Menetapkan dan memperjelas tujuan dan kebutuhan klien
- Menyusun prioritas tindakan kebutuhan klien
- Mengambil inisiatif rinci – menceritakan hal spesifik secara rinci
- Menggali keyakinan, pengetahuan dan kepribadian klien



Proses Konseling-tahap tiga

Proses dukungan konseling lanjutan :

- Meneruskan ekspresi perasaan/pikiran
- Mengidentifikasi opsi
- Mengidentifikasi ketrampilan penyesuaian diri yang telah ada
- Mengembangkan ketrampilan penyesuaian diri lebih lanjut



Proses Konseling-tahap tiga

Proses dukungan konseling lanjutan :

- Mengevaluasi opsi dan implikasinya
- Memungkinkan perubahan perilaku
- Mendukung dan menjaga kerjasama dalam masalah klien
- Monitoring perbaikan tujuan yang teridentifikasi
- Rujukan yang sesuai



Proses konseling-tahap empat (1)

Menutup atau mengakhiri relasi konseling :

- Klient bertindak sesuai rencana
- Klient merasa dan menyesuaikan diri dengan fungsi sehari-hari
- Eksistensi klien rukun dan dukungan yang akses
- Mendefinisikan strategi untuk memelihara hal yang sudah berubah baik



Proses konseling-tahap empat (2)

Menutup atau mengakhiri relasi konseling :

- Pengungkapan diri harus didiskusikan dan direncanakan
- Interval perjanjian diperpanjang
- Pengalihan dan pengalihan sumber daya dan dukungan yang tersedia
- Pastikan bahwa ketika ia membutuhkan, para konselor senantiasa bersedia membantu



Proses konseling-tahap empat

Menutup atau mengakhiri relasi konseling :

- Penutupan didiskusikan dan direncanakan
- Pastikan pertemuan makin lama makin panjang intervalnya
- Menyediakan sumber dan dukungan yang telah diberikan dan dapat diakses
- Pastikan klien dapat mengakses konselor jika ia memilih untuk kembali ketika membutuhkan



Modul 2
Sub modul 1
Orientasi kepada konseling

Tujuan

Peserta latih memahami :

- Mendefinisikan konseling
- Mendeskripsikan perbedaan antara konseling dan edukasi
- Mendefinisikan konseling HIV/AIDS
- Mendiskusikan tujuan dan pentingnya konseling HIV aims and importance of HIV/AIDS counselling
- Mendiskusikan proses konseling Discuss the counselling process

Apa yang dimaksud dengan Konseling?¹

Konseling merupakan proses membantu seseorang untuk belajar menyelesaikan masalah interpersonal, emosional dan memutuskan hal tertentu.

Peran seorang konselor adalah membantu klien

Konseling dapat dilakukan perorangan atau pasangan atau keluarga.

Tujuan konseling

Membantu setiap individu untuk berperan sendiri dalam hidupnya.:

- Membangun kemampuan untuk mengambil keputusan bijak dan realistik.
- Menuntun perilaku mereka dan mampu mengemban konsekuensinya
- Memberikan informasi

Konseling ADALAH

- Berfokus pada klien : spesifik atas kebutuhan, isu dan lingkungan setiap klien
- Proses timbal-balik, kerjasama, dan menghargai
- Menuju tujuan
- Membangun otonomi dan tanggung jawab diri terhadap klien
- Memperhatikan situasi interpersonal, sesuai sosial/budaya, kesiapan untuk berubah
- Mengajukan pertanyaan, menyediakan informasi, mengulas informasi, dan mengembangkan rencana aksi.

Konseling ADALAH BUKAN

- Berbicara atau mengarahkan
- Memberikan nasihat
- Obrolan
- Interogasi
- Pengakuan
- Doa

Ape beda konseling dan edukasi kesehatan ? ²

KONSELING	EDUKASI KESEHATAN
Rahasia	Tak selalu rahasia
Biasanya bertatap muka satu persatu, atau dalam kelompok kecil	Kelompok kecil atau besar
Membangkitkan emosi kuat baik pada konselor maupun klien	mengandung muatan emosi netral
Tertfokus , spesifik dan menuju target goal	Umum
Informasi digunakan untuk mengubah sikap dan memotivasi perubahan perilaku	Informasi digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan mendidik
Berorientasi pada isu	Orientasi pada isi
Berbasiskebutuhan klien	Berbasis kebutuhan kesehatan masyarakat

Apakah konseling HIV/AIDS?

Konseling HIV/AIDS merupakan komunikasi bersifat rahasia antara klien dan konselor bertujuan meningkatkan kemampuan menghadapi stres dan mengambil keputusan berkaitan dengan HIV/AIDS. Proses konseling termasuk evaluasi risiko personal penularan HIV, fasilitasi pencegahan perilaku dan evaluasi penyesuaian diri ketika klien menghadapi hasil tes positif . (World Health Organisation)

Mengape konseling HIV/AIDS penting?

- Konseling pencegahan dan perubahan perilaku dapat mencegah penularan
- Diagnosis HIV mempunyai banyak implikasi – psikologik, sosial, fisik, spiritual
- HIV penyakit yang mengancam kehidupan dan terapinya seumur hidup

Tujuan konseling HIV/AIDS

Konseling HIV/AIDS merupakan proses dengan tiga tujuan umum:

1. Menyediakan dukungan psikologik , misal dukungan yang berkaitan dengan kesejahteraan emosi, psikologik, sosial dan spiritual seseorang yang mengidap virus HIV atau virus lainnya.
2. Pencegahan penularan HIV dengan menyediakan informasi tentang perilaku berisiko (seperti seks aman atau penggunaan jarum bersama) dan membantu orang dalam mengembangkan ketrampilan pribadi yang diperlukan untuk perubahan perilaku dan negosiasi praktek lebih aman .
3. Memastikan efektivitas rujukan kesehatan, terapi, dan perawatan melalui pemecahan masalah kepatuhan berobat.

Konselor mencapai tujuan ini melalui:

- Memungkinkan orang untuk mengenali dan mengekspresikan perasaan. Biasanya mereka tak dapat melakukannya pada orang lain.
- Menggali opsi dan membantu klien membangun rencana tindak tentang isu yang dihadapi..

- Membangkitkan perubahan perilaku yang sesuai.
- Menyediakan informasi terkini tentang prevensi, terapi dan perawatan HIV/AIDS.
- Memberikan informasi tentang sumber dan institusi (baik pemerintah maupun non pemerintah) yang dapat membantu kesulitan sosial, ekonomi, dan budaya yang timbul berkaitan dengan HIV.
- Menolong menghubungi orang kontak institusi yang dapat membantu. Bagian dari tugas konselor adalah mempertahankan kesadaran dan komunikasi diri dengan semua institusi terkait di masyarakat. Harus ada izin dari klien sebelum melakukan rujukan kepada institusi luar.
- Membantu pasien memperoleh dukungan dari jejaring sosial, keluarga dan teman-teman mereka.
- Membantu klien menyesuaikan diri dengan keadaan yang terjadi saat ia mengalami sakit, berduka dan kehilangan suami, isteri, pasangan, kawan atau penghasilan, perumahan atau pekerjaan.
- Ambil peran advokasi – misal membantu klien mengatasi diskriminasi
- Mengingatkan klien akan hak hukumnya
- Membantu klien mengendalikan hidup mereka
- Membantu pasien untuk menemukan arti kehidupannya

Konseling HIV/AIDS terarah kepada kebutuhan fisik, sosial, psikologik dan spiritual seseorang.

Artinya kita harus mempertimbangkan:

- Masalah infeksi dan penyakit
- Kematian, kesedihan
- Diskriminasi sosial
- Seksualitas
- Gaya hidup
- Pencegahan penularan

Penting untuk dicatat bahwa ada isu tambahan yang langsung berkaitan dengan HIV, dan isu pra morbid lainnya atau tak berkaitan dengan HIV.

Terapi spesifik mungkin dibutuhkan untuk membantu klien dengan gangguan pra morbid atau gangguan psikitarik seperti gangguan manik depresif , atau problem spesifik dalam perkawinan seperti disfungsi seksual, gangguan tidur, serangan panik dll.

HIV dapat mengaktifkan masalah dalam diri klien dimasa lalu yang mungkin belum terselesaikan seperti isu seksual, identitas seksual (homo atau bi seksual), perasaan berdosa atau malu bekerja sebagai pekerja seks komersial., ketergantungan napza atau masalah keluarga yang tidak berkaitan dengan HIV.

Metoda dukungan

1. **Edukasi individual** klien tentang perilaku seks aman. Gali dan lakukan pemecahan masalah akan kesulitan individu dalam mempraktekan perilaku lebih aman.
2. **Kesejahteraan** penilaian kesejahteraan dan rujukan termasuk kebutuhan akan berpenghasilan, perumahan, pekerjaan, pengasuhan anak, dan pengayoman lainnya (atas izin klien).

4. Advokasi klien

- a. Bantuan petugas penghubung memungkinkan petugas kesehatan memastikan klien telah atau belum mengunjungi fasilitas kesehatan yang diperlukan. Rujukan diperlukan klien ketika ia memerlukan penanganan masalah TB, IMS, KB, Kesejahteraan dan psikososial. Petugas penghubung dapat berasal dari pemerintah maupun LSM. (atas izin klien).
 - b. Membantu klien menanggapi isu diskriminatif dan pendokumentasian masalah hukum.
 - c. Pengembangan masyarakat terhadap perihal pekerjaan dan advokasi. Pastikan partisipasi konselor dalam berhubungan dengan institusi lain berkaitan dengan berbagai hal seperti perumahan, keamanan sosial, edukasi di sekolah dsb agar kebutuhan dan isu HIV diperetimbangkan oleh masyarakat luas dalam perencanaan .
4. **Bantuan staf medik** misal pemecahan masalah tentang buruknya kepatuhan berobat – klien percaya berdasarkan cerita orang bahwa penggunaan obat adalah racun atau pemah melihat temannya mati karena keracunan obat. Petugas kesehatan membantu klien memahami perilakunya kearah bunuh diri.
 5. **Dukungan psikologik kepada odha dan bermakna bagi lainnya**
Reaksi psikologik terhadap infeksi, status kesehatan berubah. Intervensi psikologik membantu klien dengan cara menangani gangguan mood sebagai akibat infeksi HIV atau gangguan psikologik seputar penyakit.

Wawancara klinik membantu diagnosis dan pengelolaan demensia serta gangguan neropsikiatrik yang berkaitan dengan AIDS, misal mania, psikosis, dan kondisi psikologik ko-morbid atau pra-morbid.

Dukungan keluarga, pasangan, teman sangat diperlukan mereka yang mempunyai isu HIV, namun mungkin sulit menyesuaikan diri dengan diagnosis pasangannya , memohon saran bagaimana memberi dukungan emosional kepada mereka yang HIV positif. Isu lainnya berkaitan dengan ketakutan melaksanakan kewajiban seksual terhadap pasangannya yang terinfeksi, marah kepada pasangan yang menjebakny kedalam risiko infeksi.

* Kelompok kerja, terapi kjeluarga, dan terapi bermain pada anak adalah metoda yang perlu dipertimbangkan

6. **Penilaian neuropsikologik** HIV dapat menyebabkan perubahan dalam sistem saraf pusat secara nyata, yang dapat mengganggu kondisi kognitif, psikiatrik dan nerologik. Rujuk kepada spesialis saraf dan atau psikotog klinis, psikiater, jika ada:
 - a. Diagnosis diferensial (belum pasti, atau meragukan diagnosis).

- b. Identifikasi dini (mereka yang kehilangan fungsi tertentu memerlukan tes psikologik ketika tidak ditemukan kelainan pada CT scan, MRI dsb).
- c. Kuantifikasi keparahan demensia.
- d. Dokumentasikan respon terapi.
- e. Memaparkan kompetensi mental untuk masalah legal, misal. Ragu menentukan, perwalian, pemilihan terapi dsb.

7. **Supervisi dan pelatihan**

Konselor perlu menyediakan dukungan emosional, membicarakan perasaannya pada kolega, dan supervisi kasus untuk digarap petugas kesehatan lainnya, fasilitator dan relawan kelompok sebaya

Konselor hendaknya senantiasa meningkatkan ketrampilan dan pengetahuan melalui pelatihan atau mencari informasi rujukan .

8. **Riset**

Konselor dapat menyumbangkan kemampuannya untuk program pencegahan dan terapi HIV dengan menjalankan riset perilaku dalam pelbagai area termasuk cara penularan, perilaku berisiko, seksualitas, menyesuaikan diri dan isu psikososial.

9. **Edukasi**

Bekerja untuk HIV memerlukan edukasi psikososial. Konselor dapat membantu dalam pelatihan medik dan perawat untuk peka akan kebutuhan psikososial pasien mereka. Pelatihan dapat ditawarkan pada berbagai bidang termasuk : meningkatkan komunikasi relasi dengan pasien , dan menjadi peka akan isu psikososial pasien.

Konselor dapat juga memberikan kontribusi meningkatkan kesadaran masyarakat akan kebutuhan psikososial odha dan dampak dari diskriminasi.

Dengan menggunakan riset perilaku konselor dapat juga membantu perencanaan program edukasi umum

10. **Perkembangan kebijakan dalam rencana kebijakan kesehatan dan masyarakat.**

Buat diri dapat diajak berpartisipasi dalam perencanaan untuk layanan Di Australia, konselor memberikan kontribusi untuk kebijakan dan perencanaan agar HIV masuk dalam pertimbangan agenda dan isu psikososial yang dipertimbangkan.

Pemerintah (contoh)	Non- pemerintahan /perusahaan swasta (contoh)
Kekuatan bertahan (kebijakan HIV) Pengembangan Penempatan kerja Perumahan Keamanan Sosial Kesehatan Migrasi dan Departemen Luar Negeri Polisi Layanan koreksional (penjara) Edukasi, sekolah, universitas	Institusi relawan mis Perawatan rumah Asuransi dan pensiun Kelompok dukungan sebaya Kebijakan institusi tempat kerja Perusahaan <i>Real estate</i> (layanan terhadap klien dengan HIV)

Layanan kanak-kanak (kesejahteraan) Badan Diskriminasi Peraturan Perundangan (tentang: HIV) Layanan kekerasan seksual Dewan perwalian – Secara hukum wajib seseorang yang inkompeten intelektual/ mental atau anak-anak dll.	
--	--

Proses konseling³

TAHAP SATU

Membangun hubungan baik dan meningkatkan kepercayaan klien

- Meyakinkan kerahasiaan dan mendiskusikan batas kerahasiaan
- Mengizinkan ventilasi
- Mengizinkan ekspresi perasaan klien
- Menggali masalah, meminta klien menceritakan kisah mereka
- Memperjelas harapan klien untuk konseling
- Menjelaskan apa yang dapat konselor tawarkan dan cara kerjanya
- Pernyataan dari konselor tentang komitmen mereka untuk bekerja bersama klien

TAHAP DUA

Definisi dan pemahaman peran, batasan dan kebutuhannya

- Mengemukakan peran dan batas dari hubungan dalam konseling
- Memaparkan dan mengkalifikasi goal dan kebutuhan klien
- Membantu mengurutkan prioritas goal dan kebutuhan klien
- Melakukan pengambilan riwayat rinci – menceritakan riwayat dalam detail spesifik
- Menggali keyakinan, pengetahuan dan perhatian klien

TAHAP TIGA

Proses konseling dukungan tindak lanjut

- Melanjutkan ekspresi pikiran dan perasaan
- Mengenali opsi
- Mengenali ketrampilan penyesuaian yang sudah
- Mengembangkan ketrampilan penyesuaian diri lebih lanjut
- Mengevaluasi opsi dan dampaknya
- Memungkinkan perubahan perilaku
- Mendukung dan mempertahankan bekerja dengan problem klien
- Memonitor perjalanan kemajuan menuju goal
- Renvana alternatif yang dibutuhkan
- Rujukan sesuai kebutuhan

TAHAP EMPAT

Menutup atau mengakhiri relasi

- Klien bertindak sesuai rencana
- Klien menatalaksana dan menyesuaikan diri dengan fungsi sehari-hari
- Sistem dukungan yang tersedia yang dapat diakses
- Kenali strategi untuk memelihara perubahan yang sudah terjadi
- Diskusi dan merencanakan pengungkapan
- Interval perjanjian diperpanjang

- Sumber dan rujukan yang tersedia dan diketahui serta dapat diakses
- Meyakinkan klien tentang opsi untuk kembali konseling sesuai kebutuhan

Rujukan

¹ Nelson-Jones R. (1988) Practical Counselling and Helping Skills: Helping Clients to Help Themselves. Holt, Rinehart and Winston: Sydney, pp. 13 - 35

² Ministry of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation, Government of India, HIV/AIDS Counselling Training Manual for Trainers

³ Adapted from: Ministry of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation, Government of India, HIV/AIDS Counselling Training Manual for Trainers, pp. 82-83 and Family Health International (2001), Zimbabwe HIV Counselling Training Manual, pp.49-51.

Perpustakaan BNN

Modul 2
Sub Modul 1
Lembar aktivitas 4

Latihan keblasaan

1. Komitmen saudara akan olahraga setiap hari adalah sebagai berikut :
 1. Tidak perlu
 2. Penting, tetapi tak dilakukan
 3. Direncanakan, tetapi belum dimulai
 4. Olahraga tak teratur
 5. Olahraga teratur selama 6 bulan ini
2. Lakukan wawancara pada peserta latih lainnya, cari olahraga kebiasaan mereka .
3. Bagi peserta atas kelompok terdiri dari 4-5 orang, lakukan curah pendapat dalam kelompok :
 - Apa yang membuat saudara bergerak dari level 1 ke level yang sekarang?
 - Apa yang membuat saudara mencapai level 5 , yakni berolahraga secara teratur?
 - Bagi mereka yang sampai ke level 5 diskusikan :
 - Apa yang membuat saudara berada di level 5 ?
 - Apa yang membantu mempertahankan kebiasaan olahraga saudara?

Modul 2
Sub Modul 1
Lembar aktivitas 5

Ratri, perempuan, 30 tahun, menikah, mempunyai anak berumur 2 tahun. Ia datang ke KIA guna memeriksakan kehamilannya. Selama proses konseling pre tes ia menyangkal semua perilaku berisiko. Hasil tes antibodi HIV menunjukkan positif. Ia mengatakan bahwa 4 tahun yang lalu ia berhubungan intim dengan kawan laki-lakinya. Ia tidak akan mengungkapkan status HIV positifnya kepada suaminya dan ia takut ditolak suami.

1. Diskusikan masalah Ratri.
2. Apa peran konselor?
3. Bagaimana saudara membantu mengatasi masalahnya?

Perpustakaan BNN

Tata Nilai dan Sikap Konselor

Perpustakaan BNN

MODUL 2
Sub Modul 2
VCT untuk HIV

MODUL 2
Sub modul 2
Tata nilai dan sikap konselor

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Memahami perlunya kesadaran akan diri sendiri
 - Memahami bahwa setiap orang mempunyai tata nilainya sendiri
 - Memahami perlunya konselor menghargai budaya, ras, religi dan lain-lain klien.
 - Menjawab atau memodifikasi sikap yang akan memberi dampak negatif pada relasi konselor-klien.
 - Memahami pentingnya menjaga kerahasiaan dalam menjalankan konseling
-

Waktu yang dibutuhkan

2 jam

Materi Pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT06)
 - Lembar aktifitas (AS06, AS07, AS08 & AS09)
 - Naskah (HO6)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Isi

- Perangkat konselor yang efektif
 - Dampak tata nilai dan sikap konselor kepada klien
 - Kerahasiaan dalam konseling
 - Mengelola situasi klien yang tak nyaman
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Berikan informasi dengan tayangan PowerPoint (PPT06). Ajak peserta berperan aktif sepanjang sesi sesuai tayangan.
2. Aktivitas curah pendapat. Kualitas dan perangkat dari konselor yang baik – 10 menit
 - Mintalah peserta melihat kembali naskah HO6.
 - Mintalah peserta curah pendapat akan pendapat mereka tentang kualitas konselor yang baik.
 - Selama diskusi berlangsung catatlah apa yang dikatakan
 - Fasilitator harus mencoba menggali peserta untuk sebanyak mungkin mengungkapkan kualitas konselor yang baik. Setelah selesai, urutlah daftar yang ditulis dan diskusikan, tambahkan kualitas yang mungkin belum diungkapkan peserta.
3. Aktivitas (AS06). Tata nilai – 10 menit
 - Gunakan naskah AS06, mintalah peserta mengurutkan butir dalam daftar sesuai ranking.
 - Catatan: angka ranking dari 1-7, 1 sangat penting kemudian 7 paling kurang penting.
 - Bagi peserta atas kelompok kecil dan mintalah mereka mendiskusikan mengapa mereka memilih mengurutkan ranking seperti diatas.
 - Tekankan perbedaan dalam kelompok disebabkan karena tata nilai yang berbeda.

4. Aktivitas (**AS07**). Pernyataan kontroversial – 15 menit
 - Minta peserta tetap berada dalam kelompok kecil.
 - Gunkan **AS07**, mintalah peserta ,mengisi ruang kosong/titik-titik dengan S untuk setuju dan TS untuk tidak setuju.
 - Mintalah peserta mendiskusikan perbedaan yang terungkap dalam kelompok.
 - Tekankan perbedaan yang terefleksikan dalam kelompok tentang tatanilai, sikap dan keyakinan.
5. Aktivitas (**AS08**). Daftar kata – 15 menit
 - Mintalah peserta tetap berada dalam kelompok kecil.
 - Gunakan **AS08**, mintalah peserta secara spontan menjawab apa yang tertera dalam daftar . Tuliskan kata yang merefleksikan respon emosi spontan tanpa dipikir, terhadap kata yang tertulis. Misal, dua kata tentang seks, mungkin : 1. Menyenangkan 2. Tak bermoral.
 - Mintalah peserta mendiskusikan perbdaan pendapat dalam kelompoknya.
 - Jika waktu tersedia – Fasilitator dapat menggunakan seluruh lembar aktivitas untuk didiskusikan, jika waktu terbatas ambil selembor kertas peserta secara random, baca dengan suara keras di depan kelas dan diskusikan hal tersebut apakah positif atau negatif pernyataannya. Semua peserta hendaklah mendapat giliran mengungkapkan pendapatnya atas kata-kata tertulis tersebut. Pelatih menulis respon dan mengamati dan memberikan kesimpulan akan aktivitas kelompok yakni bagaimana emosi mereka menjawab dan menerima. Waktu 30 menit.
6. Aktivitas (**AS09**). Menegloia perasaan tak nyaman – 20 menit
 - Mintalah peserta melihat naskah **HO6**.
 - Berikan informasi tentang penyebab perasaan tak nyaman, tekankan fakta bahwa setiap orang mempunyai sudut pandang yang berbeda dalam suatu situasi.
 - Ungkapkan mengapa satu situasi dipandang dengan cara yang berbeda.
 - Gambarkan konsep menggunakan isu umum seperti ketika seseorang melihat seekor anjing, maka ia akan ketakutan atau senang menemukan anjing.
 - Mintalah peserta merujuk **AS09**.
 - Mintalah peserta melengkapi aktivitas mempertimbangkan suasana tak nyaman dari seorang klien. Mintalah mereka membayangkan pengalaman seperti situasi tak menyenangkan tersebut dan jawablah pertanyaan dalam lembar aktivitas..
 - Sesudah membuat catatan pada setiap pertanyaan , mintalah peserta mendiskusikan pengalaman mengerjakannya dengan pasangan dalam kelompok
7. Tanyakan apakah masih ada pertanyaan dari kelompok dan pertanyaan tertulis dapat diletakkan dalam "kotak pertanyaan".
8. Mintalah peserta mengisi formulir evaluasi dan kemudian mengumpulkannya dalam "kotak formulir evaluasi"

Tata nilai dan sikap Konselor

Module 2 Sub module 2/PPT06

Tujuan

- Memahami pentingnya mewaspadai tatanilai konselor.
- Memahami setiap orang mempunyai tatanilai yang berbeda.
- Memahami bahwa konselor harus menghargai tatanilai klien berkaitan dengan budaya, ras, agama, dsb.
- Memahami bahwa tatanilai konselor dapat memberi dampak negatif pada hubungan konselor-klien.
- Memahami perlunya mempertahankan kerahasiaan dalam melakukan konseling.

Aktivitas Curah Pendapat

Curah pendapat apa yang menentukan kualitas baik konselor ?

Konselor berkualitas baik

Konselor berkualitas baik

- Tulus.
- Mendengarkan aktif.
- Positif menghargai
- Mempercayai klien

Konselor berkualitas baik

- Peka budaya.
- Membantu klien berpikir berbagai alternatif.
- Mengenali keterbatasan diri dan mampu merujuk.
- Sabar.
- Tidak menghambat ekspresi perasaan klien.

Konselor berkualitas baik

- Tak menghakimi
- Terkendali.
- Empati.
- Berpengetahuan.

Kerahasiaan Unsur Penting

- Apapun yang dibicarakan pada konselor harus dirahasiakan.
- Jangan terperangkap dalam gosip, karena menurunkan kredibilitas.
- Juga akan menimbulkan tekanan pada orang yang bekerja dengan anda.

Sikap, Tata Nilai dan Keyakinan

Sikap, Tata Nilai dan Keyakinan

- Setiap kita dipengaruhi oleh sosial-budaya dalam perkembangan dan kematangan hidup.
- Sosial dan budaya memberi kontribusi akan perkembangan sikap, tatanilai, keyakinan pribadi

Sikap, Tata Nilai dan Keyakinan

Sikap, Tata Nilai dan Keyakinan :

- Pedoman sehari-hari dari perilaku.
- Mempengaruhi interpretasi, eksplanasi dan respon suatu peristiwa.
- Spesifik untuk budaya tertentu.
- Bervariasi antara dan dalam negeri, kawasan dan kelompok.

Kewaspadaan Diri Konselor : Akan - Sikap, Tata Nilai dan Keyakinan

Activitas

- Tata Nilai.
- Pernyataan kontroversial.
- Daftar Kata.

Kewaspadaan Diri Konselor

Konselor perlu mengembangkan kewaspadaan diri akan sikap, tatanilai dan keyakinannya :

- Seberapa jauh mempengaruhi kehidupannya?
- Seberapa jauh mempengaruhi pekerjaannya?
- Bagaimana respon mereka ketika dihadapkan pada klien yang berbeda pendapat dengan mereka?

Peran Konselor

- Konselor dibutuhkan bekerja dengan orang dari bermacam latar belakang.
- Konselor perlu mengetahui dan menerima bahwa setiap orang mempunyai sikap, tatanilai dan keyakinan yang berbeda.
- Konseling bukanlah menekan orang untuk menganut standar tertentu

Peran Konselor

Konseling efektif memperhatikan dampak tatanilai, sikap dan budaya pada persepsi klien atas dunia ini.

- Konselor yang baik tidak memaksakan sikap, tatanilai dan keyakinannya mempengaruhi proses konseling.
- Kesulitan dan konflik yang terjadi antara konselor – klien akan sikap, tatanilai dan keyakinan harus diselesaikan melalui supervisi, konsultasi dari konselor berpengalaman, jika perlu dirujuk.

Kewaspadaan Diri Konselor Berkaitan Dengan HIV/AIDS

Kewaspadaan Diri

- Perbedaan latar belakang seseorang akan mempengaruhi sikap dan keyakinannya tentang berbagai hal termasuk HIV/AIDS.
- Konselor perlu peka akan dunia , budaya dan bagaimana klien mempersepsikan HIV/AIDS dalam dunia dan budayanya
- Konselor juga harus menggali nilai keyakinan klien tentang penyakit, infeksi HIV dan konseling.

Menatalakasana Perasaan Tidak Nyaman Konselor

Apa yang menyebabkan perasaan tak nyaman ?

Menatalaksana perasaan tak nyaman

Apa penyebab rasa tak nyaman?



LANGKAH POKOK untuk mengubah perasaan dan perilaku dengan mengubah cara pikir

1. Apa perasaan saya saat ini?
2. Apakah saya memasukkan dalam diri klien dan situasi dirinya?

LANGKAH POKOK untuk mengubah perasaan dan perilaku dengan mengubah cara pikir

3. Apa cara lain berpikir tentang hal ini ?
Tantang diri anda dengan pertanyaan :
"Bagaimana saya mengetahui hal ini ?"
"Adakah opsi atau keterangan lain mengenai hal ini?"
4. Buat apa saya disini? (Tujuan konseling).
5. Membagi perasaan dengan teman sejawat dengan tetap mempertahankan kerahasiaan

Perawatan Diri Konselor Setelah Menjalankan konseling

- Melepas stres
Aktif – melepas kelelahan fisik
Pasif – relaksasi meditasi
- Berbagai perasaan dengan kolega dan supervisor
(kerahasiaan tetap dijaga)

LANGKAH POKOK untuk mengubah perasaan dan perilaku dengan mengubah cara pikir

- Catat keberhasilan – tantang diri anda mencatat semua yang telah dicapai
- Menulis journal.
- Gunakan strategi perawatan diri lainnya.

Aktivitas

- Menatalaksana rasa ketidaknyamanan

Modul 2
Sub modul 2
Tata nilai dan sikap konselor

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Menghargai pentingnya kesadaran konselor akan tata nilai yang mereka anut
- Memahami bahwa setiap orang mempunyai tatanilai sendiri yang berbeda-beda
- Memahami bahwa konselor dan klien perlu saling menghargai dalam budaya, ras, kepercayaan dsb
- Memahami dan mengubah sikap negatifnya agar hubungan konselor-klien berjalan baik
- Memahami pentingnya mempertahankan kerahasiaan dalam melaksanakan konseling

Kualitas dan atribut konselor yang baik

Paling vital adalah KERAHASIAAN. Apapun yang disampaikan klien pada konselor senantiasa harus dijaga kerahasiaannya. Jangan sampai terperangkap gosip yang tak perlu. Kredibilitas konselor patut dan harus dipertahankan. Semua ini kalau dibuka akan menimbulkan tekanan tak menyenangkan bagi klien dan membuat seluruh proses konseling sia-sia.

Konselor yang efektif sangat menghargai klien, jaga jarak cukup untuk tidak memberikan rasa takut pada klien. Kualitas utama seorang konselor yang baik adalah :

- **Jujur.** Merupakan bagian dari proses komunikasi terpenting. Mereka yang jujur tak menyembunyikan kelicikan. Hubungan yang dilandasi kejujuran antara klien dan konselor adalah dasar dari keberhasilan konseling. Kejujuran akan terefleksikan melalui bahasa tubuh.
- **Mendengar aktif.** Dalam mendengarkan aktif, didalamnya terdapat unsur pesan verbal dan non verbal. Sebagai konselor, respon saudara sangat bergantung pada cara mendengarkan. Cara mendengarkan memainkan peran besar untuk klien dapat meneruskan atau menghentikan pembicaraannya. Hanya orang yang mendengar dengan aktif yang dapat melahirkan empati.
- **Memberi respon positif sepenuhnya.** Kepekaan, sikap menghargai, berkawan dan mempertimbangkan merupakan komponen efektif sebuah konseling. Menunjukkan kehangatan adalah dasar dari relasi.
- **Mempercayai klien.** Komunikasikan pada klien bahwa saudara mampu mempercayai mereka. Ketika konselor memahami klien, klien akan merasa nyaman.
- **Peka akan budaya.** Hargailah sistem budaya dan kepercayaan klien. Lahirkan penghargaan dan kepekaan akan budaya dan tradisi. Budaya menyatakan apa yang mereka harus dan cara apa yang mereka kerjakan. Hargai perbedaan, galilah keyakinannya, ajukan pertanyaan guna memperoleh peningkatan pemahaman dan optimisme bantuan.
- **Membantu klien dengan pelbagai alternatif.** Sediakan waktu dan bekerjalah bersama mereka untuk mempertimbangkan keuntungan dan kerugian dan

menerapkan setiap alternatif. Jangan ambil alih tanggung jawab permasalahan klien sebab ini akan menimbulkan ketergantungan dan perasaan tak berdaya.

- **Mengenal keterbatasan diri dan merujuk** mereka ke sumber yang lebih ahli jika dimungkinkan. Secara jujur katakan apa yang saudara memang tidak ketahui. Konselor perlu sadar akan masalah dalam dirinya dan mampu membatasi masalah dirinya ini agar tidak mempengaruhi jalannya konseling .
- **Sabar.** Sesuaikan irama saudara dengan klien, jangan mendorong mereka terlalu cepat. Pastikan ada waktu cukup untuk proses konseling. Ada beberapa isu yang mungkin sangat sensitif untuk dibicarakan dan ia masih belum pasti penuh kepercayaan konselor.
- **Jangan menghentikan kebebasan mengekspresikan perasaan** misal menangis, marah dsb. Ketika konselor terjebak keterbatasan waktu, muatan kerja yang besar, atau konselor sendiri terganggu keemasannya atas isu yang disampaikan klien, maka sangat mungkin ekspresi perasaan klien terhambat atau terhenti. Ketika konselor dalam keadaan seperti itu, hadapi klien lebih dahulu yang sudah berada di depan saudara, baru kemudian menghadapi pekerjaan atau klien lainnya. Bilaman konselor muncul keemasan atas ekspresi yang ditampilkan klien, tanyakan diri saudara apakah ada masalah anda sendiri yang belum terselesaikan ?
- **Tak menghakimi.** Perkataan salah dan benar hendaklah dihindari, konselor berada bersama klien untuk mendengarkan bukan menghakimi. Tunjukkan konselor dapat menerima klien .
- **Selalu mengendalikan diri.** Tetap pada fokus dan tidak berjalan ke area pembicaraan lainnya. Konselor harus senantiasa berada dalam proses, tidak terjebak pada isi dan menikmati cerita klien.
- **Empati.** Merupakan kemampuan melihat masalah seperti apa yang dilihat klien bersamaan dengan itu tetap obyektif mengamati apa yang terjadi dalam diri klien dan hubungan relasi dalam konseling.
- **Berpengetahuan.** Pengetahuan konselor senantiasa yang terkini dan akurat. Konselor perlu paham betul pada lapangan bermainnya dan sumber yang tersedia sebagai jejaring kerjanya di masyarakat dan *setting* yang tersedia.

Tabel 1: Kualitas konselor yang baik

Kualitas konselor yang baik	Hal yang harus dihindari konselor yang baik
Kualitas yang memungkinkan klien merasa aman dan percaya dalam eksplorasi diri adalah : • Percaya diri • Empati • Dapat menerima • Jujur • Dapat dipercaya • Dapat menyimpan rahasia • Kompeten	• Mendesak atau mengancam klien • Memberikan opini • Menghakimi klien atau gaya hidupnya • Mengatakan bahwa mereka 'mengerti' perasaan klien • Mendesakkan keyakinan konselor • Mengesampingkan problem yang disajikan klien • Minimalisasi problem klien • Menginterupsi • Mengambil alih tanggung jawab masalah dan keputusan klien • Memperkeruh suasana klien • Menggunakan kata "harus" dan "semestinya" • Menghambat emosi kuat

Sikap, tata nilai dan keyakinan

Kita semua dipengaruhi oleh masyarakat dan budaya didalam mana kita hidup, tumbuh berkembang dan matang.

Masyarakat dan budaya memberikan kontribusi akan perkembangan sikap, tata nilai dan keyakinan pribadi.

Sikap , tata nilai dan keyakinan kita:

- Merupakan pedoman perilaku kita dari hari ke hari
- Mempengaruhi interpretasi, pengungkapan dan respon kita terhadap setiap peristiwa
- Secara spesifik terikat budaya dimana kita berada
- Bervariasi pada setiap wilayah, negara, kelompok.¹

Kesadaran diri konselor: dalam sikap, tata nilai dan keyakinan

Konselor membutuhkan pengembangan kesadaran diri akan sikap , tata nilai, dan keyakinannya

Selanjutnya konselor harus mempertimbangkan dan memeriksa bagaimana sikap , tatanilai dan keyakinannya berdampak pada hidupnya dan secara khusus dalam melaksanakan pekerjaannya. Mereka membutuhkan pemahaman akan responnya ketika berhadapan dengan klien yang mempunyai perbedaan opini dengan diri mereka sendiri.

Konselor senantiasa akan bekerja dengan mereka yang berbeda latar belakang- ras, budaya dan kepercayaan. Konselor membutuhkan pengenalan dan penerimaan akan setiap orang yang berbeda atau mempunyai poitensi berbeda sikap, tata nilai dan keyakinannya.

Konseling BUKAN memaksa orang untuk menyetujui standar kehidupan tertentu. Konseling efektif harus memperhitungkan dampak tata nilai, sikap dan budaya yang mempengaruhi persepsi klien dalam memandang kehidupan dunia.²

Konselor yang baik tidak menyertakan sikap, tata nilai dan keyakinannya mempengaruhi proses konseling.

Kesulitan dan konflik sikap, tata nilai dan keyakinan klien-konselor dituangkan dalam supervisi, konsultasi pada konselor berpengalaman, dan jika perlu dirujuk.

Kesadaran diri konselor berkaitan dengan HIV/AIDS

Latar belakang setiap orang akan mempengaruhi cara pikir dan sikapnya tentang HIV/AIDS.

Konselor membutuhkan sensitivitas untuk memasuki dunia klien, budaya dan cara mereka menerima HIV/AIDS.

Konselor harus menggali melalui keyakinan klien tentang penyakit, infeksi dan konseling HIV.³

Pertanyaan yang harus dijawab konselor kepada dirinya sendiri:⁴

- Apa perasaan saya tentang seseorang yang menempatkan dirinya kedalam perilaku berisiko terinfeksi ?
- Apa perasaan saya tentang orang yang terinfeksi HIV atau AIDS ?
- Apakah saya takut, kritis, atau kebingungan ?
- Dalam hal infeksi masuk kedalam diri seseorang, apakah saya memandangnya sebagai manusiawi atau dosa kesalahannya sendiri?
- Praktek seksual apa yang sulit untuk saya bicarakan berkaitan dengan tatanilai pribadi dan budaya saya ?
- Bahasa sehari-hari/ 'gaul' apa yang saya gunakan, tak pernah saya gunakan, untuk mengutarakan praktek atau perilaku berisiko terutama kepada klien yang berbeda ras, budaya, cara praktek, atau yang lebih muda atau lebih tua dari saya?
- Dapatkah saya menjaga diri untuk tidak memasukkan tata nilai dan martabat diri saya kedalam latar belakang budaya klien yang mungkin akan berbeda dari pandangan hidup yang saya anut ?
- Bagaimana saya mengutarakan kebutuhan untuk berdiskusi tentang perilaku yang terlihat aneh atau menyimpang dari sosial atau budaya tertentu ?
- Dalam budaya ini, sampai sejauh mana saya siap menghadapi klien saat mereka memutuskan untuk melakukan dan mengambil tanggung jawab guna merawat dirinya sendiri ?
- Apakah saya akan menyertakan seseorang untuk mengambil keputusan jika mereka menerima sesuatu guna dilaksanakan, atau selalu saya ingin mengendalikannya?
- Seberapa jauh saya ingin mempengaruhi, mengendalikan atau mendominasi orang lain?
- Apakah ada tipe orang atau perilaku yang saya sangat tidak setuju sehingga saya tidak mungkin melakukan konseling sesuai kompetensi saya ?

Ketika terjadi konflik tata nilai pribadi dalam melaksanakan tugas, adalah tugas konselor menangani perasaan tak menyenangkan.

Respon emosi dan perilaku terhadap sesuatu dipengaruhi oleh cara pikir tentang situasi. Pikiran kita terkondisi dari keadaan sosial dan perilaku kita. Pikiran dan keyakinan kita dibangun dalam suatu kurun waktu dan dipengaruhi oleh pengalaman masa lampau, budaya, agama, pola asuh dan kawan sebaya. Dibawah ini dipaparkan diagramnya.

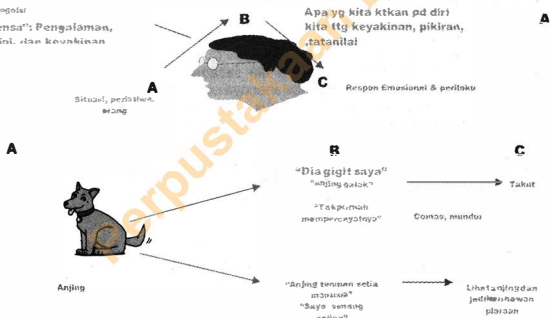
Dalam diagram terlihat dua orang melihat anjing yang sama, dan terlihat ada dua buah pikiran dan perilaku sebagai respon atas melihat anjing yang sama. Orang yang satu berespon hangat dan menyukai anjing tersebut karena menurut pengalamannya anjing adalah teman baik manusia dan tidak mengancam. Individu lainnya mempunyai pengalaman takut dan menjauh dari anjing sebab ia mempunyai pengalaman negatif langsung dan tidak langsung terhadap anjing. Anjing yang dilihat kedua orang itu adalah anjing yang sama-hanya pikiran para individu yang melihatnya berbeda.

Teori ini merupakan cara pikir *cognitive behavioural therapy (CBT)*. Teorinya adalah kita dapat mengubah respon emosi dan perilaku kita terhadap suatu situasi, orang maupun kejadian, dengan cara mengubah atau menantang pikiran kita. Idennya bukan mengubah sistem tatanilai inti tetapi lebih memodifikasi intensitas respon. Gunakan contoh diagram dibawah ini yang dapat memodifikasi pikiran menakutkan terhadap seekor anjing karena mempunyai pengalaman digigit anjing. Cara yang sama dapat digunakan untuk mengubah pikiran seseorang bahwa tak semua anjing dapat dijadikan binatang peliharaan, mengingat ada risikonya.

Penyebab tak suka?

Triad kognitif

"Lensa": Pengalaman, nilai, dan kemungkinan



LANGKAH POKOK untuk mengubah emosi dan perilaku kita dengan mengubah cara pikir kita

Seringkali konselor berhadapan dengan klien yang berbeda tata nilai nya dan membuat konselor berpotensi berespon negatif secara emosional dan perilaku. Efektivitas pekerjaan kita sangat dipengaruhi oleh kendali kuat emosi dan reaksi perilaku negatif terhadap klien dan situasinya. Kita tidak melakukan perubahan inti tata nilai kita, yang mungkin berbeda dengan klien, namun mengubah cara melihat

situasi. Dengan mengubah cara pikir, tentang situasi saudara dapat memodifikasi intensitas respon emosi dan perilaku, sehingga dapat mencapai goal konseling.

Berikut ini langkahnya:

1. Tanyakan diri saudara sendiri :, "Apa perasaanmu sekarang?"
2. Tanyakan diri sendiri, "Apa yang saya katakan pada diri saya tentang apa dan bagaimana situasi klien?"
3. Ikuti pertanyaan dibawah ini, "Bagaimana cara lain berpikir tentang hal ini?"

Tantangan pikiran saudara dengan pertanyaan seperti :

- "Bagaimana saya mengetahuinya?"
 - "Apa alasan yang mungkin membuat klien masuk dalam situasi atau perilaku sekarang ? misal kemiskinan, kekerasan pada anak dsb?"
 - "Apakah ada keterangan atau opsi lain?"
 - "Adakah cara lain memandang situasi ini?"
4. Buat apa saya disini ? (Tujuan konseling) Bagaimana cara terbaik mencapai tujuan?
 5. Curahkan pikiran saudara pada seorang kolega dan lakukan perawatan diri. Diskusikan situasi tentang perasaan saudara menghadapi situasi, saat itu dan sekarang. Diskusikan selengkapnyanya tanpa mengungkap identitas klien.

Perawatan diri konselor sesudah menjalankan tugas dengan klien

Konselor dapat bekerja dengan memberikan respon buruk ketika ia tidak menatalaksana stres nya sendiri. Bolos kerja, menghindari tugas dan penyakit kronis akan merupakan manifestasi dari stres konselor.

Ada dua tipe pelepas stres:

- ❑ Aktif – pelepasan fisik dengan aktivitas fisik. Ini terutama digunakan untuk menurunkan kemarahan dan frustrasi.
- ❑ Pasif – meditasi dan teknik relaksasi lain yang dapat membantu melepas kegugupan, kelelahan dan kesulitan tidur.

Strategi lain mengendalikan stres kerja adalah:

- ❑ Curahkan pikiran pada kolega atau penyelia (tetap merahasiakan klien)
- ❑ Selesaikan catatan keberhasilan – tantang diri saudara untuk mencatat keberhasilan saudara menyelesaikan tugas
- ❑ Menulis jurnal
- ❑ Gunakan strategi pemeliharaan diri sendiri lainnya

Aktivitas: Tata nilai⁵

Berikan nilai pada istilah dibawah ini sesuai dengan tata nilai saudara Pada kelompok kecil diskusikan alasan pemberian nilai tersebut. Nilai berkisar antara 1 sampai 7 , 1 sangat penting dan 7 paling kecil kepentingannya

Kesehatan _____

Kesenangan _____

Kebebasan _____

Sksualitas _____

Keluarga _____

Kendali _____

Karir _____

Aktivitas: Pernyataan kontroversial⁶

Isilah ruang kosong dibawah ini dengan S (setuju) dan TS (Tak Setuju)

1. _____ Perempuan terinfeksi HIV tak boleh punya anak
2. _____ Orang dengan HIV/AIDS tak boleh mendapat pekerjaan
3. _____ AIDS merupakan problem utama orang berperilaku tak bermoral
4. _____ Laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki adalah abnormal
5. _____ Orang yang terinfeksi HIV harus diasingkan untuk mencegah penularan lebih lanjut
6. _____ Merawat odha adalah tanggung jawab bersama
7. _____ Saya merasa taknyaman mengundang odha ke rumah
8. _____ Dokter bedah harus memeriksa HIV semua pasien yang akan dioperasi
9. _____ Saya sulit membicarakan perihal seks dengan lawan jenis
10. _____ Penggunaan narkoba melalui suntikan harus di tes HIV
11. _____ Boleh saja laki-laki berhubungan seks sebelum menikah
12. _____ Siswa tak boleh diberikan pendidikan seks
13. _____ Perempuan tak boleh berhubungan seks diluar nikah
14. _____ Semua pendonor darah profesional harus dipenjarakan
15. _____ Sulit bagi konselor laki-laki berbicara dengan klien perempuan tentang penggunaan kondom
16. _____ Perempuan hamil dengan HIV harus menggugurkan kandungannya
17. _____ Hasil tes HIV tidak boleh diungkapkan kepada pasangan
18. _____ Laki-laki harus mempunyai bukti tertulis bebas HIV sebelum menikah

19. _____ Perempuan dengan HIV/AIDS tak boleh menyusui anaknya
20. _____ Orang belum menikah tak boleh berhubungan seks

Perpustakaan BNN

Activitas: Daftar kata-kata⁷

Daftar kata dibawah ini akan memicu reaksi spontan saudara. Segera tuliskan dua respon emosional spontan yang terlintas ketika saudara dihadapkan pada kata tersebut, bukan mendeskripsikan atau menterjemahkan kata tersebut. Misal, saudara dihadapkan pada kata SEKS, maka respon spontan saudara mungkin: 1. Bersenang-senang; 2. Tak bermoral.

Pekerja seks	1. _____	2. _____
Donor darah profesional	1. _____	2. _____
Kehamilan	1. _____	2. _____
<i>Injecting drug users</i>	1. _____	2. _____
Remaja	1. _____	2. _____
Kondom	1. _____	2. _____
Infeksi Menular Seksual	1. _____	2. _____
Homoseksual	1. _____	2. _____
Masturbasi	1. _____	2. _____
Isteri	1. _____	2. _____
Teman laki-laki	1. _____	2. _____
AIDS	1. _____	2. _____
Supir truk	1. _____	2. _____
TB (tuberculosis)	1. _____	2. _____
Orgasme	1. _____	2. _____
Ereksi	1. _____	2. _____
Aborsi	1. _____	2. _____
Perkosaan	1. _____	2. _____
Pasangan seks multipel	1. _____	2. _____
Konselor	1. _____	2. _____

Aktivitas: Mengelola perasaan tak nyaman

- Peserta berpasangan. Setiap orang mendapat kesempatan berbagi pengalaman negatif secara bergantian.
 - Gunakan proses ini untuk melihat apakah beban perasaan negatif dapat berkurang dengan cara tersebut.
 - Pasangan saudara membawa saudara untuk berpikir dengan cara yang berbeda misal jika saudara mempunyai rasa amarah yang sangat ketika berhadapan dengan seorang laki-laki menikah yang melakukan hubungan seks dengan sesama laki-laki, maka perasaan marah ini diberi nilai dengan angka dari 1-10 (10 adalah angka tertinggi, berarti sangat marah). Dengan bantuan pasangan bermain saudara, tanyakan pada diri sendiri darimana sumber kemarahan tersebut. Kemudian cobalah melihat hal dibawah ini, ikuti langkah pertanyaan, jawablah. Sesudah selesai, ulang kembali penilaian kemarahan saudara dengan angka 1-10 dan amati apakah intensitas kemarahan berubah?.
1. Apa perasaan saya sekarang?
 2. Apa saya katakan pada diri saya tentang klien dan situasinya ?
 3. Apakah ada cara lain memikirkannya ? Tantang pikiran saudara dengan pertanyaan seperti: *"Bagaimana saya tahu hal itu?"*; *"Apakah ada pengungkapan lainnya atau opsi lain?"*; *"Apa cara lain memikirkan hal ini?"*
 4. Untuk apa saya disini ? (Tujuan konseling)
 5. Apakah ada cara untuk memperlakukan diri saya sendiri sesudah ini ?

Rujukan

- ¹ Ministry of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation, Government of India, HIV/AIDS Counselling Training Manual for Trainers
- ² Family Health International (2001) Zimbabwe HIV Counselling Training Manual
- ³ Family Health International (2001) Zimbabwe HIV Counselling Training Manual
- ⁴ Ministry of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation, Government of India, HIV/AIDS Counselling Training Manual for Trainers
- ⁵ Adapted from: Family Health International (2001) Zimbabwe HIV Counselling Training Manual
- ⁶ Adapted from: Ministry of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation, Government of India, HIV/AIDS Counselling Training Manual for Trainers
- ⁷ Adapted from: Ministry of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation, Government of India, HIV/AIDS Counselling Training Manual for Trainers

Modul 2

Sub Modul 2

Lembar aktivitas 7

Pernyataan kontroversi¹

Isilah garis kosong dibawah ini dengan S (setuju) atau TS (Tak Setuju).

1. ____ Perempuan terinfeksi HIV tak boleh punya anak
2. ____ Orang dengan AIDS diizinkan terus bekerja
3. ____ AIDS merupakan masalah utama mereka yang berperilaku tak bermoral
4. ____ Laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki merupakan perilaku seks tak normal
5. ____ Orang yang terinfeksi HIV harus diasingkan agar tak menularkan orang lain
6. ____ Adalah tanggung jawab kita bersama merawat orang dengan HIV/AIDS
7. ____ Saya merasa tak nyaman mengundang orang dengan HIV ke rumah saya
8. ____ Semua pasien yang akan menjalani prosedur bedah harus didahului dengan pemeriksaan darah HIV
9. ____ Saya merasa tak enak membicarakan masalah seksual dengan mereka yang berjenis kelamin tak sama
10. ____ Pengguna narkoba suntik (*Injecting drug users*) wajib di tes darah HIV
11. ____ Laki-laki boleh saja berhubungan seks sebelum menikah
12. ____ Siswa tak boleh diberi edukasi seksual
13. ____ Perempuan tidak diperkenankan melakukan hubungan seks diluar nikah
14. ____ Semua pendonor darah profesional harus dipenjarakan
15. ____ Sulit bagi konselor laki-laki berbincang soal kondom dengan klien perempuan
16. ____ Perempuan hamil terinfeksi HIV harus menggugurkan kandungannya
17. ____ Hasil tes HIV tak boleh diungkapkan kepada pasangan
18. ____ laki-laki mesti menunjukkan surat bebas HIV sebelum menikah

¹ Diadaptasi dari Departemen Kesehatan India, *National AIDS Control Organisation, Government of India. HIV/AIDS Counselling Training Manual for Trainers*

19. _____ Perempuan terinfeksi HIV harus memberikan ASI pada bayinya
20. _____ Lajang tak boleh berhubungan seks

Perpustakaan BNN

Modul 2

Sub Modul 2

Lembar aktivitas 8

Daftar kata-kata¹

Tuliskan dua kata-kata yang terpikir spontan mengenai kata yang tertera di kolom kiri. Langsung tuliskan, jangan berpikir panjang, ini lebih merefleksikan emosi daripada pemikiran. Misalnya respon spontan untuk seks : 1. kesenangan 2. tak bermoral

Pekerja seks	1. _____	2. _____
Pendonor darah profesional	1. _____	2. _____
Kehamilan	1. _____	2. _____
<i>Injecting drug users</i>	1. _____	2. _____
Remaja	1. _____	2. _____
Kondom	1. _____	2. _____
Infeksi Menular Seksual	1. _____	2. _____
Homoseksual	1. _____	2. _____
Masturbasi	1. _____	2. _____
Isteri	1. _____	2. _____
Pacar	1. _____	2. _____
AIDS	1. _____	2. _____
Supir truk	1. _____	2. _____
T B (tuberkulosa)	1. _____	2. _____
Orgasme	1. _____	2. _____
Ereksi	1. _____	2. _____
Aborsi	1. _____	2. _____
Perkosaan	1. _____	2. _____
Pasangan seks multipel	1. _____	2. _____
Konselor	1. _____	2. _____

¹ Adaptasi dari *Ministry of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation, Government of India. HIV/AIDS Counselling Training Manual for Trainers*

Modul 2

Sub Modul 2

Lembar aktivitas 9

Mengelola perasaan tak nyaman

- Bagi peserta atas pasangan. Setiap orang diminta menceritakan pengalaman tidak menyenangkan kepada teman yang menjadi pasangannya.
- Selama proses, dapatkan saudara membantu teman menurunkan rasa tidak nyamannya terhadap situasi yang diceriterakannya.
- Pasangan saudara mendorong saudara untuk melihat situasi dari sudut pandang lain, misal ketika saudara sangat marah, kemudian dihadapkan pada seorang laki-laki menikah melakukan hubungan seks dengan laki-laki lain, saudara merasa marah, nilailah kemarahan saudara dengan angka 1-10 dari sangat marah ke kurang marah. Dengan bantuan pasangan saudara, carilah sumber kemarahan tersebut.
- Cobalah untuk melihat masalah dengan mengikuti langkah berikut dibawah ini.
- Pada akhir aktivitas, hitung level kemarahan saudara dari 1-10 dan amati apa yang memodifikasi marah saudara.

1. Apa perasaan saya sekarang?

2. Apa yang saya katakan pada diri sendiri tentang klien atau situasinya ?

3. Apakah ada cara pikir lainnya tentang hal ini ? Tantang pikiran saudara dengan pertanyaan : "bagaimana saya mengetahuinya?"; "Apakah ada keterangan atau opsi lainnya?"; "Apa cara lain untuk melihat hal ini?"

4. Untuk apa saya disini ? (Tujuan konseling)

5. Perawatan diri apa yang dapat saya lakukan ?

Keterampilan Mikro Konseling

**MODUL 2
Sub Modul 3
VCT untuk HIV**

MODUL 2
Sub modul 3
Ketrampilan mikro konseling

Tujuan

Peserta mampu:

- Menunjukkan ketrampilan komunikasi efektif konselor dengan klien
-

Waktu yang dibutuhkan

3 jam

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT07)
 - Lembar aktivitas (AS10a, AS10b, AS11)
 - Naskah (HO7)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Isi

- Mendengarkan aktif
 - Mengajukan pertanyaan
 - Hening
 - Perilaku non-verbal
-

Petunjuk sesi

1. Bagilah peserta berpasangan (AS10a & AS10b).
 - Fasilitas menyediakan waktu seluruhnya 30 menit: 10 menit untuk menjelaskan aktivitas; 5 menit untuk aktivitas berpasangan; dan 15 menit untuk diskusi
 - Mintalah peserta melakukan aktivitas berpasangan
 - Satu orang menjadi konselor, sementara yang satu lagi menjadi klien.
 - Semua 'konselor' berkumpul pada tempat lain, kepada mereka diberikan petunjuk tentang 'konselor' (berikan salinan AS10a). Naskah salinan ini tidak boleh diperhatikan pada pasangannya (klien).
 - Semua 'klien' berkumpul pada tempat lain dan mendapatkan petunjuk bagaimana berperan sebagai klien. Kepada mereka diberi salinan AS10b.
 - Petunjuk bagi konselor :
 - Tugas saudara adalah menjadi 'konselor yang buruk'.
 - Mintalah klien untuk menceritakan keberhasilan yang dicapainya dalam hidup, yang membuat mereka bangga dan bahagia.
 - Begitu 'klien' mulai menjawab, tunjukkan bahwa saudara 'konselor bunik' dengan cara misalnya melihat jam tangan, mencari sesuatu di tas, menulis, menyisir rambut, berdandan, memainkan perhiasan, melihat-lihat ruangan, mencari sesuatu, berbicara dengan orang lain, menginterupsi cerita dengan cerita anda, ekspresi wajah tak menyenangkan, duduk dengan sikap tertutup, merasa tak senang, tak mendengarkan cerita 'klien', tidak bertanya apa-apa dsb
 - Jaga tampilan konseling anda seburuk mungkin.

- JANGAN katakan pada klien bahwa saudara sedang bertindak sebagai konselor buruk. Rahasiakan!. Semua kejadian akan diterangkan jika permainan telah usai.
 - Petunjuk bagi 'klien':
 - Tugas saudara berperan sebagai 'klien'.
 - Pikirkan kejadian dalam hidup saudara yang begitu menyenangkan, membanggakan..
 - Dalam lima menit saudara sampaikan diskusi tersebut.
 - 'konselor' akan mempraktekan ketrampilan konselingnya.
 - Carilah pasangan, dan lakukan peran saudara.
 - Peran dimainkan selama 3-5 menit- gunakan penilaian saudara dalam proses mengamati, apakah percakapan dapat berjalan atau berhenti..
 - Kumpulkan kembali peserta dalam kelas, tanyakan pada 'klien' aa yang mereka rasakan selama percakapan lima menit dengan 'konseior'.
 - Sampaikan bahwa 'konselor' sedang melaksanakan tugas melakukan konseling yang buruk. Dengan demikian dapat diketahui perlunya ketrampilan dasar komunikasi.
2. beri informasi dengan tayangan PowerPoint (PPT07). Selama presentasi buat kesempatan agar peserta berperan aktif .
3. Aktivitas kelompok: *Mendengarkan aktif*
- Hubungkan dengan kejadian dalam 'konseling' antara klien dengan konselor buruk
 - Mintalah peserta menunjukkan lebih lanjut contoh mendengarkan aktif.
4. Aktivitas (AS11): *Mengajukan pertanyaan*
- Mintalah peserta mengajukan pertanyaan dan menggolongkannya dalam pertanyaan tertutup/terbuka/mengarahkan.
 - Berikan informasi (PPT07) dengan berbagai jenis pertanyaan.
 - Berikan kepada peserta AS11. Berikan kesempatan beberapa menit untuk memahami daftar pertanyaan dan melingkari jawabannya apakah tertutup/terbuka/mengarahkan.
 - Ulangi sejenak dalam kelompok besar . Mintalah peserta membacakannya dengan jelas. Diskusikan jika perlu.
 - Rujuk pada petunjuk dibawah ini jika diperlukan :
 1. Saudara selalu menggunakan seks aman ? Ya bukan?
Tertutup dan mengarahkan
 2. Apa kesulitan menggunakan kondom ?
Terbuka
 3. Apakah saudara meminum obat ?
Tertutup
 4. Saudara harus memberitahukan isteri ? Ya bukan ?
Tertutup dan mengarahkan
 5. Bilamana saudara bertukar jarum suntik ?
Terbuka
 6. Apa yang saudar ketahui tentang HIV?
Terbuka
 7. Apakah saudara mengetahui cara penularan HIV?
Tertutup
 8. Apakah saudara melindungi diri dari penularan HIV ?
Tertutup
 9. Apa cara lain melindungi diri dari HIV ?
Terbuka
 10. Bagaimana cara membersihkan alat suntik saudara ?
Terbuka
 11. Apakah saudara pernah menerima transfusi darah ?
Tertutup
 12. Siapa yang dapat saudara ajak bicara untuk mendapatkan dukungan jika tes HIV saudara positif ?
Terbuka
5. Lanjutkan sesi (PPT07):
- Lakukan dan Jangan Lakukan dalam mengajukan pertanyaan.
 - Hening: Diskusikan pentingnya tetap nyaman dalam keheningan selama konseling

- Perilaku non-verbal Selama sesi ini buatlah contoh yang jelas
 - Fasilitator mecontohkan bahasa tubuh dan gambaran para linguistik komunikasi non verbal.
 - Pilihlah seorang ko-fasilitator atau peserta untuk menunjukkan contoh komunikasi non verbal seperti orientasi tubuh, jarak tubuh ketika berbicara dan cerminan diri.
 - Rujukan cepat
 - Bawalah peserta pada naskah tabel rujukan cepat pada kesimpulan **HO7**.
6. Aktivitas penutup berpasangan.
 - Fasilitator menyediakan waktu 30 menit : 5 menit untuk menerangkan aktivitas , 15 menit untuk bermain berpasangan; 10 menit untuk diskusi setelah permainan peran.
 - Mintalah peserta berpasangan seperti pada aktivitas pembukaan.
 - Ulangi permainan peran berpasangan dengan menggunakan ketrampilan yang telah didiskusikan pada pemberian materi.
 - Kumpulkan kembali peserta dalam kelompok besar dan mintalah mereka merefleksikan perbedaan antara aktivitas pembukaan dan penutupan.
 7. Simpulkan butir-butir utama dari sesi ini.
 8. Tanyakan peserta apakah masih ada hal yang ingin ditanyakan, pertanyaan tertulis dapat diletakkan dalam "kotak pertanyaan" yang tersedia.
 9. Minta peserta latih untuk melengkapi formulir dan meletakkannya dalam "kotak formulir evaluasi".

Ketrampilan mikro Konseling

Module 2 Sub module 3 / PPT07

Tujuan

Menunjukkan ketrampilan komunikasi efektif antara konselor-klien

Ketrampilan mikro-konseling merupakan inti komunikasi efektif dan mengembangkan relasi mendukung antara klien-konselor

Sebagai landasan konseling ketrampilan mikro-konseling yang harus dikembangkan termasuk :

- Mendengar dengan aktif
- Mengajukan pertanyaan
- Hening
- Perilaku non-verbal

Mendengar Aktif

- Kontak mata (tergantung budaya).
- Menunjukkan perhatian, misal mengangguk
- Menggali misal "Mm-hmm", "Ya".
- Minimalisasi penarikan perhatian : misal Televisi, telephone, bising.
- Jangan kerjakan hal lain selain konseling
- Perhatikan perasaan klien, misal 'nampaknya kamu sedih'.

Mendengar Aktif

- Jangan interupsi klien jika tidak perlu.
- Bertanyalah jika anda tak mengerti.
- Jangan ambil alih dengan cerita mengenai diri sendiri.
- Ulangi dengan kata sendiri apa yang telah klien sampaikan, agar klien tahu kita telah memahaminya (paraphrase, pantulkan perasaan, per jelas, simpulkan).

Mendengar Aktif

"Anda mengatakan....."

"Dengan kata lain,"

"Anda merasakarena"

"NampaknyaApa yang anda alami ?
Bagaimana pikiran anda tentang hal itu?"

"Saya rasa anda karena?"

"Kalau saya tidak salah..... Betul begitu ?"

"Dari pembicaraan tadi anda mengatakan"



Empati dan mendengar aktif

- *Paraphrasing* - mengulang apa yang dikatakan klien, dengan kata-kata kopnselor sendiri, tanpa merubah arti kalimat.
- *Refleksikan emosi* - sama dengan diatas hanya berfokus pada ekspresi perasaan klien.



Mengajukan pertanyaan

Ada berapa macam jenis pertanyaan?



Pertanyaan tertutup

- Pertanyaan tertutup membuat klien terpaksa menjawab dengan satu kata.
- Pertanyaan tertutup membuat klien tak dapat mengembangkan pikirannya. Jawaban jadi singkat.



Pertanyaan terbuka

- Pertanyaan terbuka dapat dijawab dengan lebih dari satu kata.
- Pertanyaan terbuka biasanya dimulai dengan.."apa", "dimana", "bagaimana"atau "bilamana". Dengan demikian mengundang klien untuk terus mengungkapkan isi hatinya sesuai arah yang dkehendaknya



Pertanyaan mengarah

Pertanyaan mengarah merupakan pertanyaan konselor yang mengarahkan klien untuk menjawab apa yang dituju.Biasanya pertanyaan ini menghakimi.



Aktivitas Mengajukan pertanyaan

- Gunakan pertanyaan untuk menggali dan memahami berbagai isu dan meningkatkan kewaspadaan.
- Jangan ajukan pertanyaan hanya untuk memuaskan keinginan tahu :

Ketika bertanya

- Gunakan hanya satu pertanyaan pada satu saat.
- Pandanglah klien.
- Pertanyaan singkat dan jelas.
- Pertanyaan mempunyai tujuan.
- Gunakan pertanyaan yang memungkinkan klien mengekspresikan perasaan dan perilaku.

Hening

- Berikan klien waktu untuk berpikir.
- Berikan klien waktu untuk mengutarakan perasaannya.
- Biarkan klien berpikir sesuai dengan ritmenya.
- Memberi kesempatan klien berdamai dengan ambivalen nya.
- Memberi kebebasan pada klien untuk memilih berhenti atau terus berisiko.

Perilaku non-verbal

- Bukan apa yang dikatakan tetapi bagaimana mengatakannya
- Kebanyakan dari komunikasi adalah nonverbal.
- Perhatikan:

Perilaku non-verbal

Bahasa tubuh

- Gesture
- ekspresi wajah
- Postur
- Orientation tubuh
- Jarak tubuh
- Kontak mata
- Memantulkan/cermin
- Hilangkan penghambat (mis.meja)

Paralinguistik

- Tarikan nafas
- Grundle
- Berkeluh kesah
- Perubahan nada suara
- Perubahan volume
- Kelancaran bicara
- Tertawa cemas

Aktivitas Penutup

Pertanyaan?

Modul 2
Sub modul 3
Ketrampilan Mikro-konseling

Tujuan

Agar peserta latih mampu :

- Mendemonstrasikan ketrampilan komunikasi efektif dengan klien

Ketrampilan konseling mikro penting merupakan komponen komunikasi efektif yang penting dalam rangka mengembangkan relasi suportif klien-konselor. Karena ini merupakan dasar dari konseling, maka setiap konselor perlu memiliki dan mengembangkan ketrampilan konseling mikro. Termasuk didalamnya :

Untuk dapat mengembangkan ketrampilan mikro-konseling, dibutuhkan antara lain kemampuan:

- Mendengar dengan perhatian dan empati
- Mengajukan pertanyaan
- Hening
- Perilaku non-verbal

Mendengar dengan perhatian :

Untuk dapat mendengar yang baik, dibutuhkan beberapa hal dibawah ini:

- Kontak mata (sesuai dengan budaya)
- Memberikan perhatian , misal dengan anggukan kepala
- Lakukan bantuan agar klien meneruskan ceritanya , misal dengan "Mm-hmm", "Ya"
- Kurangi hal-hal yang menarik perhatian, misal TV, telephone, bising
- Jangan melakukan pekerjaan selain konseling saat konseling
- Kenali perasaan klien, misal "Nampaknya anda sedih"
- Jangan menginterupsi , jika tidak diperlukan
- Jika tidak mengerti, ajukan pertanyaan
- Jangan ambil alih pembicaraan dan menceritakan diri anda sendiri
- Ulangi kembali pokok-pokok dalam diskusi secara ringkas menggunakan kata-kata konselor sendiri untuk menunjukkan bahwa konselor mengerti benar apa yang dikatakan klien. (dikenal sebagai paraphrasi, refleksikan perasaan , klarifikasi, menyimpulkan)

"Anda mengatakan"

"Dengan kata lain,"

"Anda merasa karena"

"Nampaknya anda Apa yang telah terjadi? Apa yang anda pikirkan ?"

"Saya merasa anda Karena"

"Kalau tidak salah tangkap"

"Coba saya ulangi, barangkali saya salah pemahaman .Apakah benar ... ?"

"Saya dengar anda mengatakan"

Faktor penting dari ketrampilan mendengar yang baik adalah kemampuan konselor untuk berempati Empati memungkinkan individu memahami diri dan dunianya. Tunjukkan

empati untuk membantu membina hubungan baik dengan klien, memfasilitasi perasaan aman, dan rasa percaya kepada konselor serta lingkungannya.

Empati disampaikan dengan menggunakan ketrampilan mendengar. Beberapa teknik penting dibawah ini dapat digunakan: ¹

- **Mengulangi frasa dengan kata sendiri, atau dengan apa yang dikata klien sendiri** menggunakan isi pembicaraan yang disampaikan klien, namun diucap[kan dengan kalimat konselor sendiri .Melalui mengulangi frasa dapat membuat klien merasa konselor telah mendengarkannya, dan membantu klien menceritakan masalah/situasinya dengan jelas..

Klien: " Saya merasa putus asa. Saya tidak bisa melakukan pekerjaan rumah, mengantar anak kesekolah tepat waktu atau bahkan memasak.Saya tak dapat melakukan apa yang dulu dikerjakan isteri saya."

Konselor "Anda merasa merasa tidak mampu mengerjakan apa yang dulu tak pernah anda kerjakan ketika isteri anda masih hidup."

- **Merefleksikan perasaan:** Hal ini sama dengan mengulangi frasa kecuali, fokusnya pada ekspresi perasaan oleh klien. Refleksi emosi dapat membantu klien untuk menjadi sadar bagaimana perasaan mereka, dan untuk menggali reaksi mereka terhadap berbagai peristiwa yang diceritakannya.

Klien : "Saya tidak tahu apa yang akan dilakukan. Sebelum dia meninggal saya berjanji pada suami saya bahwa saya akan menjaga ibunya sampai akhir hayatnya. Tetapi saya tidak mempunyai tenaga. Dia tahu bahwa ibunya dan saya tidak cocok. Mengapa ia meninggal dan meninggalkan saya dalam situasi yang kacau seperti ini.?"

Konselor "Anda kelihatannya merasa putus asa saat ini, tetapi pada waktu yang sama kelihatannya juga merasa bersalah dan marah terhadap janji anda dengan suami anda"

Mengajukan pertanyaan ²

Mengajukan pertanyaan adalah bagian penting dalam konseling. Hal ini dapat membantu konselor mengerti keadaan klien dan menilai kondisi klinis

Ketika bertanya :

- **Tanyakan** hanya satu pertanyaan pada satu saat
- **Pandanglah** klien
- **Singkat** dan jelas
- **Gunakan** pertanyaan yang bertujuan
- **Gunakan** pertanyaan untuk membantu klien berbicara tentang perasaan dan perilakunya
- **Gunakan** pertanyaan untuk menggali dan memahami isu dan meningkatkan kesadaran

- **Jangan** mengajukan pertanyaan hanya untuk memenuhi keinginan tahu saudara- pertanyaan tak relevan – membuat seseorang enggan menjawab atau merasa didesak. Bila demikian terjadi pemborosan waktu untuk bertanya, lupa untuk mendengar aktif. Pertanyaan yang terlalu banyak akan membuat orang merasa diinterogasi.

Ada tiga jenis pertanyaan utama :

1. Pertanyaan Tertutup

Keterbatasan dari pertanyaan tertutup adalah klien memberikan respon dengan jawaban satu kata.

Misalnya:

Apakah anda melakukan seks yang aman ?

Apakah anda mengetahui bagaimana caranya menggunakan kondom ?

Dengan pertanyaan tertutup , klien tidak mendapatkan kesempatan untuk berpikir tentang apa yang mereka katakan. Jawaban singkat dan sering berakibat makin banyak mengajukan pertanyaan selanjutnya.

2. Pertanyaan terbuka

Dengan pertanyaan terbuka didapatkan jawaban lebih dari satu kata.

Misalnya:

"Apakah ada kesulitan dengan pengalaman anda melakukan seks yang aman?"

"Bagaimana reaksi anda jika anda menerima hasil tes HIV positif?"

Pertanyaan terbuka umumnya dimulai dengan pertanyaan "Apa", "Dimana", "Bagaimana", "Kapan". Pertanyaan ini mengundang klien untuk melanjutkan pembicaraan dan memutuskan apa tujuan mereka ingin berbicara.

3. Pertanyaan mengarahkan

Pertanyaan mengarahkan adalah pertanyaan dimana konseling menuntun klien untuk memberikan jawaban yang mereka inginkan. Pertanyaan ini biasanya bersifat menghakimi.

Misalnya:

"Anda melakukan seks aman, bukan?"

"Anda setuju bahwa anda selalu menggunakan kondom?"

Hening

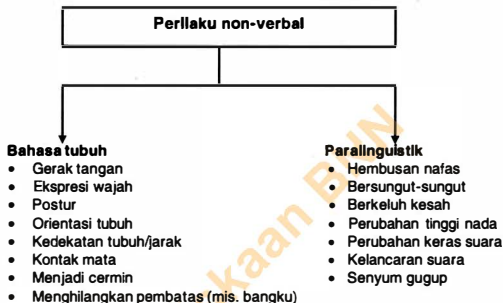
- Memberi waktu pada klien untuk berpikir tentang apa yang akan dikatakan
- Memberi ruang pada klien untuk merasakan perasaan yang dialaminya.
- Memberi kesempatan pada klien berbicara sesuai iramanya.
- Memberi waktu pada klien untuk mengatasi ambivalensi antara mengatakan atau tidak pada konselor

- Memberikan kebebasan pada klien untuk lanjut bercerita atau berhenti

Perilaku non-verbal³

Cara mengatakan lebih penting daripada apa yang dikatakan !

Sebagian besar komunikasi dilakukan secara non verbal. Konselor perlu sadarkan apa yang dikomunikasikannya kepada klien melalui perilaku non verbal.



Rujukan cepat ketrampilan konseling mikro⁴

Contoh dari perilaku **supportive** pada beberapa budaya:

VERBAL	NON-VERBAL
Gunakan bahasa yang dipahami klien	Nada suara sesuai dengan klien
Ulangi cerita pasien dengan kata-kata lain	Tatap mata klien (jika sesuai budaya)
Klarifikasi pernyataan klien	Angguk-anggukan kepala sering
Katakan dengan jelas dan cukup	Gunakan ekspresi wajah
Kesimpulan	Gunakan gerakan tubuh yang sesuai
Berespon atas pesan utama	Jaga jarak nyaman
Buat pemcaaran berjalan: "ya", "Mmm",	Irama bicara yang tepat
Tanggapan sesuai usia klien	Tubuh santai
Berikan informasi yang diperlukan	Sikap tubuh terbuka

Contoh perilaku **non-supportive** di beberapa budaya:

VERBAL	NON-VERBAL
Menasehati	Sering menjauhkan pandang
Moralisasi	Jarak tak cukup nyaman
Menuduh, menghakimi, dan memberi label	Mengorok
Bujuk rayu	Menghela nafas, mengernyitkan dahi, menguap
Mengajukan pertanyaan "mengapa"	Nada suara tak menyenangkan

menginterogasi	
Mengarahkan, menuntut	Berbicara terlalu cepat
Berulang memberikan rasa aman	Berbicara terlalu pelan
Menyebar dari topik	Pandangan kosong
Mendorong ketergantungan	Terus memandangi
Mempolakan sikap	Terlalu banyak bergerak
Mengkritik atau mencela	Lingkungan menarik/menyita perhatian

Perpustakaan BNN

Pegangan peserta untuk aktivitas : Pertanyaan tentang bertanya

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Saudara selalu menggunakan seks aman, bukan ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 2. Apa kesulitan saudara dalam menggunakan kondom ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 3. Apa saudara meminum obatnya ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 4. Saudara harus memberi tahu isteri, bukan ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 5. Bilamanakah saudara menggunakan jarum bergantian dengan teman ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 6. Apa yang saudara ketahui tentang HIV ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 7. Apakah saudara tahu cara penularan HIV ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 8. Apa saudara melindungi diri dari HIV ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 9. Bagaimana cara lain melindungi diri dari HIV ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 10. Bagaimana cara membersihkan alat suntik saudara ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 11. Pernahkah saudara menerima transfusi darah? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 12. Kepada siapa saudara dapat berbicara untuk
mendapat dukungan jika pemeriksaan HIV saudara positif ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |

Rujukan:

1. Nelson-Jones R. (2nd Edition), *Practical Counselling and Helping Skills: Helping Clients to Help Themselves*, Holt, Rinehart and Winston: Sydney, pp. 13 – 35
2. Franchino, Lynda (1986) *Basic Counselling Skills A Manual for Trainers of Bereavement Counsellors*. Cruse Publishing Melbourne
3. Danish S., D'Augelli A., and Hauer A., (1980), *Helping Skills: A Basic Training Program*, 2nd Edition, Human Sciences Press: New York, pp. 5 – 14
4. Adapted from Ministry of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation, Government of India, *HIV/AIDS Counselling Training Manual for Trainers*, page 84

Perpustakaan BNN

Modul 2
Sub Modul 3
Lembar aktivitas 10a

Konselor

- Lakukan tugas menjadi konselor terburuk, namun JANGAN katakan pada klien saudara. Rahasiakan! Tujuan aktivitas ini akan dikemukakan setelah proses bermain peran selesai, dan "klien" saudara akan menilai keburukan saudara .
- Jumpai teman anda yang berperan sebagai 'klien'
- Mintalah klien saudara menceritakan cerita suksesnya kepada saudara, sesuatu yang membuatnya senang atau bahagia.
- Ketika 'klien' saudara mulai menjawab, tunjukkan bahwa saudara 'sangat sibuk' misal membaca buku, melihat jam tangan, menulis, menelpon, mondar mandir, mata melihat kesana-kemari, membetulkan dandanan, memainkan baju/dasi/gelang/cincin , berbicara dengan orang yang lewat di depan saudara, pandangan mata tak berminat, jangan bertanya apapun, jangan menggal masalah dsb
- Lakukanlah peran yang paling buruk, seburuk mungkin.

Modul 2
Sub Modul 3
Lembar aktivitas 10b

Klien

- Saudara bertugas menjadi 'klien'.
- Pikirkanlah tentang suatu masa dimana saudara berhasil dalam hidup ini, waktu dimana saudara sangat bahagia atau senang.
- Diskusikan kesenangan/kebahagiaan saudara pada 'konselor' saudara selama lima menit
- 'Konselor' akan melakukan tugasnya sebagai konselor saudara
- Lakukan aktivitas ini bersama 'konselor' saudara, dan bersikaplah sebagai 'klien'.

Modul 2
Sub Modul 3
Lembar aktivitas 11

Pertanyaan: Lingkari jawaban pada sisi kanan sesuai dengan jawaban atas pernyataan di sisi kiri

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Saudara selalu melakukan seks aman, bukan? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 2. Apa kesulitan penggunaan kondom ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 3. Apakah saudara minum obat saudara ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 4. Saudara harus mengatakan pada isteri, bukan? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 5. Kapan saudara bertukar jarum suntik ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 6. Apa yang saudara ketahui tentang HIV? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 7. Tahukah saudara cara penularan HIV? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 8. Apakah saudara melindungi diri dari HIV? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 9. Apa cara-cara menghindari penularan HIV? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 10. Bagaimana cara membersihkan peralatan suntik? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 11. Saudara pernah ditransfusi? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |
| 12. Siapa yang akan mendukung saudara , jika hasil tes positif HIV ? | Tertutup/Terbuka/Mengarahkan |

Komunikasi Perubahan Perilaku - Penularan HIV

MODUL 2
Sub Modul 4.1.
VCT untuk HIV

MODUL 2
Sub modu 4.1
Komunikasi perubahan perilaku – pencegahan HIV

Tujuan

Peserta mampu:

- Menggambarkan perlunya pertimbangan terjadinya perilaku berisiko
 - Ulangi cara penularan HIV dan masa jendela pada pelbagai situasi penularan berisiko yang berbeda-beda.
 - Gunakan gambaran empat prinsip penularan
-

Waktu yang dibutuhkan

1 jam 30 menit

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (**PPT08**)
 - Kartu untuk permainan risiko (lihat petunjuk dibawah ini)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Isi

- Cara dan prinsip penularan
 - Analisis perilaku berisiko
-

Petunjuk sesi

1. Ungkapkan 4 prinsip penularan HIV dan sarankan peserta untuk menggunakan akronim: Exit, Survive, Sufficient, and Enter (ESSE).
2. Kelompok diajak mendiskusikan bagaimana HIV ditularkan.
3. Diskusikan cara HIV tak dapat ditularkan misal gigitan nyamuk.
4. Bagikan 'kartu risiko'. Dapat dirancang sendiri atau minta peserta menuliskan kawasan risiko yang luas, termasuk kontak sosial dan aktivitas kehidupan serta situasi sehari-hari.
5. Gunakan tayangan PowerPoint (**PPT08**), tunjukkan tayangan 4 Prinsip Penularan dan diskusikan.
6. Letakkan kartu besar di lantai dengan susunan seperti dibawah ini:



4. Sampaikan kepada peserta bahwa:
 - "Setiap peserta akan mendapatkan satu atau lebih kartu. Letakkan kartu yang diperoleh diatas lantai di bawah tulisan kartu besar RISIKO diatas lantai. Sesuai dengan risiko penularan HIV. Nyatakan kepada peserta lainnya mengapa kartu saudara diletakkan pada kelompok risiko tertentu sesuai dengan 4 Prinsip Penularan, ketika pernyataan mendapatkan gambaran lain, maka sangat mungkin kartu berpindah tempat ke risiko berikut atau sebelumnya. Lakukan juga untuk risiko transmisi PMS (misal hepatitis C, gonorrhoe dsb), peserta lain diminta turut mempertimbangkan risiko lainnya..
5. Demonstrasikan pada kelompok menggunakan 'kartu nyamuk' masuk ke masing-masing ESSE. Ketika kartu diletakkan di tempat tak berisiko, tanyakan alasannya.
6. Selesaikan dengan kesimpulan menekankan hal berikut:
 - Risiko bermacam-macam tergantung cara setiap perilaku.
 - Aktivitas ini menekankan akan pentingnya menanyakan informasi terinci dari klien ketika melakukan penilaian risiko.
7. Aktivitas ini jelas menunjukkan bahwa informasi rinci dan eksplisit sangat diperlukan guna membantu klien mengetahui apa yang aman dan tidak.
8. Tanyakan apakah masih ada pertanyaan dari kelompok dan pertanyaan tertulis dapat diletakkan dalam "kotak pertanyaan".
9. Mintalah peserta melengkapi formulir evaluasi dan memasukkannya kedalam "kotak formulir evaluasi".

Saran pernyataan yang dituliskan dalam kartu risiko :

[Jawaban dengan huruf tercetak miring hanya untuk membantu fasilitator – JANGAN ditulis dalam kartu]

- Percikan darah pada mata selama proses melahirkan
 - *Risiko rendah – hanya satu kasus yang terjadi, yang berisiko virus setelah diperiksa di laboratorium.*
- Membersihkan muntahan
 - *Tak berisiko sampai risiko rendah untuk Hep-B, Hep C tanpa sarung tangan*
- Bertukar sendok dan garpu
 - *Tak berisiko.*
- Menggunakan napza sebelum melakukan hubungan seks , menggunakan alkohol sebelum melakukan hubungan seks
 - *Risiko sedang sampai tinggi, sedikit lebih aman untuk seks.*
- Ditarik sebelum waktunya (sebelum ejakulasi) – suatu pilihan untuk seks aman pada pasangan?
 - *Risiko rendah sampai sedang. Pilihan buruk untuk seks aman sebab banyak pasangan 'lupa menarik' dan virus juga terdapat di cairan pra ejakulat, berisiko terhadap IMS.*
- Seks oral – penis masuk dalam mulut perempuan. Apa risiko buat perempuan ?
 - *Risiko rendah sampai sedang , tak ada risiko HIV buat lelaki .*
- Seks vaginal –tidak menggunakan kondom, tidak ejakulasi: Risiko buat perempuan?
 - *Risiko rendah sampai tinggi . Pilihan buruk untuk seks aman mengingat sering kali lupa 'menarik' dan virus juga terdapat di cairan pra ejakulat, berisiko terhadap IMS.*
- Seks oral – dengan ejakulasi (laki-laki dengan laki-laki) : Risiko bagi laki-laki resptif ?
 - *Risiko rendah sampai sedang.*
- Menggunakan alat suntik bersama (misal kapas, air, mangkok pencampur)
 - *Rendah untuk HIV ; tinggi untuk Hep B dan Hep C.*
- Tusukan jarum : jarum sutura
 - *Rendah pada solid bore needle, seringkali menembus sub kutan*
- Menggunakan jarum dan/atau semprit bersama
 - *Tinggi.*
- Seks vaginal – tanpa kondom, 'ditarik' kemudian ejakulasi: Risiko buat laki-laki?
 - *Sedang sampai tinggi – pilihan buruk untuk seks aman dan virus juga terdapat di cairan pra ejakulat, berisiko terhadap IMS dan parasit.*
- Seks anal penetratif – tanpa kondom, 'ditarik' kemudian ejakulasi
 - *Sedang sampai tinggi – pilihan buruk untuk seks aman dan virus juga terdapat di cairan pra ejakulat, berisiko terhadap IMS dan parasit.*
- Seks vaginal – tanpa kondom, ejakulasi: Risiko untuk perempuan?

- *Tinggi.*
- Seks anal reseptif – tanpa kondom, tanpa ejakulasi
 - *Sedang sampai tinggi – buruk untuk seks aman karena pasangan sering lupa ‘menarik’ dan virus juga terdapat di cairan pra ejakulat, berisiko terhadap IMS.*
- Luka tusuk jarum: “venepungsi” jarum
 - *Risiko sedang tergantung kepada faktor seperti kedalaman tusukan dsb. Tekankan untuk menelusuri seberapa jauh pajanan terjadi.*
- Menggunakan alat permainan seks bersama
 - *Risiko rendah sampai sedang . Dibutuhkan lebih banyak informasi pada jenis alat permainan seks dan lingkungannya.*
- Seks oral – dengan ejakulasi (laki-laki dengan laki-laki): Risiko kepada pasangan yang dipenetrasi?
 - *Tidak ada risiko HIV, hindari jika laki-laki reseptif mempunyai herpes di mulutnya.*
- Seks oral – laki-laki dengan laki-laki, tidak ada ejakulasi: Risiko bagi laki-laki penerima?
 - *Tidak ada risiko HIV, kemungkinan risiko parasit IMS..*
- Seks oral – penis masuk ke dalam mulut perempuan . Risiko bagi laki-laki?
 - *Tidak ada risiko, kemungkinan risiko untuk lesi herpes..*
- Ciuman dalam
 - *Tidak ada risiko HIV.*
- Gigitan nyamuk
 - *Tidak ada risiko.*
- Menangis – terkena air mata
 - *Tidak ada risiko.*
- Menggunakan sikat gigi bersama-sama
 - *Tidak ada risiko.*
- “Rimming” – mulut kontak dengan anus: Risiko buat mereka yang melakukannya?
 - *Tidak ada risiko.*
- Mutual masturbasi: Risiko kepada keduanya?
 - *Tidak ada risiko sampai rendah tergantung kepada pelakunya.*
- Hubungan seks dalam keadaan perempuan menstruasi – menggunakan kondom , tidak menggunakan kondom..
 - *Menggunakan kondom risiko rendah, tanpa kondom risiko tinggi.*
- Melakukan tattoo
 - *Memertukan informasi lebih lanjut atas metoda dan alat-alat yang digunakan, dapat berisiko rendah, sedang atau tinggi dalam kelompok ritual tattoo.*

Komunikasi perubahan perilaku

Penularan HIV

Module 2 Sub module 4.1 / PPT08

Tujuan

- Berikan gambaran penting tentang perilaku berisiko.
- Tinjau ulang pelbagai cara penularan dan masa jendela untuk setiap situasi berisiko.
- Gambarkan penggunaan empat prinsip penularan.

Empat Prinsip Penularan HIV

- **KELUAR (EXIT)** – virus harus keluar dari tubuh orang yang terinfeksi.
- **BERTAHAN HIDUP (SURVIVE)** – virus harus bertahan hidup.
- **JUMLAH CUKUP (SUFFICIENT)** – jumlah virus yang bertahan hidup harus cukup untuk dapat menginfeksi.
- **MASUK (ENTER)** – virus harus masuk aliran darah untuk dapat menginfeksi orang.

Risiko Berkelanjutan

Kunci utama :

- Risiko bervariasi sesuai tindak dan perilaku.
- Aktivitas adalah titik paling penting dalam pembicaraan konseling, perlu dibicarakan rinci.
- Informasi rinci dan eksplisit sangat penting membuat klien mampu memberdakan apa yang aman dan apa yang tidak aman.

Perhatikan budaya dan hambatan yang mungkin ditimbulkannya untuk konseling pencegahan & VCT!!

sensitif dan eksplisit
akan perilaku seksual merupakan kunci penting

Apa yang tak diketahui akan mencelakakan !

Dalam sebuah studi di Thailand, laki-laki mereka menyatakan tentang risiko HIV sbb :

- 11.8% berpikir AIDS dapat disembuhkan.
- 36.4% mengatakan HIV tak dapat ditularkan melalui pelaku aktif seks anal.

Salmon, Krieger & Tansakulvanich, 1983



Apa yang tak diketahui akan mencelakakan !

- 13.9% mengatakan HIV tak dapat ditularkan melalui penerima seks anal.
- 26.5% menyatakan seks oral tak dapat menularkan HIV .

Salmon, Krieger & Tansakulvanich, 1983



MODUL 2
Sub modul 4.2
Komunikasi Perubahan Perilaku – Model perubahan perilaku

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Memperagakan model perubahan perilaku dan isu yang berkaitan dengan efektivitas masing-masing model
 - Mempergakan pemahaman prinsip komunikasi perubahan perilaku denag memperhatikan penggunaan kondom dan cara menyuntik aman
-

Waktu yang dibutuhkan

2 jam

Materi Pelatihan

- Tayangan *PowerPoint* (**PPT09**)
 - Modul penis/vagina
 - Kondom (2 setiap peserta latih)
 - Alat suntik, dua mangkuk/tempat, air, pewarna makanan, dan pemutih
 - Naskah (**HO8**)
 - Kotak tempat pertanyaan tertulis
 - Kotak tempat mengumpulkan formulir evaluasi
-

Isi

- Model komunikasi p[erubahan perilaku
 - Proses perubahan perilaku , dan menjaga perilaku yang telah berubah tidak kembali kesemula
 - Kondom dan cara menyuntik aman
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Lakukan penyampaian informasi dengan presentasi *PowerPoint* (**PPT09**). Selama presentasi , mintalah partisipasi aktif peserta dalam presentasi misal minta peserta curah pendapat mengenai contoh model perubahan perilaku seperti yang dibicarakan oleh pelatih.
2. Aktivitas: Peragakan penggunaan kondom dan seks aman. Sediakan waktu setidaknya 30 menit.
 - Diskusikan dan peragakan penggunaan kondom laki-laki
 - Diskusikan setiap langkah dan peragakan ketika pelatih membacakan petunjuk penggunaan
 - Peserta berpasangan, beri alat peraga, mintalah mereka melakukan pemasangan kondom. Dengarkan umpan balik teman-teman mereka.
 - Padamkanlah lampu, mintalah peserta memasang kondom dalam keadaan gelap. Diskusikan apa yang mereka kerja dan rasakan. Keadaan ini seperti membawa klien menuju situasi nyata..
 - Diskusikan ketrampilan bernegosiasi dan memahami ketidak seimbangan kekuasaan antara lelaki dan perempuan.
 - Galilah keuntungan penggunaan kondom.
 - Diskusikan kesulitan melakukan seks aman pada pasangan dalam jangka panjang.

- Diskusikan kebutuhan klien akan dukungan ketika menghadapi 'rintangan yang sesungguhnya' dalam relasi dengan pasangan. Tanyakan pada peserta apa contoh nyata dari tindakan mereka ketika meminta pasangannya menggunakan kondom dan tes HIV karena mereka harus melindungi diri dari HIV. Katakan bahwa beberapa rintangan mungkin tak langsung. Bayangkan bagaimana pasangan akan bereaksi, kemudian peserta diminta menghadapi. Mungkin mereka punya pengalaman dari orang-orang sekitarnya tentang hal ini. Sangat penting klien mengetahui cara negosiasi dengan pasangan tetap dan mengungkapkan statusnya.
3. Aktivitas: *Cara menyuntik aman*
 - Tunjukkan berapa banyak darah yang tertinggal di semprit kalau hanya dicuci sekali.
 - Peragakan mencuci dua kali dengan air dingin, dua kali dengan pemutih (hitung dari satu sampai tigapuluh) dan dua kali dengan air.
 - Mintalah perhatian peserta pada naskah **(HO8)** pada keterangan tentang "pencucian jarum dan semprit".
 4. Tanyakan apakah masih ada pertanyaan dari kelompok dan pertanyaan tertulis dapat diletakkan dalam "kotak pertanyaan".
 5. Mintalah peserta melengkapi formulir evaluasi dan memasukkannya kedalam "kotak formulir evaluasi".

Perpustakaan BNN

Perubahan Perilaku Komunikasi

Model perubahan perilaku

Tujuan

- o Membuat pemahaman pengetahuan model perubahan perilaku dan isu yang berkaitan dengan efektivitas setiap model
- o Membuat pemahaman akan prinsip komunikasi perubahan perilaku berkaitan dengan penggunaan kondom dan penggunaan suntikan aman

Setiap perilaku sehat harus dihapus, maka individu perlu

- Kenali perilaku yang merugikan
- o Pahami alternatif yang tersedia
- o Bertindaklah sesuai pemahaman tersebut
- o Terimalah dukungan yang diperlukan untuk tetap dalam perubahan perilaku

Model pengurangan risiko

- o Berhenti menggunakan napza cara terbaik untuk mengurangi risiko penularan HIV, mis dengan kampanye "just say no" pada remaja

Model pengurangan risiko

Apa keuntungan yang mungkin dapat diambil dan masalah apa yang berkaitan dengan model tersebut ?

Model pengurangan risiko

- Beberapa orang perlu beriatih untuk berhenti menggunakan napza sama sekali secara bertahap atau berulang kali gagal, dan berhasil
- Jaminan aman 100% dari infeksi jika dipatuhi
- Sulit untuk dipatuhi
- Perilaku berisiko pada kenyataannya menyenangkan untuk tetap dilakukan

Model pengurangan risiko

- Sama sekali tak menggunakan napza lagi sering tak masuk akal, namun dapat menjadi pilihan
- Pilihlah cara yang dapat dilaksanakan misal penggunaan kondom untuk hubungan seks atau pilih aktivitas seksual yang tak berisiko



Model pengurangan risiko

- Apa untung dan masalah apa yang terkait dalam mengikuti cara ini?



Model pengurangan risiko

- Gugah perasaan dapat memelihara diri dari klien dengan cara mengemukakan berbagai opsi risiko rendah untuk dipilih
- Reduksi "all or nothing thinking" yang berakibat pengambilan risiko tinggi
- Bertahan dalam jangka waktu panjang



Model pengurangan risiko

- Tidak 100% efektif dalam pengurangan penularan HIV
- Dapat tidak menggugah klien untuk mendalami diri mengapa mereka berperilaku demikian
- Klien mungkin mengalami kesulitan dalam memulai perubahan perilaku



Harm reduction

- Dipromosikan oleh WHO untuk IDU
- Memperhatikan risiko dan kesulitan perubahan perilaku terutama dalam hal penggunaan napza misal penggunaan alat suntik bersama
→ ganti alat suntik baru, menggunakan pemutih, *safe injecting rooms*



Harm reduction

- Pengenalan perilaku berisiko
- Pemahaman penyebab terus menggunakan napza
- Pengembangan strategi untuk pengenalan apa yang dapat dilakukan klien menuju perilaku aman
- Fasilitasi pengembangan kemampuan diri klien untuk berlaku efektif



Harm reduction

◦ Apa untung dan masalah apa yang terkait dalam mengikuti cara dalam *harm reduction*?



Harm reduction

- Mengurangi perilaku merugikan pada diri sendiri dan orang lain
- Menghargai kemungkinan relaps sesudah abstinensi atau berubah perilaku
- Menghargai perubahan perilaku terjadi dalam tahapan dan hanya terjadi jika klien termotivasi



Harm reduction

- Bagi beberapa konselor sering merupakan dilemma etik kalau mereka berpendapat bahwa pengguna harus berhenti dari semua aspek yang merugikan mis penyalahgunaan napza
- Tidak mengurangi risiko infeksi HIV secara lengkap, misal saat putus zat klien tak akan ingat untuk mencari alat suntik bersih



Aktivitas

- Kondom merupakan komponen integral dari prevensi HIV
- Konselor perlu paham mendemonstrasikan penggunaan kondom pada klien
- Konselor perlu dengan nyaman dan percaya diri saat mendemonstrasikan penggunaan kondom



Tahap perubahan perilaku

1. Pengetahuan/Kesadaran
2. Mempunyai makna terhadap diri
3. Pertimbangan keuntungan
4. Kemampuan membangun diri
5. Mencoba
6. Perilaku berubah



Penggunaan kondom

Apa untung dan masalah apa yang terkait dalam mengikuti cara ini?



Penggunaan kondom

- Merupakan cara efektif mencegah HIV jika digunakan secara benar.
- Murah.
- Dapat mencegah penularan STI & kehamilan tak dikehendaki
- Dapat digunakan langsung tanpa meminta bantuan dokter/perawat.
- Dapat nyaman dipakai.

Penggunaan kondom

- Jika kualitas buruk, rusak, bocor, maka perlindungan dapat gagal
- Sulit pada mulai mengenalkan, juga pada pasangan.
- Pasangan perempuan dan muda mungkin tak asertif mempertahankan haknya agar tak tertular.

Injeksi Aman

- Tidak bertukar jarum suntik
- Gunakan jarum suntik steril atau baru
- Tidak berbagi benda apapun yang berkaitan dengan kegiatan menyuntik.

Jika tak tersedia suntik dan jarum suntik, maka ajebar atau kapur barus dapat dipakai.

- Konselor perlu menyediakan informasi cara membersihkan alat suntik

Injeksi Aman

- Gunakan alat suntik baru dan steril untuk setiap menyuntik agar terlindung dari penyebaran HIV.
- Bersihkan semprit dan jarum secara benar untuk mengurangi risiko penularan

Injeksi aman

KEUNTUNGAN (sambungan)

- Gunakan jarum dan alat suntik baru dan steril untuk mengurangi penularan risiko virus yang dapat ditularkan melalui darah seperti hepatitis C.
- Bantulah orang lain untuk tetap sehat dengan tidak menggunakan alat kesehatan bersama.

Injeksi Aman

PROBLEM POTENSIAL

- Sukar memulai cara baru
- Mungkin illegal membawa jarum dan alat suntik
- IDU mungkin menolak mengunjungi tempat menukar jarum atau membeli jarum baru, karena takut di beri label pengguna narkoba.

Risiko

Aktivitas berisiko yang sering dilakukan klien sehingga ia terperangkap dalam HIV adalah :

- o Hubungan seks vaginal dengan atau tanpa PMS.
- o Hubungan seks anal.
- o Tukar menukar alat suntik.
- o Transfusi tanpa uji saring

Vulnerabilitas

Kekurang mampuan seseorang dalam membuat keputusan disebabkan oleh.

Kurangnya aksea Informaal HIV/AIDS.

Kurangnya ketrampilan membuat keputusan rasional.

Ketidakmampuan mengaksea layanan dan komoditaa keaehatan.

Ketidakmampuan mempertahankan hak.

Tekanan ekonomi keluarga.

Strategi Penyuntikan aman dan penggunaan kondom

- o Konselor memerlukan penilaian risiko personal klien akan HIV dan berbagai hambatan penggunaan suntikan aman dan kondom.
- o Pesan prevensi/penggunaan kondom perlu dikembangkan untuk memotivasi dan memenuhi kebutuhan, keprihatinan dan keyakinan berkaitan dengan kesiapan klien.

Strategi Penyuntikan aman dan penggunaan kondom

- o Nilailah tingkat pemahaman klien akan ketrampilan teknis menggunakan kondom atau menyuntik secara aman.
- o Kuatkan pemikiran kritis, pengambilan keputusan untuk memahami keuntungan penggunaan kondom, penyuntikan yang aman, dan kemampuan bernegosiasi untuk menggunakannya.
- o Klien harus mulai menyusun rencana menggunakan kondom dan penyuntikan aman dan senantiasa tetap memelihara kekuatan diri melalui konseling.

Strategi Penyuntikan aman dan penggunaan kondom

Beritahukan dimana klien memperoleh kondom kualitas baik.

- o Berikan informasi tentang praktek penyuntikan aman
- o Berikan informasi dimana suntikan aman dapat diperoleh (jika dimungkinkan)
- o Diskusikan dampak penggunaan napza pada seks aman
- o Kaji kembali rencana penggunaan kondom dan penyuntikan aman dalam konseling pasca-tes dan kunjungan berkala ke klinik

Strategi Penyuntikan aman dan penggunaan kondom

Lingkungan yang menunjang harus diciptakan untuk menggalakan penggunaan kondom dan suntikan aman termasuk:

- Menawarkan kondom.
- Menyalurkan alatsuntikaman.
- Menyediakan Informasi tercetak.
- Rujukan , kalau ada *hotline-service* lewat telepon.
- Membuat seksaman sesuatu yang normal dan menarik.
- Tidak menghakimi perilaku klien.

Strategi Penyuntikan aman dan penggunaan kondom

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGGUNAAN KONDOM :

- Informasi tentang HIV/AIDS.
- Pengalaman yang lalu.
- Tekanan sosial (peers, keluarga dsb).
- Persepsi terhadap risiko (mis: jenis pasangan).
- Akses mencapai kondom.
- Keterampilan menggunakan.
- Kemauan dari pasangan.

Penggunaan kondom IIIa



Penggunaan kondom IIIb



Penggunaan kondom IIIc



Faktor yang mempengaruhi penggunaan suntikan napza

Injecting drug users mungkin :

- Miskin.
- Kriminal.
- Stigma.
- Melawan diskriminasi.
- Pengangguran / kerja 'lain' utk mendukung kebiasaannya.

Faktor yang mempengaruhi penggunaan suntikan napza

Injecting drug users mungkin :

- Mengemis, berlutut, mencuri
- Tunawisma/ orang jalanan.
- Rendah rasa percaya diri.
- Rendah pemeliharaan kesehatan
- Rendah rasa percaya pd org lain.

Faktor yang mempengaruhi penggunaan suntikan napza

- o Pada banyak negara IDU dianggap sampah masyarakat, sehingga tak mempunyai akses terhadap layanan kesehatan.
- o Karenanya perlu diciptakan lingkungan kondusif bagi IDU dan membangun kapasitas utk tetap memelihara penyuntikan aman.

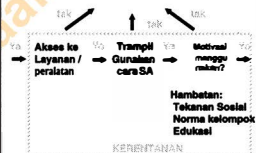
Suntik Aman (SA) IIIa



Suntik Aman IIib



Suntik Aman IIic



Kelangsungan dukungan

- o Konselor senantiasa menggunakan setiap kesempatan untuk memberi dukungan tindak lanjut suntikan aman.
- o Mereka yang dikonseling memerlukan dukungan dari institusi atau program pemberdayaan masyarakat.

Modul 2
Sub modul 4.2
Komunikasi perubahan perilaku – Model perubahan perilaku

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Menunjukkan pengetahuan model perubahan perilaku dan isu berkaitan dengan efektifitas masing-masing model.
- Menunjukkan pemahaman prinsip komunikasi perubahan perilaku dengan memperhatikan penggunaan kondom dan penggunaan jarum suntik aman.

“Apa yang dialami oleh seseorang jika ia mulai melakukan perilaku tidak sehat?”

Perilaku tidak sehat harus dihapuskan , karenanya individu perlu :

- Mengenali perilaku merugikan
- Mengerti alternatif yang tersedia
- Dapat berperilaku sesuai pengetahuan perilaku sehat
- Menerima dukungan yang diperlukan untuk mempertahankan perilaku yang telah berubah

Misal, seorang dengan gangguan jantung harus paham akan makanan pantangannya; dan bagaimana makan tetap enak tanpa makanan berbahaya bagi kesehatannya, bagaimana menyiapkan dan mendapatkannya; dan ia harus senantiasa patuh makan makanan yang tak mengganggu aktivitas jantungnya..

Perubahan perilaku perlu terus didukung melalui hubungan yang baik antara provider dengan klien , sehingga klien mempunyai pemahaman dalam dirinya dan terbagkit motivasinya untuk tetap mempertahankan perilaku sehat.

Tantangan konselor adalah dapat merasakan sulitnya perubahan perilaku ketika ia membuka diri terhadap klien guna memaparkan dukungan perubahan perilaku klien.

Perubahan perilaku dan HIV¹

Tak ada satu model yang dapat digunakan untuk semua orang . Dikenal tiga model yang mungkin dapat merupakan alat untuk menilai perubahan perilaku klien.

1. Model pengurangan risiko: “Terbaik adalah abstinensi”

Dengan berpuasa maka kemungkinan risiko tidak terjadi. Ketika seseorang tak lagi melakukan hubungan seks atau menggunakan napza dengan jarum suntik maka risiko penularan HIV tak ada. Contoh adalah pesan kepada kawula muda : ***“Just say no”***.

¹ Materi ini diadaptasi atas izin dari materi yang diujikan dilapangan oleh USAID/PSI New Start Counselling, Zimbabwe.

Pro dan kontra:

- Beberapa individu memerlukan ultimatum dan kemudian memulai perjalanan masuk kedalam jalur baik. Prinsip ini digunakan dalam pusat detoksifikasi, klien dihentikan dari napza, kemudian selama masa itu diajak berdialog tentang perilaku mereka.
- Program ini agak sulit diikuti meski menjamin 100% bebas terinfeksi. Kebanyakan klien sukar berhenti dan mengubah perilaku dengan cepat. Perilaku yang mereka tinggalkan adalah perilaku yang menyenangkan mereka. Model ini tak membiarkan alternatif masuk, dan kita tutup mata atas perilaku manusia yang senang pada kenikmatan."

2. Model pengurangan risiko : "Gunakan Kondom"

Model ini tetap mengizinkan orang untuk berhubungan seks dan menggunakan napza. Pertimbangan seperti ini muncul mengingat bahwa ada orang yang tidak mampu berhenti seks atau menggunakan napza, karenanya ditawarkan alternatif yakni seks aman (menggunakan kondom) dan penggunaan napza aman (tidak bertukar jarum suntik).

Pro dan kontra:

Model ini memikirkan bahwa ada orang yang tak dapat berhenti sama sekali melakukan seks dengan banyak orang atau menggunakan napza. Bagi mereka perlu dicarikan cara pengganti yang tak merugikan kesehatan, ini juga mengurangi energi terapis untuk mendorong berhenti penggunaan napza kepada orang yang tak dapat berhenti.

- Model ini tak dapat menjamin 100% orang tak terinfeksi. Misal ketika orang berhubungan seks, kondomnya robek, maka penularan HIV dimungkinkan. Memusatkan perhatian tentang cara penggunaan kondom, membuat waktu diskusi untuk hal lainnya dengan klien menjadi berkurang, terutama untuk mengubah perilaku klien. Karena itu banyak konselor mengatakan model ini tak manusiawi dan diperlukan pendekatan individu untuk mengubah perilaku.

3. Model Pengurangan dampak buruk

Harm reduction menggunakan pendekatan "*all or nothing*" dalam mengubah perilaku. Model ini mengajarkan bahwa risiko adalah bagian hidup seseorang sehingga perlu membuat daftar urutan risiko individu akan infeksi HIV seperti dampaknya pada penyakit, pemutusan hubungan kerja, dan penggunaan napza. *Harm reduction* dirancang untuk memperhatikan risiko yang menempel pada setiap pilihan perilaku.¹

Dalam model ini terjadi perubahan perilaku bertahap dengan waktu yang panjang. *Setiap* perubahan perilaku positif dianggap baik dan makin mendekatkan diri pada perilaku sehat.

ⁱⁱ "Direkomendasikan pada negara yang sedang mengembangkan goal dan metode terapi Napza dari hanya mempunyai satu goal, abstinensia, untuk memikirkan strategi terapi dan pencegahan yang lebih dapat diterima sebagai goal antara." Suatu rekomendasi dari the Task Force on Drug Use and HIV Vulnerability, (2000), **Drug Use and HIV Vulnerability Policy Research Study in Asia** UNAIDS/UNODCCP, 6

Konselor bersama klien bekerjasama :

- Mengenali perilaku berisiko
- Memahami alasan mengapa klien terus melakukan perilaku berisiko
- Mengembangkan strategi untuk mengenali apa yang dapat klien mulai lakukan menuju perilaku Isehat

Pro dan kontra:

- Sebuah contoh *harm reduction* adalah program pertukaran jarum suntik. Pecandu tahu bahwa berhenti menggunakan obat bukan tujuan yang dapat dicapai dalam waktu singkat, ia memerlukan waktu panjang. Model *harm reduction* memahami sulitnya orang berhenti napza atau perilaku berisiko, karenanya perlu "*reduces the harm*" dengan cara membersihkan alat suntik, menyediakan alat suntik bersih, untuk menurunkan risiko infeksi HIV.
- Beberapa konselor merasa ada dilemma karena model ini tetap membuat klien terinfeksi .

Kesimpulan

Ketiga model, dan banyak lagi, merupakan contoh model yang dapat digunakan oleh konselor HIV/AIDS. Model bisa bergantian, satu orang klien dapat berganti model sesuai dengan perjalanan waktu. Isu terpenting bagi konselor adalah bagaimana mempertimbangkan model yang tepat bagi klien sesuai dengan kebutuhan dan kondisinya.ⁱⁱⁱ

Proses perubahan perilaku

- Perubahan perilaku adalah sebuah proses, dan bertahap. Memahami tahapan membantu penguatan proses konseling dan penting diketahui bahwa tak ada perubahan yang mutlak, sesuai model.^{iv}
- Seorang klien dapat berubah-ubah tahapannya naik/turun sampai pada suatu saat ia dapat berhasil berubah. Tahapan ini adalah alat konselor untuk menilai klien sampai tahap mana ia berubah perilakunya.

Tahapan perubahan perilaku menurut the Centres for Disease Control HIV Prevention and Counselling Guidellnas of 1993 adalah:²

1. Tahu/ waspada
2. Bermakna bagi diri
3. Menimbang untung rugi
4. Membangun kemampuan
5. Uji coba
6. Perubahan perilaku.

ⁱⁱⁱ Nutbeam and Harris (1998) Theory in a Nutshell, University of Sydney, membuat ringkasan pendek dan mudah diakses untuk digunakan sebagai teori dan model dalam promosi kesehatan yang dapat diterapkan dalam konseling terkait HIV/AIDS.
<http://www.achp.health.usyd.edu.au/>

^{iv} Facilitating Sustainable Behaviour Change, penulis Benton dan Pamell, Burnet Centre (1999) membuat suatu introduksi perubahan perilaku spiral. Dapat di *downloaded* dari <http://www.burnet.edu.au>

Tahu / sadar

Penting untuk memeriksa pengetahuan dan kesadaran klien tentang perilaku berisiko mereka. Seorang klien perlu memahami risiko akibat perilakunya sebelum mereka mau mengubahnya. Pertanyaan terbuka dapat digunakan untuk menilainya.

Bermakna bagi dirinya

Untuk mengerti makna HIV/AIDS bagi diri dan sejauh mana dirinya masuk, perlu pemahaman akan perjalanan penyakit HIV/AIDS..

Klien dapat berespon akan risikonya terhadap infeksi HIV melalui :

- Mengenali bahwa perilakunya membuat mereka mengalami risiko infeksi HIV;
- Tak mau terima atau memahami bahwa perilakunya membawa kedalam risiko infeksi HIV atau
- Memahami risiko, dan merasa tak berdaya , putus asa, dan tak mampu mengubah perilaku

Konselor dapat membantu klien mengenali akibat perilaku yang menempatkan seseorang dalam risiko terinfeksi HIV.

Analisis untung rugi

Mengerti untung rugi akan mendorong perubahan perilaku. Pertimbangan pro dan kontra diatas perlu menjadi bahan pertimbangan, antara masih ingin mendapat kenikmatan dan belum sepenuhnya mengutamakan keselamatan. Bantulah klien dalam mengungkapkan rasa kehilangan mereka ketika perilaku lama ditinggalkan

Membangun kemampuan

Capacity building merupakan persiapan untuk mengubah perilaku, termasuk meningkatkan ketrampilan praktis dan dukungan untuk manajemen risiko/bayaran yang harus dipikul sebagai akibatnya Strategi konseling selama membangun kemampuan termasuk :

- Memberikan klien ketrampilan praktis, spesifik, mampu dikerjakannya.
- Perankan permainan peran perubahan perilaku sehingga memperoleh kepastian klien dapat melakukannya.

Konselor tak hanya mendemonstrasikan penggunaan kondom, tetapi juga menyampaikan perlindungan apa yang diperoleh dari kondom..

Uji coba

Uji coba adalah saat dimana klien mencoba menerapkan langkah mengubah perilaku di dalam kehidupan sehari-hari, bukan dalam sesi konseling.Strategi konseling dalam masa uji coba tersebut adalah :

- Merencanakan menghadapi hambatan yang dihadapi klien.
- Membuat kerangka ulang atas kegagalan yang dialami klien – konselor perlu menanamkan dalam benak bahwa model yang diikuti sesuai alur perubahan perilaku guna mengakhiri kegagalan yang ditemui klien.

Meski melalui uji coba tidak selalu berhasil, adanya sedikit perubahan perilaku dapat dipertimbangkan sebagai keberhasilan dan harus didukung oleh konselor.

Mempertahankan perubahan perilaku

- Mempertahankan perubahan perilaku seksual aman sangat bergantung dari intervensi konselor yang terus menerus dan berulang-ulang.
- Diharapkan perubahan perilaku akan seiring dengan perubahan kehidupan seseorang. Misalnya, penggunaan kondom bisa dihentikan bila seseorang yang tidak terinfeksi melaksanakan hubungan monogami atau dengan orang lain yang HIV negatif.
- Bagaimanapun perubahan lainnya atau kembali pada perilaku yang kurang aman – dapat merupakan selangkah mundur dari perilaku aman yang lalu dan menyebabkan infeksi HIV.
- Perilaku risiko tinggi dan infeksi baru akan meningkat bila intervensi dihentikan, karenanya pengurangan risiko dapat terus berlangsung tergantung pada program perubahan perilaku yang berlanjut dan dukungan konselor.

Unsur penting konseling perubahan perilaku untuk konseling dan menyuntik yang aman

1. Penilaian risiko dan kerentanan

Klien perlu menilai risiko dirinya akan infeksi HIV dan beberapa hambatan yang dalam penggunaan kondom atau menyuntik yang aman.

2. Penjelasan tentang kondom, penggunaan kondom dan menyuntik yang aman.

Pencegahan / pesan penggunaan harus ditekankan guna memotivasi kebutuhan, kepercayaan, kepedulian dan kesiapan klien.

3. Ketrampilan menggunakan kondom dan menyuntik yang aman

Cara menyuntik yang betul perlu diperhatikan dan diperkuat. Ketrampilan berpikir kritis, mengambil keputusan dan komunikasi dapat ditingkatkan dengan mengemukakan keuntungan penggunaan kondom dan menyuntik yang aman dan mampu bernegosiasi dalam penggunaannya.

4. Membuat rencana

Dalam konseling pre tes, klien didorong merencanakan untuk menggunakan kondom atau menyuntik yang aman dan mempertahankannya

5. Sumber daya dan dana

Konselor harus mampu memberi saran sesuai kemampuan dana dan daya yang tersedia tanpa meninggalkan segi kualitas kondom, langkah untuk menggunakan cara menyuntik yang aman dan jika mungkin memberikan akses penyediaan bahan habis pakai sesuai kemampuan

6. Penguatan dan komitmen

Dalam konseling pasca tes, konselor harus meninjau kembali perencanaan klien untuk menggunakan kondom atau menyuntik yang aman dan secara berkala klien diminta hadir di klinik.

7. Lingkungan yang mendukung

Ciptakan lingkungan yang mendukung untuk penggunaan kondom dan menyuntik yang aman, termasuk pilihan jenis kondom dan suntikan, sediakan bahan KIE (leaflet, brosur) dan layanan konseling rujukan / hotline.

Membantu klien memahami risiko mereka

1. Penilaian risiko personal dan kerentanan

Klien membutuhkan penilaian risiko personal akan infeksi HIV dan berbagai hambatan penggunaan kondom dan suntikan aman

Risiko

- Tingkat risiko HIV individual maupun populasi yang diperoleh sebagai akibat aktivitas tertentu :
 - Berhubungan seks vaginal dengan atau tanpa IMS
 - Berhubungan seks anal
 - Penggunaan bersama jarum suntik
 - Transfusi tanpa uji tapis

Kerentanan

- Faktor-faktor yang dapat meningkatkan kerentanan, misalnya:
 - Tekanan ekonomi dalam keluarga
 - Kurangnya informasi AIDS pada remaja dan dewasa muda
 - Kurangnya ketrampilan pengambilan keputusan yang rasional
 - Ketidakmampuan mengakses layanan dan alat kesehatan
 - Ketidakmampuan mempertahankan hak

2. Penjelasan atas kondom, penggunaannya dan cara menyuntikan yang aman

Pesan pencegahan/penggunaan kondom/cara menyuntik aman harus dirancang untuk meningkatkan motivasi dan memenuhi kebutuhan, keyakinan, kepedulian dan kesiapan klien

Diantara alat kontrasepsi, kondom laki-laki merupakan alat pelindung yang paling aman melawan IMS, termasuk HIV/AIDS. Jika digunakan secara konsisten kondom laki-laki merupakan alat kontrasepsi yang tinggi efektifitasnya.

Kondom perempuan juga merupakan alat proteksi melawan IMS termasuk HIV/AIDS. Metode hambatan melalui vagina seperti diafragma, *cervical cap*, *sponge* dan *spermisid* kurang efektif, meskipun digunakan bersama spermisid.

Tantangan terbesar kesehatan masyarakat dalam menurunkan penyakit HIV/AIDS dan IMS lainnya adalah memotivasi penggunaan kondom pada mereka yang berisiko. Perempuan dan laki-laki dengan alasan tertentu tidak menggunakan kondom, termasuk takut pada reaksi pasangan, penolakan pasangan, kurangnya rasa percaya terhadap kondom, kurangnya akses terhadap kondom atau menurunnya kenikmatan. Sebagai tambahan, petugas KB sering mendorong klien mempertimbangkan menggunakan kontrasepsi yang lebih efektif, seperti KB suntik, dan menomor duakan kondom sebagai alat pencegah kehamilan.

Meskipun pada kenyataannya, kondom merupakan alat pelindung terhadap IMS yang paling efektif, banyak orang berisiko tidak menggunakannya. Beberapa IMS bakterial seperti GO, infeksi klamidia, mudah ditularkan, karenanya penggunaan kondom secara konsisten amatlah penting. Mempromosikan kondom kepada laki-laki oleh petugas KB dan kesehatan membantu menurunkan angka infeksi baru

Orang cenderung menghindari penggunaan kondom, jika mereka percaya bahwa pasangannya "aman" Menggantikan kondom dengan mengubah perilaku akan pasangan seksual tidaklah mengurangi risiko penularan IMS, sebagai contoh

Pandangan PSK terhadap risiko nya dengan pelanggan tetap, pelanggan tidak tetap atau pasangan hidup.

Isu Gender

Menjawab isu gender sama pentingnya dengan memusatkan perhatian terhadap peningkatan penggunaan kondom. Konsistensi, tetap bertahan menggunakan kondom, merupakan bentuk perubahan perilaku. Perilaku seksual laki-laki berkaitan dengan rasa keperkasaaan. Pada banyak budaya, asumsi tentang maskulinitas dapat meningkatkan penggunaan alkohol atau perilaku tindak kekerasan terhadap perempuan, yang dapat meningkatkan perilaku seksual berisiko. Perempuan juga merasa kecewa dalam melakukan negosiasi penggunaan kondom dengan pasangannya.

Remaja dan dewasa muda

Dorong anak muda untuk menggunakan kondom dan mengembangkan ketrampilan menolak hubungan seksual yang tak diinginkan, suatu hal yang krusial juga. Secara global, infeksi HIV begitu cepat meningkat pada mereka yang berusia dibawah 25 tahun, terutama perempuan. Orang muda tak berpengalaman menggunakan kondom, merasa tak akan berisiko, melakukan seks secara spontan, dan malu menyela hubungan seks dengan memasang kondom. Beberapa perempuan muda memerlukan ketrampilan menolak hubungan seks yang berisiko dengan pasangan laki-laki, terutama yang berumur lebih tua..

Lelaki dan perempuan muda lebih berpikir melindungi diri dari kehamilan daripada IMS. Berikan pesan tentang kedua hal ini, yang dapat diproteksi dengan kondom berkualitas..

Kondom dalam jangkauan

Program KB , klinik dan apotek pada beberapa negara tak mau menyediakan kondom kepada orang yang belum menikah. Akses ke kondom untuk orang muda sulit karena stigma, malu, dan lainnya. Kondom akan lebih mudah dijangkau orang muda jika dijual di toko, penjual kebutuhan sehari-hari dan di *vending machines*.

Banyak lelaki dan perempuan menolak menggunakan kondom karena hilangnya kenikmatan , namun ada jenis kondom yang menyenangkan untuk dipakai. Tidak seperti kondom lateks, kondom laki-laki terbuat dari polyurethane, misalnya, memfasilitasi perpindahan panas tubuh sehingga meningkatkan kenikmatan. Beberapa produk kondom dirancang lebih mudah digunakan, dan tak membuat orang alergi. Kondom lateks dapat menimbulkan alergi bagi yang tak tahan. Penggunaan pelumasan pada kondom juga meningkatkan kenikmatan , mengurangi gesekan dan risiko pecah.

Cara menyuntik aman

Penularan melalui penggunaan suntikan lebih efektif daripada berhubungan seks tanpa kondom. Pengguna jarum suntik mempunyai hubungan yang erat satu sama lain, sehingga seringkali bertukar jarum tanpa membersihkannya lebih dahulu, sehingga dalam populasi ini HIV sangat mudah menyebar.

Seperti juga orang muda yang sedang dalam masa seksual aktif, pengguna napza suntik dapat menularkan HIV melalui hubungan seksual yang tak aman. Beberapa negara, seperti sebagian daerah Cina, India dan Myanmar, banyak perempuan mendapatkan infeksi melalui hubungan seksual dengan pasangan IDU. IDU juga memberi kontribusi penularan HIV dari ibu ke anak.

Cara utama menghindari penularan HIV pada mereka yang secara seksual aktif adalah menggunakan kondom secara benar, konsisten, atau menghindari penetrasi seksual.

Penularan lewat jarum suntik dapat diturunkan melalui hal dibawah ini

- Berhenti menggunakan napza melalui suntikan
- Gunakan jarum, alat suntik dan peralatan steril setiap kali.
- Tiadak menggunakan alat suntik bersama
- Cuci peralatan diantara penggunaan

Tidak diragukan lagi, cara terbaik menurunkan risiko infeksi HIV adalah berhenti penggunaan napza, (Model pengurangan risiko), namun jika nampaknya hampir tak mungkin maka pengguna napza diminta mengalihkan dari penggunaan suntik menjadi selain suntik. Bagi pengguna heroin melalui cara menyuntik, maka substitusi opioid oral seperti metadon dapat menolong.

Cara penting membuat jarum tetap digunakan secara bersih adalah tersedianya program pertukaran jarum suntik. Program ini mempunyai beberapa keuntungan, yakni menurunkan penggunaan jarum suntik terkontaminasi, sehingga menurunkan penyebaran HIV baru secara umum. Juga dengan cara menurunkan penggunaan jarum bersama dan menggunakan peralatan suntik bekas pakai. Terbukti cara ini selain menurunkan penularan HIV, juga tidak meningkatkan penggunaan napza illegal. Beberapa negara tidak mengizinkan program seperti ini, baik secara hukum maupun kebijakannya. Jika program pertukaran jarum secara hukum tidak dibenarkan, maka pencucian alat suntik adalah cara yang dapat diterima untuk penggunaan cara suntik aman.

3. Ketrampilan penggunaan kondom dan suntikan aman

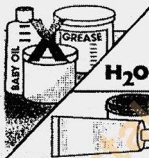
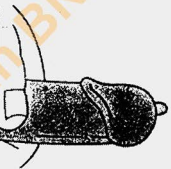
Ketrampilan teknik klien dalam menggunakan kondom dan praktek menyuntik aman harus diamati dan diperkuat.

Penggunaan kondom

Cara tepat menggunakan kondom

- Disarankan untuk menyiapkan dan memutuskan untuk menggunakan kondom sebelum memulai hubungan seks, sebab jika pemanasan sudah dilakukan, maka kemungkinan lupa menjadi besar.
- Selalu diperiksa batas kadaluwarsa yang tertera pada bungkus kondom. Pastikan umurnya tak lebih dari 4 tahun keluar pabrik.
- Tekan bungkus kondom dengan jari untuk memastikan bungkusnya utuh.
- Buka bungkus pada tempat bertanda untuk merobek. Koyak bungkusnya berhati-hati dengan jari. Pastikan kuku batau jari saudara tidak merusak kondom.
- **JANGAN** membuka bungkus dengan benda tajam seperti silet atau gunting sebab memungkinkan merobek kondom.
- Ketika penis ereksi, pasanglah kondom.
- Pastikan bagian bergulung disisi luar. Tekan dan pegang puncak kondom dengan ibu jari untuk menekan udara keluar.
- Letakkan puncak kondom pada kepala penis dan gunakan tangan lain. Dorong gulungan kondom menyusuri batang penis sampai pangkal.
- Gunakan kondom selama berhubungan seks. Setelah ejakulasi, ketika penis masih ereksi, pegang dan tarik penis keluar, jaga kondom tidak menumpahkan ejakulatnya
- Bungkus kondom dengan kertas toilet, buanglah sesegera mungkin sehingga tak terjangkau siapapun. **JANGAN** masukkan kondom ke dalam lubang toilet.
- Kondom tidak boleh digunakan ulang.

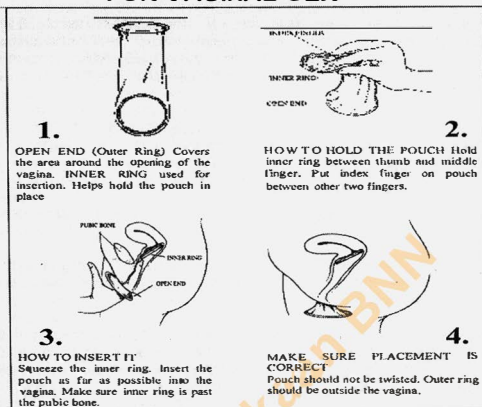
HOW TO USE A MALE CONDOM

	
1. When penis is hard, squeeze air out of tip of the condom and place on head of penis.	2. Hold tip of condom and unroll completely.
	
3. Use only water-based lubricants on condoms. Oil-based lubricants like Vaseline, Crisco, hand lotion or massage oil make condoms break.	4. After coming (ejaculation), hold base of condom and pull out. Never reuse a condom.

*Female condom use***Penggunaan kondom perempuan dengan benar (seks vaginal)**

- Disarankan untuk menyiapkan dan memutuskan untuk menggunakan kondom sebelum memulai hubungan seks, sebab jika pemanasan sudah dilakukan, maka kemungkinan lupa menjadi besar.
- Selalu diperiksa batas kadaluwarsa yang tertera pada bungkus kondom. Pastikan umurnya tak lebih dari 4 tahun keluar pabrik.
- Tekan bungkus kondom dengan jari untuk memastikan bungkusnya utuh.
- Buka bungkus pada tempat bertanda untuk merobek. Koyak bungkusnya berhati-hati dengan jari. Pastikan kuku atau jari saudara tidak merusak kondom. JANGAN membuka bungkus dengan benda tajam seperti silet atau gunting sebab memungkinkan merobek kondom
- Lihat kondom, apakah utuh
- Seka bagian dalam kondom agar lubrikan terpencair, kalau perlu tambahkan lubrikan lagi
- Temukan posisi tepat agar dapat memasang kondom dengan nyaman
- Pegang ujung bagian tertutup kondom. Cincin dalam terletak pada ujung kondom yang tertutup. Pilin cincin kondom antara ibu jari dan jari tengah .
- Buka bibir vagina dengan tangan lain, masukkan kondom diantara kedua bibir.
- Gunakan telunjuk untuk mendorong kondom kedalam sampai jari menyentuh tulang kemaluan dari dalam vagina
- Pastikan cincin luar (bagian terbuka dari kondom) berada berlawanan dengan cincin dalam
- Pegang penis dan masukkan kedalam kondom, pastikan letaknya benar.
- Jika selama berhubungan seks terdengar bunyi-bunyian, maka penis belum betul posisinya dalam kondom, maka hentikan berhubungan seks, pasang kondom baru
- Ketika berhubungan seks selesai dan penis sudah dicabut, pilin cincin luar agar cairan tak tumpah. Tarik kondom keluar dari vagina
- Bungkus kondom dalam kertas toilet, segera buang di tempat tak terjangkau orang lain. JANGAN masukkan dalam lubang WC
- Penggunaan kondom sekali buang, jangan diulang penggunaannya

HOW TO USE A FEMALE CONDOM FOR VAGINAL SEX



Cara melakukan penyuntikan aman

HIV dengan mudah menyebar melalui jarum dan alat suntik yang digunakan kembali, juga air, kapas dan wadah tempat mencampur bahan yang disuntikkan. Jika para pengguna narkoba menggunakan peralatan ini secara bersama-sama, mereka akan tertular HIV, atau meneruskan virus ke orang lain lagi. Pemutih pakaian dapat membunuh virus. Para penyuntik dapat membersihkan peralatannya dengan air dan pemutih.³

Para penyuntik perlu disadarkan bahwa mereka senantiasa harus menggunakan jarum baru. Jika itu tak mungkin, gunakan cara pencucian dengan pemutih, yang dikenal sebagai metode '2 X 2 X 2'.

Pilihan terbaik adalah tidak menggunakan jarum suntik, bila menggunakan jarum suntik gunakan yang steril, selain dari keduanya mengandung risiko..

Pembersihan jarum dan semprit

Metode 2X2X2:

Penyuntik disarankan membuat jarum dan peralatan suntiknya tetap bersih, setiap kali selesai digunakan dibersihkan, lalu dibersihkan lagi bila akan digunakan.

Cara terbaik mencucinya dengan 2X2X2:

1. Sediakan air DINGIN (air steril atau dingin sesudah direbus terbaik) . Hisap air ini masuk kedalam semprit suntik, kemudian semprotkan ke luar kedalam mangkuk/tempat lain. Ulangi seperti ini dua kali.
2. Kemudian secara pelan hisap pemutih (berkekuatan penuh 5.25% hypochlorit) kedalam semprit suntik. Kocok semprit yang berisi pemutih selama mungkin: idealnya 3-5 menit, minimum 30 detik. Semprotkan pemutihnya keluar dan tampung dalam mangkuk/wadah lain. Kerjakan seperti ini dua kali.
3. Ulangi pekerjaan pada butir 1, yakni menghisap air dingin masuk kedalam semprit dan semprotkan keluar dalam mangkuk/wadah lain. Kerjakan dua kali.

Cara pencucian lainnya:

Metode selain diatas ***kurang efektif***, namun masih dapat menolong terutama pada pengguna jalaan.

Ketika seseorang tak mampu menjalankan metode 2X2 X2 dengan penuh, berikan pemikiran bahwa mereka perlu melindungi diri dari residu darah dalam semprit yang mampu menularkan penyakit..

Infeksi dapat dikurangi bila penyuntik membersihkan jarum dan alat suntik, dapat juga dilakukan dengan mencuci dengan pemutih atau deterjen kuat/ yang dilarutkan dalam air untuk waktu yang cukup lama (setidaknya beberapa menit), kemudian dibilas dengan air.

Cara lain adalah dengan merebus alat suntik dan jarumnya selama 15-20 menit. (meski alat suntik plastik akan berubah bentuk atau meleleh)

Cara lainnya adalah mencuci alat suntik beberapa kali (misalnya 10 menit) segera sebelum darah atau benda lainnya menjadi kering didalam semprit .

Jika semua tak dapat dilakukan, gunakan air atau minuman beralkohol, baik vodka, bir, anggur untuk mencuci semprit dan jarum dengan jalan menghisap dan menyemprotkannya melalui jarum dan semprit. Cara ini adalah cara terakhir ketika semua metoda tak dapat dilaksanakan, meski masih berisiko.

4. Membuat rencana

Seks dan cara menyuntik aman

Klien harus mulai berencana menggunakan kondom atau suntikan aman dan mempertahankan cara ini. Periksalah hal ini pada konseling pre-tes. Ketrampilan berpikiran kritis, pengambilan keputusan dan komunikasi harus ditekankan kepada klien , bawalah mereka memahami keuntungannya dan membuat mereka mampu bernegosiasi untuk melakukan seks dan suntikan aman.

Bernegosiasi cara seks aman dan menggunakan kondom

Kapan mulai membicarakan penggunaan kondom? Kalimat apa yang digunakan untuk memulai? Bagaimana mendorong pasangan seksual menggunakannya? Bagaimana cara menjawab pertanyaan yang diajukan pasangan? Ulangi perkataan ini "Saya akan menggunakan kondom setiap kita melakukan sanggam." Berbicaralah dengan jelas dan terdengar. Biasakan diri saudara mengucapkannya tanpa beban. Ucapkan dengan irama. Sampaikan dengan bahasa yang lembut dan romantis. Katakan bahwa hak asasi setiap kita perlu dilindungi. Pikirkan siapa yang akan memasang kondom, saudara atau pasangan saudara? Pada kenyataannya banyak orang merasa tak perlu menggunakan kondom. Mereka menggunakan berbagai alasan untuk tetap tidak menggunakan. Jika saudara mengabaikan penggunaan kondom, dan memaafkan pasangan saudara untuk tidak menggunakannya, adakah saudara mencintai diri dan pasangan saudara?.

Beberapa orang mengatakan selalu menggunakan kondom, pada kenyataannya ketika berhadapan dengan siapa yang menarik hati atau kawannya mereka tidak menggunakannya. Kondom tidak digunakan pada teman atau kekasih karena mereka percaya bahwa teman atau kekasih adalah manusia bersih dari infeksi bawak pada saat itu kondom tidak dalam jangkauan. Orang lain mengatakan kadang menggunakan, kadang tidak. Ketika mereka bertemu dengan orang yang caket, berpakaian rapih mereka mengira teman ini bersih dari HIV. Tampak luar seseorang tak menentukan status HIV nya! Orang lainnya mengatakan hubungan dilakukan anal atau vaginal, dan tak yakin apakah menggunakan kondom, sampai setelah mabuk asmara selesai baru mereka sadar bahwa kondom tidak digunakan. Atau mereka berkilah bahwa saat itu sedang mabuk, lupa, kondom tak tersedia, menggunakan kondom tak enak.

Salah satu masalah dalam mendiskusikan tentang kondom kepada perempuan muda, misalnya, membuat mereka telah berpengalaman seksual dengan banyak orang. Kenyataannya, rasa percaya diri berlebihan melakukan seks tanpa perlindungan bukanlah hanya sekedar membuat nama bersih dengan tidak melakukan berhubungan seks dengan banyak laki-laki, tetapi kemudian terkejut dengan mendapatkan hasil IMS.

*Menyuntik dengan aman***Mengapa orang menggunakan napza?**

Orang menggunakan napza dengan berbagai alasan, seperti menghilangkan nyeri, pada orang tua atau coba-coba pada orang muda . Cara penggunaannya pun berbeda dari waktu ke waktu atau kesempatan . Banyak teori yang mengupas hal ini, tak ada jawaban yang sedwerahana. Banyak faktor yang mempengaruhi mengapa seseorang menggunakan napza, Tak ada satu teori yang dapat menjawab semuanya. Napza ada yang legal dan tak legal, yang legal juga memberikan dampak merugikan seperti yang ilegal.

Mereka yang menggunakan napza ilegal : akan miskin, tersangkut masalah kriminal, stigmatisasi, dan didiskriminasi, seringkali tak bekerja/ melakukan pekerjaan tak lazim untuk mendukung penggunaannya; mengemis, berhutang atau mencuri; tunawisma/ hidup dijalan; rasa percaya diri rendah; tak dapat pegang janji ; tak memperhatikan kesehatan diri, dan tak dapat mempercayai orang.

Banyak alasan mengapa pengguna napza berbagi jarum dan alat suntik, dan tak memperhatikan kebersihan alat suntik. Strategi realistis untuk mencegah berbagi jarum adalah :

- Tingkatkan tahap kesadaran para IDU bahwa berbagi jarum berisiko penularan infeksi.
- Diskusikan cara mendapatkan alat suntik steril.
- Laksanakan KIE tentang cara menyuntik aman, juga melalui informasi tertulis tentang cara mencuci peralatan suntik.
- Lakukan sesi konseling di tempat penjangkauan IDU. (dapat dilakukan diskusi dalam kelompok kecil , lebih baik dari konseling individual).⁴

5. Suplai dan layanan

Suplai kondom murah, berkualitas, yang dibutuhkan klien perlu diberitahukan sumbernya, Juga cara penyuntikan yang aman.

Layanan dan suplai tergantung lokasi masing-masing. Daftar tempat dan alamatnya dapat diberikan konselor pada klien, jika dibutuhkan.

6. Reinforcement dan komitmen

Konselor melakukan kajian ulang rencana penggunaan kondom dan cara menyuntik aman setiap klien pada konseling pasca tes dan setiap kunjungan ke klinik..

Klien diminta mengulang kesimpulan pertemuan yang lalu dan yang telah selesai sekarang, pada setiap pertemuan konseling pre dan pasca tes dengan cara menanyakan cara apa yang mereka pilih untuk mengurangi risiko penularan. Termasuk didalamnya soal penggunaan kondom dan cara menyuntik aman. Mintalah klien menimbang untung dan rugi pilihan dan pengambilan keputusan mereka. Ini adalah cara paling motivasional dan realistis .

Klien bersama dengan konselor memeriksa ulang hambatan dalam melaksanakan perubahan perilaku menuju pencegahan (mis. Akses pada suplai dan layanan,

kurangnya ketrampilan bernegosiasi dsb) dan diskusikan cara mengatasi hambatan dan dukungan tambahan yang diperlukan.

7. Dukungan dan tindak lanjut

Lingkungan yang mendukung perlu diciptakan, agar penggunaan kondom dan cara menyuntik aman dapat dilakukan, seperti ketersediaan kondom, jarum dan alat suntik steril, bahan pencuci dan pemutih, brosur dan liflet KIE, konseling *hotline*, konseling rujukan.

Materi cetakan KIE dapat disediakan dimasing-masing area sesuai kebutuhan dan kemampuan. Ketika materi diberikan kepada klien, konselor perlu menjelaskan isi atau setidaknya kesimpulan dari materi dalam KIE tersebut. Konseling tindak lanjut dan rujukan tergantung dari kesediaan dan kemampuan masing-masing daerah. Tempat rujukan perlu dicatat nama, alamat, jenis layanan, alamat / nomor telepon/orang kontak.

Rujukan

- ¹ Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR (1998) Preventing Epidemics of HIV-1 among Injecting Drug Users, Drug Injecting and HIV Infection, Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, eds, WHO 1998, 183 – 200
- ² Centre for Disease Control (CDC) (1993), Technical Guidance on HIV Counseling, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00020645.htm>
- ³ Centre for Harm Reduction and Asian Harm Reduction Network (1999) <http://www.ahm.net/manual.html>. (Thai and Indonesian versions can be downloaded. English versions are available in hard copy)
- ⁴ Ibid. 202

Komunikasi Perubahan Perilaku - Pemecahan Masalah

**MODUL 2
Sub Modul 4.3.
VCT untuk HIV**

MODUL 2
Sub modul 4.3
Komunikasi Perubahan Perilaku – Pemecahan masalah

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Menggambarkan betapa pentingnya mempertimbangkan perilaku berisiko
 - Menerapkan ketrampilan pemecahan masalah kepada klien ketika menghadapi situasi berisiko
-

Waktu yang dibutuhkan

1 jam 30 menit

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (**PPT10**)
 - Lembar aktivitas (studi kasus) (**AS12**)
 - Naskah (**HO9**)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Isi

- Perilaku berisiko sesuai situasi
 - Penerapan pemecahan masalah untuk perubahan perilaku
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Bukalah dengan sebuah pernyataan bahwa "*klien perlu uluran tangan guna membantu masalah yang dihadapinya ketika berusaha mempraktekan seks aman dan cara menyuntik aman. Banyak klien yang menyadari bahwa dirinya perlu melakukan perlindungan, namun mereka tidak cukup mempunyai ketrampilan untuk melaksanakannya atau tak mampu mengubah diri dalam menerapkannya.*" Dalam stadium menengah dan lanjut penyakit HIV, fungsi berpikir otak mengalami gangguan, sehingga ia tak mampu melakukan penataan, perencanaan dan berpikir kritis. Pada gilirannya membuat individu kesulitan mengatasi masalah praktis.
2. Sampaikan materi tayangan PowerPoint (**PPT10**).
3. Diskusikan langkah-langkah kerjasama pemecahan masalah.
 - Gunakan contoh praktis dan sertakan seluruh kelas untuk melakukan curah pendapat akan opsi.
 - Sertakan kelas dalam mengevaluasi secara kritis pilihan yang ada dan sekaligus mengembangkan rencana tindak.
 - Lakukan aktivitas diatas dengan singkat, sekedar untuk memaparkan contoh setiap langkah pemecahan masalah
4. Tekankan bahwa klien belajar ketrampilan satu hal (misal seks aman) dan dapat menerapkannya pada situasi lain (misal masalah hubungan antar manusia).
5. Aktivitas: *Studi kasus (AS12)*.
 - Bagi peserta dalam dua kelompok dan berikan mereka kasus untuk didiskusikan selama 20 menit
 - Tanyakan kepada peserta untuk menimbang setiap kasus menggunakan "Langkah pemecahan masalah"

- Berikan batasan masalah yang ada.
 - Curah pendapat setiap opsi yang disampaikan klien.
 - Evaluasi secara kritis perbedaan opsi (antisipasi konsekuensi logis atau yang diharapkan dari opsi yang berbeda).
 - Mintalah klien memilih satu pilihan
 - Kembangkan rencana tindak
 - Fasilitasi pengembangan ketrampilan dan strategi bersama klien
- 6. Tanyakan umpan balik dari kelompok tentang aktivitas pemecahan masalah. Lihatlah opsi yang diangkat dan strategi yang digunakan oleh konselor dalam membantu klien.
- 7. Jika peserta masih ingin bertanya, beri kesempatan. Pertanyaan tertulis dapat dimasukkan dalam "kotak pertanyaan".
- 8. Peserta diminta mengisi formulir evaluasi dan meletakkannya dalam "kotak formulir evaluasi"

Studi kasus 1

Klien seorang teknisi, 32 tahun, heteroseksual. Ia bekerja jauh dari rumah. Ia sering bekerja ke luar kota. Dua bulan ini ia tak bertemu isterinya yang tinggal bersama anak laki-laki mereka yang berumur 18 bulan. Isterinya hamil dua bulan.

Ia pergi ke klinik karena dari penisnya keluar cairan, ia didiagnosis IMS. Ia mengaku seringkali kencan dengan perempuan bar. Dokter memberikan terapi untuk IMS. Ia tak tahu harus mengatakan apa kepada isterinya kalau nanti ia pulang ke rumah sesudah pekerjaannya selesai, ia cemas.

Ia khawatir pulang ke rumah isterinya. Ia bertanya apakah obat dapat menghilangkan gejala sakitnya. Jika demikian maka ia tak perlu mengatakan kepada isterinya. Tapi bagaimana kalau obat tidak menyembuhkan? Konselor memunculkan isu tentang infeksi HIV. Ia tak pernah memikirkan risiko terinfeksi HIV.

Studi kasus 2

Perempuan, 23 tahun, bekerja sebagai pramuniaga di sebuah toko. Ia tinggal di asrama mahasiswa. Kerja lainnya adalah pekerja seksual di bar. Ia khawatir akan IMS nya sekarang, meskipun sudah diobati dengan baik, ia tak pernah menggunakan kondom. Ia tak suka membeli kondom dan kliennya juga tak suka menggunakan kondom. Ia malu mengatakan pekerjaannya dan infeksi nya.

Ia mengirimkan sebagian penghasilannya kepada keluarganya dan anaknya di kampung. Keluarganya senang mendapatkan dukungan dana, akan tetapi akan tidak setuju jika mereka mengetahui pekerjaan sesungguhnya sebagai PS. Ia tak mempunyai banyak kesempatan untuk bekerja di tempat lain, terutama yang bayarnya dapat mendukung keluarganya. Ia akan dibayar lebih besar jika tidak menggunakan kondom. Ketika melakukan pekerjaan seks ia seringkali dalam keadaan mabuk alkohol. Ia mengungkapkan bahwa ia seringkali agresif dan kasar.

Sekarang ia punya pacar dari keluarga terhormat yang tak tahu bahwa ia sebagai PS. Ia tak menggunakan kondom ketika berhubungan dengan pacarnya.

Komunikasi perubahan perilaku Pemecahan masalah

Module 2 Sub module 4.3 / PPT10

Tujuan

- Menggambarkan situasi penting dalam konteks dimana perilaku berisiko terjadi.
- Menerapkan ketrampilan penyelesaian masalah pada situasi klien

Apa dampak kemampuan pemecahan masalah ?

- Pengorganisasian, perencanaan dan pikiran kritis terganggu oleh penyakit.
- Mood mempengaruhi motivasi & kemampuan fisik untuk berpikir
- Riwayat Diri Pribadi – mis edukasi & personaliti mempengaruhi pendekatan pemecahan masalah – mis ketergantungan.

Pemecahan masalah adalah

- Memperjelas masalah.
- Menggali dan membantu memperbanyak opsi.
- Membantu klien mengevaluasi secara kritis setiap opsi.
- Membantu klien memilih opsi terbaik
- Mengembangkan perencanaan tindakan.
- Mengembangkan ketrampilan dan strategi.

Klien belajar ketrampilan satu hal untuk diterapkan dalam hal yang lain

- Klien mengembangkan EKTIVITAS dan PERCAYA diri
- Jika ternyata tak dapat dijalankan, mereka membangun opsi-opsi lain dan menganalisa mengapa rencana awal tak berjalan
- Klien lebih bertanggung jawab atas pilihan sendiri, perilaku diri sendiri dan hasilnya.

Pemecahan masalah bukan :

- Mengatakan pada klien apa opsi mereka
- Mengatakan sisi baik dan buruk opsi
- Memilih opsi bagi klien
- Mengatakan apa yang harus dilakukan
- Mengharapkan klien punya ketrampilan dan percaya diri melaksanakan rencana

Konsekuensi mengambil alih tanggung jawab klien

- Hasil dari ketergantungan klien pada konselor
- Klien merasa tak berdaya
- Konselor tempat tuduhan kesalahan jika hasil tak sesuai harapan



Langkah pemecahan masalah [Lihat rinciannya dalam naskah]

- Deskripsikan,
- Curah pendapat opsi
- Evaluasi dengan kritis setiap opsi
- Klien memilih opsi
- Mengembangkan rencana kegiatan
- Memfasilitasi perkembangan ketrampilan dan strategi



Bertindak nyata!

Rencana baik sekalipun akan gagal karena :

- Respon psikologik/perilaku orang lain
- Lingkungan yang tak dapat diprediksi dan edirencanakan, tetapi

"Kita akan berhasil kalau ada perencanaan"



Pemecahan masalah diterapkan dalam konseling pencegahan

- Gali setiap hambatan pencegahan HIV
- Curah pendapat opsi
- Mengulas konsekuensi logis setiap opsi
- Mengembangkan rencana tindakan
- Melatih ketrampilan seperti cara klien membuka diri
- Tawarkan dukungan pasca pelaksanaan opsi



Aktivitas – Studi Kasus



Modul 2
Sub modul 4.3
Komunikasi Perubahan Perilaku – Pemecahan Masalah

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Menggambarkan tentang pentingnya mempertimbangkan konteks terjadinya perubahan perilaku
- Menerapkan ketrampilan perubahan perilaku pada situasi klien yang berisiko

Pemecahan masalah dapat dipelajari dengan mudah dan dapat diterapkan pada variasi situasi yang sangat luas seperti yang sering dijumpai di layanan VCT. Pemecahan masalah dapat digunakan untuk membantu klien mencari jalan keluar dari masalah dalam mengurangi perilaku berisiko atau penularan HIV, merencanakan pengungkapan diri kepada pasangan, melaksanakan isu keluarga dan relasi, dan menghadapi isu yang berkaitan dengan perawatan dan terapi.

Pemecahan masalah adalah langkah dalam konseling yang dinilai cukup berhasil mengatasi rasa kehilangan (misal relasi penting, kehilangan pekerjaan), kehilangan nyata, konflik yang dihadapi klien dengan pilihan jalan keluar yang cukup luas (misal apakah ia akan tetap berada disana atau meninggalkannya dan mengambil peran baru), konflik keluarga dan relasi, ancaman bunuh diri..

Penyakit mempengaruhi kemampuan pemecahan masalah²

Ini merupakan pertimbangan penting ketika seseorang mengalami penyakit pada stadium lanjut ketika di tes.

- Organisasi, perencanaan, dan pikiran kritis menjadi buruk ketika seseorang sakit
- Mood dapat mempengaruhi kemampuan berpikir motivatif dan kemampuan fisik
- Riwayat personal misal edukasi dan gaya personaliti mempengaruhi pendekatan pemecahan masalah misal kebergantungan.

Secara umum mereka yang dapat terbantu dalam penyelesaian masalah adalah :

1. Mereka yang pada dasarnya dapat menghadapi dan menyelesaikan masalah, tetapi pada saat ini sedang tak memungkinkan, karena sedang sakit atau berbagai dilemma yang dihadapi
2. Mereka yang daya adaptasinya rendah

Tujuan pemecahan masalah³

Tujuan pemecahan masalah adalah membantu klien mengenali masalah. Konselor dapat:

- Membantu klien mengenali sumber-sumber yang mereka miliki untuk mengatasi masalahnya;

- Ajari mereka metoda sistematis untuk menghadapi atau mengurangi dampak masalahnya sekarang;
- Meningkatkan perasaan mampu mengatasi masalah dan
- Berikan mereka cara mengatasi masalah

Pemecahan masalah bukanlah:

- Mengatakan pada klien apa opsi mereka
- Mengatakan sisi buruk dan baik opsi mereka
- Memilih opsi untuk klien
- Mengatakan apa yang klien harus jalankan
- Mengharapkan klien mempunyai ketrampilan dan rasa percaya diri menjalankan rencana tindak

Mengambil tanggung jawab dari klien

- Membuat klien menjadi kebergantungan
- Membuat klien merasa rendah diri
- Membuat klien mempersalahkan konselor jika hasil pemecahan masalah tidak sesuai dengan harapan

Peran konselor⁴

Ketrampilan memecahkan masalah tidaklah sulit, dengan sedikit keberanian dan latihan praktis. Konselor bekerja langkah demi langkah bersama klien dalam menguraikan dan memecahkan masalah, bantuan diperlukan klien dalam mengembangkan ketrampilan dan menyusun rencana tindakan serta mengujikan langkahnya, misal ketrampilan negosiasi.

Langkah dalam pemecahan masalah⁵

1. **Deskripsikan masalah :** Konselor membantu mendeskripsikan masalah dan goal klien. Menentukan tujuan membantu klien berpikir fokus pada isu yang sudah digenggam dan meminimalisasi kemungkinan keluar dari jalur masalah, misal apakah masalahnya terletak pada negosiasi bagaimana cara penggunaan kondom?; Apakah masalah berkisar pada kebutuhan akan hasil tes pasangan.
2. **Pilihan untuk curah pendapat:** Curah pendapat adalah cara dimana klien mengemukakan sebanyak mungkin alternatif solusi. Klien kemudian memikirkan sejumlah ide dan potensi opsi yang mungkin dikerjakan, bukan yang ideal. Konselor dapat membantu menyarankan opsi jika klien tak menemukannya. Tidak boleh melakukan paksaan pada proses.

Tidak ada opsi yang diabaikan pada tahap ini. Semua opsi digali dari klien dan klien diminta mempertimbangkannya misal ketika kita berpikir bahwa semua pasien baru harus mendapatkan diagnosis, maka opsi termasuk: bagaimana klien mengatakan status dirinya pada pasangan, apakah mengatakannya di depan konselor, apakah pasangan tidak diberitahu dsb.

3. **Evaluasi kritis tentang opsi:** Langkah ini termasuk mengulas kembali hal-hal kritis dengan berbicara mempertimbangkan nurani dan pikiran klien sendiri pada setiap opsi. Konselor memfasilitasi diskusi ringkas mempertimbangkan untung dan rugi setiap solusi yang dipilih dan klien mempertimbangkan suara batinnya. Mungkin sangat membantu jika konselor mendokumentasikan hal ini sehingga klien merekam proses misal menggunakan contoh diatas tentang pengungkapan perlunya tes HIV kepada pasangannya. Hanya sedikit opsi yang digali sebagai contoh dibawah ini :

Opsi	Keuntungan	Problem yang diantisipasi	Tantangan konselor
Klien mengatakannya sendiri kepada pasangannya	Klien merasa pasangannya akan menghargai kejujuran	Klien takut pasangannya akan melakukan tindak kekerasan atau agresif.	Konselor bertanya: "apakah pernah mengalami tindak kekerasan yang dilakukan pasangan?" Apa yg membuat pasangan berlaku demikian?
Klien mengatakan kepada pasangan dihadapan petugas kesehatan	Menawarkan perlindungan kepada klien Konselor menjawab pertanyaan yg diajukan pasangan klien	Klien takut pasangan akan marah diskusi tidak terjadi secara pribadi	Konselor : "Pemahkah pasangan anda mengatakan ia tak dapat membicarakan masalah pribadinya dihadapan org lain?" "Bagaimana jika dihadapan petugas kesehatan atau dokter?"

4. **Pilihan klien:** Klien diminta mengulang kembali informasi yang telah diberikan pada langkah sebelumnya dan menentukan pilihan. Pengambil keputusan adalah klie, bukan konselor.
5. **Buat rencana tindak:** Rencana tindak rinci akan memudahkan langkah menghadapi masalah. Meski rencana baik, solusi tinggal brencana jika tidak dilakukan. Alasan paling umum dari kegagalan adalah kurang baiknya rencana. Konselor harus memastikan klien terbantu mengembangkan rencana tindak yang dapat dilaksanakan.
6. **Fasilitasi pengembangan ketrampilan dan strategi:** Konselor perlu memastikan klien mempunyai ketrampilan yang dibutuhkan, misal menggunakan ketrampilan komunikasi . Konselor dapat melakukan 'permainan peran' bersama klien memerankan apa yang harus dilakukannya pada pasangan, dengan demikian langkah demi langkah telah dilatih ketrampilannya, sehingga klien percaya diri melakukan sesungguhnya. Misal konselor bertindak sebagai pasangan klien, klien bertindak atas dirinya sendiri, menerapkan pengungkapan diri dan mengantisipasi respon pasangan.

Realistiki

Rencana bagus dapat gagal karena :

- Respon psikologik/perilaku orang lain
- Keadaan lingkungan yang tak dapat diduga

"Langkah sukses diawali dari rencana yang baik".

Jika perencanaan tak dapat dijalankan , cari opsi lebih banyak, dan sempatkan menganalisa mengapa rencana awal tak dapat dijalankan.

Aplikasi dari strategi pemecahan masalah pada konseling pencegahan HIV

1. Gali hambatan pencegahan HIV.
2. Curah pendapat berbagai opsi.
3. Tinjau ulang konsekuensi logik setiap opsi
4. Mengembangkan rencana tindak.
5. Lakukan pelatihan ketrampilan klien misal dalam melakukan pengungkapan statusnya
6. Tawarkan 'tindakan' dukungan.

Rujukan

¹ Hawton, K and Kirk, J. in Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide, edited by Keith Hawton, Paul Sikovskis, Joan Kirk and David Clark (2000). Oxford Press. United Kingdom.

² Kalichman, S. (1995) Understanding AIDS: A guide for Mental Health. Professionals American Psychological Association Washington USA

³ Hawton, K and Kirk, J. in Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide, edited by Keith Hawton, Paul Sikovskis, Joan Kirk and David Clark (2000). Oxford Press. United Kingdom.

⁴ Nelson-Jones, R. (1990). Thinking Skills: Managing & Preventing Personal Problems. Royal Melbourne Institute of Technology. Melbourne.

⁵ World Health Organization Collaborating Centre for Mental Health and Substance Use (1997) Management of Mental Disorders. Sydney Australia.

Modul 2

Sub Modul 4.3

Lembar aktivitas 12

1. Begitu saudara masuk dalam kasus dibawah ini , pertimbangkan menggunakan "*Pemecahan masalah selangkah demi selangkah =Steps in Problem Solving*":

- Deskripsikan masalahnya.
- Curah pendapat atas opsi yang disediakan klien.
- Evaluasi secara kritis setiap opsi (antisipasi konsekuensi logik atau yang diharapkan dari setiap opsi)
- Minta klien untuk memilih satu opsi.
- Kembangkan rencana tindak (*plan of action*).
- Fasilitasi pengembangan ketrampilan dan strategi dengan klien

Studi kasus 1

Laki-laki, 32 tahun, teknisi di sebuah perusahaan. Heteroseksual, menikah. Punya anak laki-laki berumur 18 bulan. Ia sering bekerja jauh dari rumah, ia banyak bepergian dalam pekerjaannya. Dua bulan ini ia tak bertemu dengan isterinya. Isterinya hamil dua bulan.

Dia datang ke klinik karena keluar cairan dari penisnya, dan ia didiagnosis sebagai IMS. Ia sesekali datang ke perempuan di bar. Dokter mengobati IMSnya. Ia takut ketika pulang ke rumah masalah akan timbul. Ia tak tahu harus berbuat apa kepada isterinya.

Ia takut pulang ke rumah. Jika obat ini menyembuhkan gejala penyakitnya, maka ia tak akan menceriterakan apapun kepada isterinya. Tetapi bagaimana jika obat ini tak menyembuhkan infeksi?

Konselor mengangkat isu tentang penularan penyakit infeksi lewat hubungan seksual dan kemungkinan HIV. Ia tak pernah berpikir tentang risiko terinfeksi HIV.

Studi kasus 2

Klien perempuan, 23 tahun, bekerja sebagai pramuniaga paruh waktu pada sebuah toko. Ia tinggal diasrama mahasiswa. Ia bekerja juga sebagai pekerja seks di bar. Ia mengalami infeksi seksual, telah berhasil diobati, namun ia masih kuatir karena ia melakukan praktek seks tak aman, tak pernah menggunakan kondom. Ia tak mau membeli kondom, pelanggannya juga senang kalau tak menggunakan kondom. Ia malu mengatakan tentang pekerjaannya dan infeksi.

Ia merupakan pencari nafkah juga bagi keluarga yang tinggal di kampung, ia punya seorang anak disana. Keluarganya tak tahu pekerjaannya sebagai pekerja seksual, kalau tahu pasti tidak disetujui. Keluarganya senang selalu mendapatkan kiriman uang dari klien. Ia tak melihat pekerjaan lain yang dapat mendatangkan cukup uang untuk mendukung keuangan keluarga. Ia akan meningkat pembayarannya ketika hubungan seks dilakukan tanpa kondom. Ia sering mabuk alkohol ketika melakukan hubungan seks dengan pelanggannya. Ia mengatakan bahwa pelanggannya seringkali kasar dan agresif.

Baru-baru ini ia punya pacar, yang tak tahu pekerjaannya sebagai pekerja seks. Pacar ini seorang yang terhormat di masyarakat, karena itu ia tidak menggunakan kondom.

Orientasi Konseling Pra dan Pasca Tes HIV

Perpustakaan BNU

MODUL 2
Sub Modul 5.1.
VCT untuk HIV

MODUL 2
Sub modul 5.1
Pandangan tentang konseling pra dan pasca tes HIV

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Memahami orientasi modul konseling pra dan pasca tes HIV.

Waktu yang dibutuhkan

15 menit

Materi pelatihan

- Tayangan *PowerPoint* (PPT11)
- Naskah (HO10)
- Kotak pertanyaan

Isi

- Orientasi akan komponen kunci model konseling pra dan pasca tes HIV dari WHO

Petunjuk ases

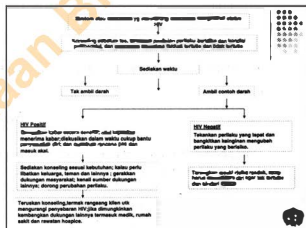
1. Sampaikan bahwa pelatihan akan menggunakan pendekatan pembelajaran konseling pra tes melalui modul dengan cara menyusun pemahaman satu per satu.
 - Kita telah mengetahui tentang "Tujuan rasional melakukan VCT", "Informasi dasar HIV", "Pengenalan tes" dan "Komunikasi perubahan perilaku" yang merupakan komponen konseling pra dan pasca tes HIV.
 - Sekarang kita menuju ke pengembangan ketrampilan berikutnya dan kemudian mengintegrasikan semua ketrampilan yang telah dimiliki ke dalam paket komprehensif konseling pra dan pasca tes HIV.
2. Tayangkan *PowerPoint* (PPT11) dan tunjukkan bahwa kita akan membicarakan semua aspek konseling pra dan pasca tes HIV.
3. Tanyakan apakah masih ada pertanyaan dari kelompok dan pertanyaan tertulis dapat diletakkan dalam "kotak pertanyaan".

Ringkasan konseling pre dan pasca-tes HIV

Modul 2 Sub modul 5. 1/ PPT11

Tujuan

- Memberikan orientasi modul konseling pre dan pasca-tes.



Penyesuaian pendekatan VCT

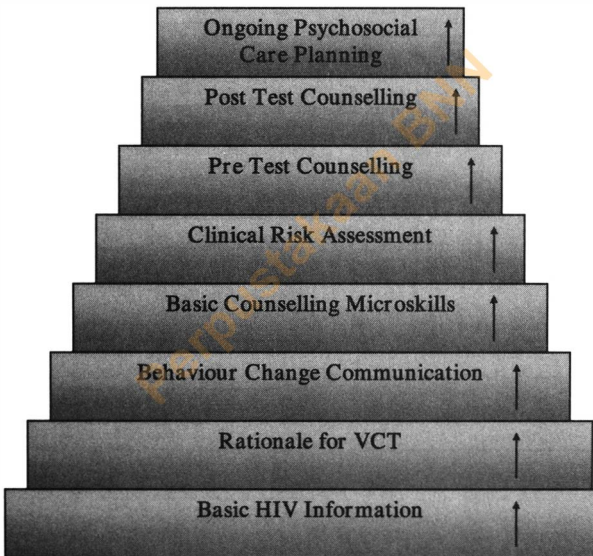
- "Model Klasik" dirancang dg konseling tatap muka individu "satu per satu".
- Dapat disesuaikan :
 - Memenuhi kebutuhan pasangan yang menginginkan tes bersama.
 - Layanan padat klien - Informasi Kelompok dikombinasikan dengan konseling singkat "satu persatu".
- Baca Modul 5 sub modul 1

Modul 2
Sub modul 5.1
Orientasi Konseling pra dan pasca tes

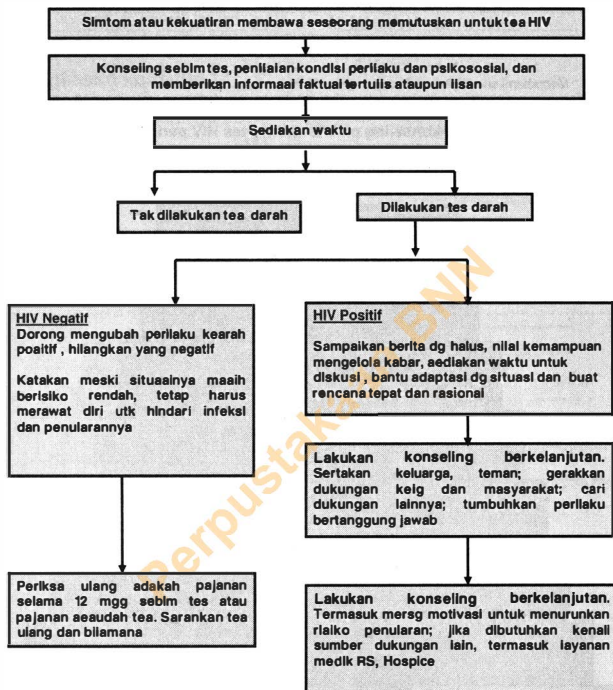
Tujuan

- Memahami orientasi modul konseling pra dan pasca tes.

Untuk melakukan konseling pre dan pasca tes HIV perlu membangun ketrampilan.



**"Model Standar Emas":
KONSELING PRA- TES DAN PASCA- TES HIV¹**



Kerangka model ini merupakan prosedur kunci dalam VCT. Meski demikian memerlukan adaptasi sesuai kebutuhan layanan. Pada beberapa layanan, pasangan dapat datang bersama. Jika kunjungan tinggi, maka pemberian informasi dapat dilakukan secara berkelompok, baru kemudian konseling pre-tes satu per satu.

Pendekatan layanan pada klien dibicarakan pada Modul 5 sub modul 2: Model pemberian layanan VCT.

¹ Global Programme on AIDS, WHO (1994)

Penilaian Resiko secara Klinis

Perpustakaan UI

MODUL 2
Sub Modul 5.2.
VCT untuk HIV

MODUL 2
Sub modul 5.2
Penilaian risiko klinis

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Melakukan penilaian risiko klinis dan melakukan umpan balik level risikonya
- Melakukan diskusi isu sensitif
- Menilai risiko HIV dalam masa jendela

Waktu yang diperlukan

2 jam 15 menit

Materi Pelatihan

- Tayangan *PowerPoint* (PPT12)
- Transparan tentang 'lembar aktivitas penilaian risiko individu'
- Spidol, OHP, layar
- Lembar aktivitas
 - **AS13a** – lembar penilaian risiko untuk konselor
 - **AS13b** – studi kasus untuk klien
- Naskah (MO11)
- Kotak tempat pertanyaan tertulis
- Kotak tempat formulir evaluasi

Isi

- Penilaian risiko klinis
 - Lakukan penilaian dan penyediaan umpan balik pada level risiko
 - Lakukan penilaian untuk rujukan
 - Masa jendela
- Penilaian penyesuaian diri
- Diskusikan isu sensitif
- Penilaian risiko klinis – bermain peran

Petunjuk Pelaksanaan

1. Tanyakan pada peserta apa perlunya melakukan penilaian risiko secara rinci, untuk kepentingan klinis dan kesehatan masyarakat. Kata kunci yang perlu ditekankan adalah:
 - Kondisi kesehatan lainnya akan diperiksa dan diobati seperti IMS, TB, HBV, parasit.
 - Benarkan kesempatan melakukan edukasi pada klien untuk memahami risiko secara rinci
 - Memungkinkan petugas kesehatan memberikan umpan balik yang tepat akan risiko
 - Membantu konselor mengidentifikasi apakah klien mau lakukan tes ulang untuk memastikan keadaan sesudah masa jendela dan mengurangi risiko selama masa jendela
2. Tanyakan klien apakah mengalami kesulitan selama penilaian risiko klinis.
3. Tayangkan presentasi *PowerPoint* (PPT12). Penilaian risiko individu haruslah dimodifikasi sesuai situasi budaya dan sosial, seperti tak dilizinkannya memunculkan pertanyaan riwayat seksual secara eksplisit. Ingatkan bilamana riwayat rinci belum diambil sebelum pemeriksaan IMS dilakukan.
4. **Aktivitas:** Penilaian Risiko.

- Ungkapkan bahwa kita akan melakukan penilaian rinci dan sensitif, yang mungkin menyulitkan.
 - Peserta latih dibagi dalam kelompok berpasangan, seorang menjadi konselor, seorang berlaku sebagai klien. Sesudah itu berganti peran.
 - Untuk peran konselor, berikan salinan **AS13a** (lembar kerja penilaian risiko) dan mintalah mereka mengisi lembar tersebut berdasarkan diskusi yang mereka telah lakukan bersama klien.
 - Untuk peran klien, berikan salinan **AS13b** (studi kasus). Hanya mereka yang berperan sebagai klien yang memegang salinan (**AS13b**) dan jangan tunjukkan kepada pemeran konselor.
 - Sebelum memulai aktivitas, ulangi tentang bagaimana peserta mengungkapkan pelbagai risiko dalam formulir penilaian risiko. Mereka perlu menekankan bagaimana klien didorong untuk tes dan kapan penilaian risiko dilakukan misal perempuan menikah datang untuk tes karena ia menjalani sanggama vagina, pengguna napza menggunakan alat suntik bersama kemudian melakukan sanggama, lelaki sanggama dengan lelaki baik anal maupun oral.
 - Mereka yang berperan sebagai konselor perlu diingatkan untuk meluangkan waktu memberi edukasi pada klien lebih dahulu sebelum memasuki risiko tertentu yang berkaitan dengan situasinya dibicarakan. Ingatkan juga tidak mendorong klien masuk lebih dalam dengan pertanyaan seperti interogasi.
 - Ingatkan peserta untuk mencatat tanggal pajanan bagi setiap risiko. Ini akan membantu mereka mengingat masa jendela berbagai infeksi yang berbeda-beda seperti HIV, HBV dan IMS.
 - Lakukan aktivitas dengan berganti peran antara kedua peserta.
5. Lakukan pemberian informasi pada peserta latih tentang aktivitas penilaian risiko yang telah dilakukan.
- Gunakan lembar transparansi : 'lembar kerja aktivitas penilaian risiko individu' (terlampir dibawah ini).
 - Letakkan lembar transparansi pada OHP dan mintalah peserta latih membaca semua kasus.
 - Lengkapi lembar transparansi dengan melontarkan pertanyaan yang relevan kepada peserta mis "Apakah klien ini menggunakan jarum suntik bersama ? Kapan terakhir kalinya? Apakah ia berada dalam masa jendela? Kapan tes berikut akan dilakukan ?"
 - Kerjakan pada semua kasus.
 - Jika peserta latih menjawab tidak benar, tanyakan apakah kelompok setuju ?
 - Beritanda respon pada lembar transparansi
 - Sesudah merekam jawaban pada lembar transparansi OHP , hapus jawaban dan mulai lagi dengan kasus berikut dengan lembar transparansi baru.
6. Ucapkan pujian pada kelompok atas pekerjaan mereka. Ingatkan peserta untuk membaca naskah.
7. Tanyakan peserta apakah masih ada hal yang ingin ditanyakan, pertanyaan tertulis dapat diletakkan dalam "kotak pertanyaan" yang tersedia.
8. Minta peserta latih untuk melengkapi formulir dan meletakkannya dalam "kotak formulir evaluasi".

Petunjuk Aktivitas Penilaian Risiko

(juga termasuk dalam AS13 dan H011)

- Kenalkan diri saudara dan ungkapkan peran saudara kepada klien.
- Terangkan perbedaan HIV dan AIDS
- Terangkan masa jendela .Gunakan petunjuk dibawah ini:

Ketika HIV masuk kedalam tubuh seseorang, badan akan sadar bahwa virus itu bukan seharusnya masuk dalam tubuh.

Sistem kekebalan tubuh mulai membangun perlawanan dengan membentuk antibodi untuk membunuh HIV dan melindungi diri. Tes darah HIV dimaksud melihat adanya antibodi dalam darah, karenanya disebut tes antibodi.

Masa yang diperlukan untuk pembentukan antibodi adalah 12 minggu sesudah virus masuk badan.

Artinya bila tes hasilnya negatif, maka belum tentu virus belum masuk ke tubuh, karena belum memasuki minggu ke 12. Masa 12 minggu tersebut, disebut masa jendela.

- Secara singkat jelaskan cara umum penularan- seks tak terlindung, ibu ke anak, menggunakan jarum suntik bersama dan produk darah terinfeksi.
- Lalu katakanlah bahwa saudara perlu mendiskusikan sesuatu yang mungkin sensitif dan pribadi- sampaikan hal dibawah ini :

Saya perlu mendiskusikan beberapa hal yang dalam keadaan normal tidak kita bicarakan dengan orang lain. Diskusi ini dimaksudkan untuk :

1. Memberikan umpan balik realistis akan risiko anda terinfeksi – mungkin akan menimbulkan kecemasan tak semstinya
2. Memastikan bahwa saudara dan pasangan akan senantiasa aman dihari esok- praktek yang berbeda, risiko berbeda pula.
3. Melihat apakah ada masalah kesehatan lain yang tidak terlihat ketika di tes dengan cara ini- mungkin diperlukan tes lainnya.
4. Jika saudara terinfeksi , hendaklah tahu kapan terinfeksi- karena terapi yang diberikan akan berbeda. Karenanya kita perlu mengetahui kapan infeksi diperkirakan terjadi

Banyak keuntungan yang dapat diambil dari diskusi kita, namun memang terasa kadang tak menyenangkan.

- Mulailah dengan pertanyaan, mengapa klien menjalani tes dan apakah pernah di tes sebelumnya. Apakah klien pernah berhubungan seks dengan perempuan dan atau lelaki.
- Kemudian diskusikan risiko dari yang kurang sensitif ke arah masalah yang lebih sensitif. Terlebih dahulu lakukan edukasi, bilamana klien merasakan bahwa risiko seperti dimaksud dialaminya.
- Lengkapi formulir pada bagiPastikan klien ada di masa jendela atau tidak, dengan demikian apakah ia memerlukan tes ulang atau tidak.
- Complete the "counsellor only" section of the form. Make sure you note whether the client is in the window period or not and whether s/he requires retesting and when.

Lembar Kerja Aktivitas penilaian risiko individu

(peserta latih perlu membuat beberapa lembar transparansi untuk menampung umpan balik kelompok besar)

KODE KLIEN: _____

Klien mempunyai pasangan tetap: **YA/TIDAK**

Status pasangan tetap: HIV Positif / Tak diketahui / HIV Negatif

Tanggal tes terakhir: _____

Klien/pasangan¹ mengindikasikan infeksi menular seksual: **YA/TIDAK**

Diperlukan terapi rujukan: **YA/TIDAK**

Klien/pasangan² melaporkan simtom TB: **YA/TIDAK**

Pajanan okupasional: **YA/TIDAK** Tanggal: **Masa Jendela : YA/TIDAK**

Tato, torehan **YA/TIDAK** Tanggal: **Masa Jendela : YA/TIDAK**

Produk darah: **YA/TIDAK** Tanggal: **Masa Jendela : YA/TIDAK**

Sanggama vaginal **YA/TIDAK** Tanggal: **Masa Jendela : YA/TIDAK**

Seks oral **YA/TIDAK** Tanggal: **Masa Jendela : YA/TIDAK**

Sanggama anal **YA/TIDAK** Tanggal: **Masa Jendela : YA/TIDAK**

Penggunaan alat suntik bersama: **YA/TIDAK** Tanggal: **Masa Jendela : YA/TIDAK**

Risiko klien pernah berhub dg mereka yg HIV positif: **YA/TIDAK**

Klien hamil: **YA/TIDAK**

Tahap kehamilan: **trimester-1/trimester-2/ trimester-3**

Klien atau pasangan menggunakan KB secara reguler³ **YA/TIDAK**

Klien membyutuhkan tes ulang, karena berada delem masa jendela : YA/ TIDAK

Tanggal tes ulang :

¹ Lingkari satu atau keduanya klien/ pasangan

² Lingkari satu atau keduanya klien/ pasangan

³ Lingkari satu atau keduanya klien/ pasangan

Kasus 1

Laki-laki, 35 tahun, menikah. Mempunyai dua orang anak, berumur 4 dan 2 tahun. Ia memutuskan untuk tes HIV atas saran dokternya. Saran disampaikan berkaitan dengan IMS yang dideritanya sekarang yakni gonorrhea.

Ia menolak dikatakan sering melakukan seks anal dengan laki-laki, terakhir tiga minggu. Ini terjadi saat ia mabuk dan tidak menggunakan kondom. Isterinya tak tahu akan aktivitas seks suaminya. Ia mengatakan hubungan sanggama vaginal dengan isterinya terjadi dua minggu lalu.

Ia merasa tak pasti apa yang akan dilakukannya jika hasil tes HIV positif. Ia sangat keras berpikir bagaimana menyampalkannya pada isterinya dan bagaimana reaksinya.

Kasus 2

Perempuan, 28 tahun, menikah. Minggu lalu ia dinyatakan hamil enam bulan oleh dokternya. Ketika kabar hamilnya disampaikan pada suami, suami mengatakan bahwa ia HIV positif. Karena alasan ini ia ingin tes HIV. Ia sangat marah akan situasinya sekarang. Ia marah pada suami, takut pada diri sendiri dan anak dalam kandungan. Suami mengatakan bahwa ia berhubungan dengan pekerja seks komersial. Hubungan sanggama dengan suami berlangsung dua minggu lalu secara vaginal.

Kasus 3

Laki-laki, 21 tahun. Ia mendengar tentang HIV dari temannya dan ia mulai menguatirkan dirinya. Ia mengatakan berhubungan seks vagina tanpa pelindung beberapa kali dengan teman perempuan yang berbeda. Terakhir kalinya pada seminggu yang lalu.

Dalam diskusi dengan saudara, ditemukan bahwa ia pengguna napza melalui jarum suntik. Ia sering menggunakan jarum suntik bersama dengan teman-teman. Jarum yang digunakan tak dicuci lebih dahulu. Terakhir peristiwa menyuntik terjadi 4 bulan lalu.

Kasus 4

Laki-laki, 26 tahun. Ia pernah dites HIV dua tahun lalu dan hasilnya negatif.

Sejak berumur 20 tahun pasangan seksnya adalah laki-laki. Ia berharap hasil tes HIV nya negatif, dan kini ingin tes lagi untuk memastikan status HIVnya. Ia mengatakan selalu melakukan seks aman, dan jika tanpa kondom maka ia atau pasangannya segera menarik penis ketika ejakulasi. Ia mengatakan terakhir tiga minggu lalu ia berhubungan tanpa kondom dan menarik penis sebelum ejakulasi. Delama diskusi ia ingat bahwa pernah dua kali kondom robek saat hubungan seks. Kejadian ini berlangsung lebih dari 12 minggu lalu.

Penilaian Risiko Klinis

Module 2 Sub module 5.2 / PPT12

Tujuan

- Melaksanakan penilaian risiko klinis dan memberi umpan balik tingkatan risikonya.
- Menatalaksana isu sensitif.
- Melakukan penilaian risiko masa jendela HIV.

Penilaian Risiko

- Komponen utama pre-tes konseling HIV adalah lengkapnya penilaian risiko.
- Konselor perlu menanyakan secara eksplisit tentang berbagai aktivitas, termasuk :
 - Seksual
 - Penggunaan zat.
 - Okupasional.

Mengapa perlu mengambil riwayat aktivitas berisiko?

- Mendorong kewaspadaan lebih besar tentang pemikiran IMS dan HIV.
- Prevensi dan edukasi.
- Determinasi Investigasi hal kesehatan yang penting.
- Umpan balik kepada klien mengenai tingkatan risiko dari berbagai aktivitas yang dilakukannya.
- Implikasinya bagi terapi.

Alasan Pertimbangan perlunya Penilaian

- Adanya masa jendela.
- Kehamilan dan & prophylaxis.
- Edukasi individual dan kejelasan pengertiannya.
- Pengambilan keputusan klinis – manajemen infeksi dini dan lanjut.
- Investigasi medis lainnya.

Hal yang perlu diingat

- Pribadi dan rahasia.
- Menjelaskan 4 alasan informasi sensitif.
- Edukasi lebih dahulu baru tanya soal risiko.
- Mulai dengan hal yang mudah dikonfrontasi baru beralih ke yang lebih diprihatinkan klien.
- Pertanyaan terbuka.
- Tak menghakimi.

Pedoman pengambilan riwayat

- Berikan rasa aman agar isi hati rahasia dapat disampaikan.
- Tanyailah secara individual satu per satu.
- Klien mungkin akan malu.
- Pastikan klien memahami peristiwa yang digunakan :
 - Bahasanya jelas, sederhana, mudah dimengerti.
 - Gunakan gambar atau model jika diperlukan.
- Gunakan bahasa netral, tidak asing dan mengancam.

Pedoman pengambilan riwayat

- Mulailah dengan isu yang dapat dikonfirmasi untuk memudahkan klien.
- Sediakan informasi rinci.
- Diskusikan *semua* cara penggunaan dengan *semua* orang
- Ingat dasar ketrampilan komunikasi anda :
 - Mendengarkan aktif.
 - Mengajukan pertanyaan.
 - Ketrampilan non-verbal dan bahasa tubuh

Activitas: Penilaian Risiko

Modul 2
Sub modul 5.2
Penilaian risiko secara klinis

Tujuan

Agar peserta latih mampu :

- Melakukan penilaian risiko secara klinis dan melakukan umpan balik tahap risiko
- Melakukan diskusi topik yang sensitif
- Menilai risiko dalam masa jendela

Pendahuluan

Komponen utama dalam konseling pre-tes adalah melakukan penilaian lengkap tentang risiko.¹ Konselor hendaklah melakukan penilaian risiko aktual bukan hanya atas persepsi klien². Dalam memenuhi tugas itu maka penilaian risiko membutuhkan pengajuan pertanyaan yang eksplisit dari konselor tentang berbagai kegiatan individual klien

- Aktivitas seksual
- Penggunaan napza
- Aktivitas okupasional
- Penerimaan produk darah, organ ataupun semen

Mengapa harus dilakukan penilaian risiko klinis secara rinci ?

Rincian penilaian klinis meliputi :

- **Mendorong peningkatan kewaspadaan akan infeksi menular seksual dan HIV:** Banyak klien menunjukkan sikap perilaku , keyakinan dan pengetahuan tentang transmisi HIV yang berbeda-beda
- **Memberi kesempatan untuk konseling dan edukasi:** Banyak klien memerlukan edukasi dan bantuan untuk mencari pemecahan masalah dalam mengurangi risiko. Setiap perilaku mempunyai risiko penularan bervariasi . Berikan informasi akan setiap risiko pada jenjang perilaku yang berbeda. Ini akan membantu klien memilih aktivitas risiko rendah mana yang diambinya.
- **Pemeriksaan kesehatan lain yang diperlukan:** Klien berisiko perlu lebih lanjut diperiksa penyakit TB, IMS, hepatitis viral dan lainnya. Tes darah HIV hanya memeriksa penyakit HIV, bukan infeksi lain. Konselor membantu klien merujuk ketempat yang tepat.
- **Umpan balik diberikan kepada klien, agar klien memahami bahwa aktivitasnya mempunyai risiko tertentu:** Banyak klien yang mengurangi atau melebihi risikonya ketika menyampaikan informasi kepada konselor. Perlu disiapkan mental klien untuk menerima hasil tes baik positif , maupun negatif, konselor perlu memberikan umpan balik realistis atas risiko.
- **Implikasi terapi:** Adanya penilaian risiko rinci memudahkan dokter memberikan strategi terapi sesudah suatu diagnosis. Klien yang menunggu hasil tes HIV, akan mempunyai terapi medik yang berbeda dengan mereka

yang mengalami sakit stadium lanjut. Klien memerlukan terapi tambahan atas penyakit lain yang dideritanya seperti IMS dan TB. Rujukan lainnya seperti keluarga berencana, dibutuhkan sesuai dengan penilaian yang didapat saat pengambilan riwayat penyakit.

Pedoman pengambilan riwayat penyakit

Melakukan penilaian risiko dengan kepekaan budaya. Mungkin individu akan malu, atau juga mungkin konselor yang malu³. Konselor perlu mengatakan bahwa kini ia akan membicarakan isu yang sensitif. Disarankan konselor menggunakan kata-kata ini :

Hari ini kita membicarakan tentang hal yang dalam keadaan normal tidak dibicarakan. Kita perlu mendiskusikannya agar :

1. Saudara mendapatkan umpan balik realistis tentang risiko infeksi- saudara mungkin akan kuatir tak sebagaimana mestinya
2. Memastikan bahwa saudara dan pasangan akan senantiasa aman dihari esok- cara hubungan yang berbeda, risiko berbeda pula.
3. Melihat apakah ada masalah kesehatan lain yang tidak terlihat ketika di tes dengan cara ini- mungkin diperlukan tes lainnya.
4. Jika saudara terinfeksi , hendaklah tahu kapan terinfeksi- karena terapi yang diberikan akan berbeda. Oleh sebab itu, kita perlu mengetahui perkiraan kapan infeksi terjadi.

Banyak keuntungan yang dapat diambil dari diskusi kita, namun memang terasa kadang tak menyenangkan

Konselor harus memperhatikan hal dibawah ini ketika melakukan penilaian risiko :

- Area konsultasi bukan tempat umum
- Terjaga kerahasiaan
- Konseling seorang demi seorang secara terpisah- jangan mengambil riwayat penyakit bersama orang lain, kecuali izin telah diberikan.
- Hindari perasaan klien dipermalukan
- Pastikan klien memahami istilah yang digunakan
- Gunakan bahasa sederhana, jelas, mudah dimengerti
- Gunakan peraga atau gambar jika diperlukan
- Gunakan bahasa tak memihak- bukan olok-olok atau menyerang
- Mulailah dengan informasi yang kurang menimbulkan ancaman agar klien merasa enak
- Berikan informasi rinci
- Diskusikan cara praktek dengan semua orang
- Ingat ketrampilan dasar komunikasi saudara
 - Mendengar aktif
 - Mengajukan pertanyaan
 - Ketrampilan non verbal atau bahasa tubuh
- Jangan masukkan tatanilai atau keyakinan konselor kedalam proses pengambilan riwayat .

Petunjuk untuk melakukan aktivitas melakukan penilaian risiko klinis

- Kenalkan diri dan peran saudara
- Terangkan perbedaan HIV dan AIDS
- Terangkan masa jendela . Gunakan catatan dibawah ini:

Ketika HIV masuk kedalam tubuh seseorang, badan akan sadar bahwa virus itu bukan seharusnya masuk dalam tubuh.

Sistem kekebalan tubuh mulai membangun perlawanan dengan membentuk antibodi untuk membunuh HIV dan melindungi diri. Tes darah HIV dimaksud melihat adanya antibodi dalam darah, karenanya disebut tes antibodi.

Masa yang diperlukan untuk pembentukkan antibodi adalah 12 minggu sesudah virus masuk badan.

Artinya bila tes hasilnya negatif, maka belum tentu virus belum masuk ke tubuh, karena belkum memasuki minggu ke 12. Masa 12 minggu tersebut, disebut masa jendela.

- Secara singkat berikan penjelasan tentang cara penularan- seks tanpa pelindung, dari ibu ke anak, menggunakan alat suntik bersama, dan melalui darah serta produknya.
- Kemudian sampaikan bahwa kita akan mendiskusikan beberapa hal yang sensitif dan pribadi- tawarkan pernyataan dalam kotak dibawah ini.

Saya perlu mendiskusikan beberapa hal yang dalam keadaan normal tidak kita bicarakan dengan orang lain. Diskusi ini dimaksudkan untuk :

1. Memberikan umpan balik realistis akan risiko terinfeksi – mungkin akan menimbulkan kecemasan tak semestinya
2. Memastikan bahwa saudara dan pasangan akan senantiasa aman dihari esok-tindakan yang berbeda, risiko berbeda pula.
3. Melihat apakah ada masalah kesehatan lain yang tidak terlihat ketika di tes dengan cara ini- mungkin diperlukan tes lainnya.
4. Jika saudara terinfeksi , hendaklah tahu kapan terinfeksi- karena terapi yang diberikan akan berbeda. Oleh sebab itu, kita perlu mengetahui kapan diperkirakan infeksi terjadi

Banyak keuntungan yang dapat diambil dari diskusi kita, namun memang terasa kadang tak menyenangkan.

- Mulailah dengan pertanyaan, mengapa klien menjalani tes dan apakah pernah di tes sebelumnya. Apakah klien pernah berhubungan seks dengan perempuan dan atau lelaki.
- Kemudian diskusikan risiko dari yang kurang sensitif ke arah masalah yang lebih sensitif. Terlebih dahulu lakukan edukasi, bilamana klien merasakan bahwa risiko seperti dimaksud dialaminya.
- Pastikan klien ada di masa jendela atau tidak, dengan demikian apakah ia memerlukan tesulang atau tidak.

Lembar aktivitas penilaian risiko individual**KODE KLIEN:** _____

Klien mempunyai pasangan tetap: YA/ TIDAK

Status pasangan tetap: HIV Positif / Tak diketahui / HIV Negatif

Tanggal tes terakhir: _____

Klien/pasangan¹ mengindikasikan infeksi menular seksual: YA/TIDAK

Diperlukan terapi rujukan: YA/TIDAK

Klien/pasangan² melaporkan simptom TB: YA/TIDAKPaparan okupasional: YA/TIDAK Tanggal: Masa Jendela : YA/TIDAKTato, torehan YA/TIDAK Tanggal: Masa Jendela : YA/TIDAKProduk darah: YA/TIDAK Tanggal: Masa Jendela : YA/TIDAKSanggama vaginal YA/TIDAK Tanggal: Masa Jendela : YA/TIDAKSeks oral YA/TIDAK Tanggal: Masa Jendela : YA/TIDAKSanggama anal YA/TIDAK Tanggal: Masa Jendela : YA/TIDAKPenggunaan alat suntik bersama: YA /TIDAK Tanggal: Masa Jendela : YA/TIDAK

Risiko klien pernah berhub dg mereka yg HIV positif: YA/TIDAK

Klien hamil: YA/TIDAK

Tahap kehamilan: trimester-1/trimester-2/ trimester-3

Klien atau pasangan menggunakan KB secara regular³ YA/TIDAK**Klien membutuhkan tes ulang, karena berada dalam masa jendela : YA/ TIDAK**

Tanggal tes ulang :

Rujukan¹ Ross, Michael, Channon-Little, L., Sexual Health Concerns Interviewing and History Taking for Health Practitioners. Second Edition McLennan and Petty Publishers Sydney² Alana McCreaner in Counselling in HIV infection and AIDS John Green and Alana McCreaner (1996) Blackwell Science Publishers. United Kingdom³ Merril, J.M., Laux, L.F. and Thornby, J.L..(1990) Why doctors have difficulty with sex histories. South Medical Journal.¹ Lingkari satu atau keduanya klien/ pasangan² Lingkari satu atau keduanya klien/ pasangan³ Lingkari satu atau keduanya klien/ pasangan

Modul 2

Sub Modul 5.2

Lembar Kegiatan 13a

Petunjuk Kegiatan penilaian risiko (Termasuk didalamnya H011)

- Perkenalan konselor pada klien dan menjelaskan perannya
- Jelaskan perbedaan antara HIV dan AIDS
- Jelaskan periode jendela. Gunakan petunjuk dibawah ini.

Ketika seseorang terinfeksi HIV, maka tubuh akan terjadi penolakan tubuh. Sistem kekebalan akan mulai bekerja membentuk antibodi untuk melawan dan melindungi tubuh. Tes darah yang dilakukan adalah memeriksa antibodi ini, karenanya disebut tes antibodi. Antibodi terbentuk setelah 12 minggu terinfeksi. Ini berarti status seronegatif seseorang bukan berarti ia terbebas dari infeksi, jika memang mereka berisiko 12 minggu sebelum dilakukan tes. Periode 12 minggu ini disebut sebagai 'periode jendela' (*Window Period*)

- Jelaskan secara singkat cara umum penularan : seks tak aman, penularan ibu ke anak penggunaan jarum suntik bersama dan infeksi melalui produk darah.
- Kemudian berikan penjelasan bila ada pertanyaan lain untuk didiskusikan namun sensitif dan pribadi, ajukanlah dengan tulisan yang dimasukkan kedalam kotak

Saya perlu mendiskusikan sesuatu hal yang tak biasanya kita bicarakan dalam situasi nonnal. Diskusi ini dimaksud untuk

1. Memberikan umpan balik realistis tentang risiko terinfeksi yang biasanya akan menimbulkan kecemasan
2. Memastikan keamanan diri dan pasangan saudara dimasa datang- masing-masing perilaku mempunyai risiko yang berbeda
3. Melihat apakah ada masalah medik yang terselubung-karenanya mungkin dibutuhkan jenis tes lainnya.
4. Jika saudara terinfeksi, perlu diketahui waktu kemungkinan besar terinfeksi-ini menentukan cara penanganan. Dengan cara demikian kita dapat mengetahui apa yang harus dilakukan dan kapan..

Baiklah bagi kita untuk secara terbuka mendiskusikannya, meski suasana tak nyaman.

- Mulai dengan pertanyaan mengapa klien perlu di tes darahnya, dan kapan terakhir kalinya klien di tes, lalu tanyakan aktivitas seksualnya dengan laki-laki atau perempuan atau keduanya.
- Kemudian beralihlah kepada topik yang kurang sensitif ke yang lebih sensitif. Berikan edukasi lebih dahulu, baru kemudian tanyakan apakah ada risiko tersebut pada klien.
- Lengkapi formulir isian yang berenda 'hanya diisi oleh konselor'. Pastikan adanya catatan tentang adanya periode jendela atau tidak, kapan klien butuh tes ulang

Lembar Aktivitas Penilaian risiko individu

(Harus dilengkapi oleh konselor. Termasuk dalam HO11.)

KODE KLIEN: _____

Klien mempunyai pasangan tetap Ya/Tidak

Status pasangan tetap: HIV Positif /Tak diketahui / HIV Negatif

Tanggal terakhir tes darah: _____

Klien/pasangannya terindikasi riwayat Infeksi Menular Seksual (IMS) : Ya/ Tidak

Dibutuhkan teraori rujukan: Ya/ Tidak

Klien/pasangannya¹ melaporkan simptom TB: Ya/ Tidak

Dibutuhkan terapi rujukan: Ya/ Tidak

Paparan ditempat kerja : Ya/ Tidak Tanggal : **Periode Jendela** : Ya/ TidakTattoo, luka gores Ya/ Tidak Tanggal : **Periode Jendela** : Ya/ TidakProduk darah: Ya/ Tidak Tanggal : **Periode Jendela** : Ya/ TidakSeks vaginal Ya/ Tidak Tanggal : **Periode Jendela** : Ya/ TidakSeks Oral Ya/ Tidak Tanggal : **Periode Jendela** : Ya/ TidakSeks Anal Ya/ Tidak Tanggal : **Periode Jendela** : Ya/ TidakBergantian alat suntik : Ya/ Tidak Tanggal : **Periode Jendela** : Ya/ Tidak

Diketahui klien berisiko dengan ODHA : Ya/ Tidak

Klien hamil : Ya/Tidak

Tahap kehamilan : Trimester I / Trimester II / Trimester III

Klien/pasangan² menggunakan kontrasepsi secara teratur Ya/Tidak**Klien membutuhkan tes ulang karena paparan dalam masa jendela : Ya/ Tidak**

Tanggal tes ulang :

¹ Lingkari salah satu atau keduanya klien /pasangan² Lingkari salah satu atau keduanya klien /pasangan

Modul 2
Sub Modul 5.2
Lembar Aktivitas 13b

Kasus 1

Laki-laki, 35 tahun. Menikah, mempunyai dua orang anak, berusia 4 dan 2 tahun. Atas saran dokter ia memintas tes HIV. Saran ini berkaitan dengan diagnosis infeksi gonorrhoea, suatu infeksi menular seksual, pada saat ia ke dokter.

Ia menyangkal sering berhubungan seks dengan laki-laki secara anal. Terakhir kalinya adalah 3 minggu lalu. Hubungan itu terjadi ketika ia mabuk alkohol, dan tak menggunakan kondom. Isterinya tak tahu hubungan seks sang suami. Ia tak menggunakan kondom jika berhubungan dengan isteri. Dua minggu lalu ia bersanggama vaginal dengan isteri, tanpa kondom.

Ia tak terpikir apa yang akan ia lakukan jika tes HIV nya positif. Ia prihatin, terus memikirkan apa yang akan dikatakannya pada isterinya dan apa reaksi isterinya.

Kasus 2

Perempuan, 28 tahun, menikah. Minggu lalu ia dikatakan dokter hamil enam minggu. Ketika kabar ini disampaikannya pada suami, suami berkata bahwa ia positif HIV. Atas alasan ini, ia memeriksakan status HIV nya. Ia sangat marah atas situasi yang menimpanya. Ia marah pada suami dan dirinya sendiri, dan kuatir akan bayi dalam kandungan. Suaminya mengaku pernah berhubungan seksual dengan pekerja seks. Dua minggu lalu ia melakukan hubungan intim dengan suami tanpa menggunakan kondom.

Kasus 3

Laki-laki, 21 tahun. Ia mendengar dari teman-temannya tentang HIV. Kini ia merasa kuatir akan dirinya, mengingat ia sering melakukan hubungan seks tanpa kondom dengan beberapa perempuan. Kali terakhir berhubungan adalah seminggu yang lalu.

Dalam diskusi selanjutnya terungkap ia juga pengguna narkoba dengan jarum suntik. Ia selalu bergantian jarum tanpa dibersihkan lebih dahulu dengan kawan-kawannya. Terakhir menggunakan narkoba 4 bulan lalu.

Kasus 4

Laki-laki, 26 tahun. Ia telah tes HIV dua tahun lalu.

Ia dikenal sebagai seorang homoseksual sejak ia berusia 20 tahun. Sekarang ia minta tes lagi untuk memastikan status dirinya dan berharap hasilnya tetap negatif. Ia mengatakan selalu menggunakan kondom, apabila terjadi tanpa kondom, ejakulasi senantiasa dilakukan diluar tubuh. Tiga minggu lalu ia berhubungan seks tanpa kondom dan ejakulasi diluar tubuh.

Sepanjang waktu diskusi, ia mengingat kembali bahwa pernah dua kali kondomnya robek selama berhubungan seks. Mungkin waktunya sekitar 12 minggu lalu.

Konseling Pra Tes - HIV

Perpustakaan UI

MODUL 2
Sub Modul 5.3.
VCT untuk HIV

MODUL 2
Sub modul 5.3
Konseling Pra tes HIV

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Menerapkan pengetahuan dasar mikro konseling dalam konseling pra tes
- Mengintegrasikan penilaian risiko klinis, edukasi pencegahan HIV dan konseling ke dalam konseling pra tes
- Melakukan penilaian strategi penyesuaian diri individu dan sistem dukungan psikososial
- Memfasilitasi terlaksananya informed consent klien

Waktu yang dibutuhkan

3 jam 30 menit

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT13)
- Lembar aktivitas (studi kasus) (AS14)
- Naskah (HO12)
- Kotak pertanyaan
- Kotak formulir evaluasi

Isi

- Integrasikan ketrampilan konseling mikro ke dalam situasi konseling Pra tes HIV.
- Masukkan kedalam proses konseling materi edukasi pencegahan, pengurangan risiko kedalam konseling pra tes
- Nilailah kemampuan klien dalam menyesuaikan diri dengan kemungkinan hasil tes HIV
- Nilailah jejaring dukungan psikososial individu
- Lakukan persiapan pembuatan *informed consent*.

Petunjuk Pelaksanaan

1. Berikan informasi dengan tayanagan PowerPoint (PPT13).
2. **Aktivitas: Bermain Peran.**
 - Bagilah peserta dalam kelompok yang masing-masing kelompok beranggotakan tiga orang. Seorang berperan menjadi 'konselor', seorang menjadi 'klien' dan seorang lagi menjadi 'pengamat'. Peran ini akan dimainkan bergantian.
 - Ada tiga kasus yang diperankan. Setiap putaran memainkan satu kasus.
 - Pada akhir ketiga putaran, dilakukan pengambilan kesimpulan, bagaimana peran tadi dimainkan : klien, konselor, pengamat.



3. Berikan petunjuk sebagai berikut pada setiap putaran:
- "Konselor" diminta menggunakan pedoman konseling pra tes secara rinci sesuai naskah HO12 ketika bermain peran pada setiap studi kasus.
 - Pengamat mengikuti petunjuk pengamat dalam naskah HO12. Pengamat mengamati proses 'konseling' dalam bermain peran ini dan memberikan umpan balik setelah permainan peran selesai.
 - Fasilitator perlu mengingatkan pengamat untuk tidak menginterupsi jalannya permainan peran konseling.
 - Setiap "klien" perlu menjiwai kasus dalam (AS14) dan berperan seakan kasus sesungguhnya dihadapan 'konselor'. Mereka hanya boleh mengungkapkan diri jika memerankan gender yang berbeda. Tekankan bahwa konselor dapat memulai dengan mengajukan pertanyaan mengeksplorasi klien.
 - Sediakan waktu 20 menit untuk 'konseling'.
 - Pada akhir setiap putaran, berikan kesempatan untuk memberikan umpan balik para pemeran tentang apa yang mereka alami dalam proses 'konseling'. Waktu yang tersedia 5 menit.
 - Kelas kemudian dibagi dalam tiga kelompok, yakni kelompok 'konselor', 'klien' dan 'pengamat' sesuai peran dalam setiap putaran. Seorang ko-fasilitator membantu proses berlangsung di setiap kelompok. Diskusi meliputi hal dibawah ini :
 1. Apa yang membuat klien merasa nyaman ?
 2. Keterampilan konseling mikro mana yang paling penting untuk diterapkan oleh konselor ?
 3. Bagaimana peserta membuat keseimbangan antara pemberian informasi dan penanganana emosi klien ?
 - Diskusi umpan balik setelah permainan peran tak lebih dari 10 menit.
4. Tanyakan apakah masih ada pertanyaan dari kelompok dan pertanyaan tertulis dapat diletakkan dalam "kotak pertanyaan".
5. Mintalah peserta melengkapi formulir evaluasi dan memasukkannya kedalam "kotak formulir evaluasi".

Case study 1

A 35-year-old male. He is married and has two young children aged four and two. He has decided to have an HIV test at the suggestion of his doctor. This suggestion followed the recent diagnosis of gonorrhoea, a sexually transmitted infection, on his last visit to the doctor. He reluctantly reports that he often has sex with other men, the most recent occasion being three weeks ago. He reports that this usually occurs when he has been drinking alcohol and that he does not use condoms. His wife is unaware of his sexual practices. He does not use condoms with his wife. He most recently had sex with his wife two weeks ago. He is unsure what he would do if he tested HIV positive. He is particularly concerned with how he would tell his wife and how she may react.

Case study 2

A 21-year-old male. He states he has heard about HIV from some of his friends and has started to worry about whether he may be infected. He reports having had unprotected sex with several different female partners. The most recent occasion would have been one week ago. Discussion also reveals that he has experimented with injecting drugs. He reports that the needles he used were shared and not cleaned between uses. He most recently experimented with drugs four months ago. He reports that since he has been worried about HIV, he has not been eating well and has had difficulty sleeping. He believes he would be rejected by his family and friends if he were to test HIV positive. He mentions that he has thought about suicide should he receive a positive result.

Case study 3

A 23-year-old woman presents for a HIV test as she has become worried that she may have contracted HIV off her former husband. She has heard that he is unwell and there are rumours in the village that he has AIDS. She last had unprotected vaginal sex with him two months ago. She recalls that during the last few months of their relationship he complained of feeling constantly tired and coughed a lot. Their relationship broke up when he left her for another woman. She has not had other sexual partners. She now suspects that he had other sexual partners when he travelled up country for work. The client's family are poor and live in a slum area; they are annoyed that she has not stayed with her husband. Her family have indicated that they feel she should have stayed with her husband. She is not comfortable raising her fears about HIV with her family. The client is very upset and worried. She is convinced that she has HIV.

Konseling Pre-tes HIV

Module 2 Sub module 5.3 / PPT13

Tujuan

- Menerapkan pengetahuan mikro konseling dasar dalam konteks konseling pre-tes.
- Integrasikan penilaian risiko klinis, preventif-dukasi HIV, dan konseling kedalam konseling pre-tes.
- Nilailah strategi penyesuaian diri klien dan sistem pendukung psikososialnya.
- Fasilitasi pembuatan *informed consent* oleh klien.

VCT – Konseling Pre Tes-tujuan

- Memastikan bahwa setiap keputusan yang diambil betul telah dipahami dan sukarela.
- Menyiapkan klien akan penerimaan apapun hasil tesnya, negatif-positif-indeterminan.
- Memberikan informasi untuk mengurangi risiko dan strategi menghadapi tes.
- Memberikan pilihan untuk PMTCT.
- Menyediakan pintu masuk untuk terapi dan perawatan.

Tujuan berfokus klien

- Rencana pengurangan risiko individualistik.
- Fasilitasi berjalannya rencana klien.
- Fasilitasi ketrampilan penyesuaian diri klien.
- Fasilitasi mekanisme perbaikan dukungan ke klien : interpersonal dan keluarga.



Tahapan konseling Pre-tes

- Mapankan relasi dengan klien
- Cari tahu alasan klien datang ke layanan (informasi, konseling dan tes?).
- Informasi HIV.
 - Luruskan semua kesalah pengertian – beri contoh sederhana dan faktual
 - Diskusikan penularan HIV termasuk 4 prinsip - ESES

Tahapan konseling pre-tes

- Bantu klien menilai tingkatan risikonya sendiri dan ajak ia menyusun rencana pengurangan risiko.
- Terangkan mengenai tes HIV.
- Bicarakan tentang hambatan dan keuntungan tes individual.

Tahapan konseling pre tes

- Diskusikan perlu tidaknya membuka status HIV pada pasangan seks (kalau perlu pasangan di konseling juga atas permintaan klien).
- Simpulkan setiap sesi.
- Buat *informed consent*.
- Pastikan hak untuk melakukan tes.

Tes HIV

Ketika klien memutuskan untuk tes :

- Informasikan tentang prosedur tes.
- Lamanya hasil tes diterima – segera atau tertunda
- Jumlah dan cara darah diambil (*venipuncture, finger prick, dsb*) .
- Tunjukkan kepada klien tabung, darah, yang telah diberi nomor kode dirinya

Tahapan konseling pre-tes

Waktunya fleksibel misal jika klien masih stres , turunkan dulu stres nya baru diambil darahnya.

Pilihan tes : Tes cepat

- Lebih baik bagi klien.
- Memungkinkan klien menerima hasil pada hari yang sama.
- Reliabilitas & spesifisitas baik.
- Mudah digunakan baik untuk klinik yang keliling atau menetap
- Perawat dapat dilatih untuk jadi konselor dan untuk pengambiltes darah.
- Ideal untuk *setting* dengan keterbatasan ruang dan petugas laboratorium.
- Sistem *Quality assurance* perlu dimantapkan.

Activitas – Bermain Peran

Konseling pre-tes HIV : Bermain Peran

Putaran 1

Kasus 1

Putaran 2

kasus 2

Putaran 3

Kasus 3

- Bermain peran 20 min
- Umpan balik Tried 5 min

Sama

Sama

- Diskusi 10 min

Klien Konselor Pengamat

Debriefing Facilitators untuk Konseling pre-tes

Putaran 1 Putaran 2 Putaran 3

Klien	A	B	C
Konselor	B	C	A
Pengamat	C	A	B

Topik untuk sesi *Debriefing*

- Apa yang membuat klien merasa nyaman?
- Apa ketrampilan konseling mikro yang paling penting untuk diterapkan?
- Bagaimana peserta latih mengatur keseimbangan antara informasi dan respon terhadap emosi klien?

Modul 2
Sub modul 5.3
Konseling Pra-tes HIV

Tujuan

Agar peserta latih mampu :

- Menerapkan pengetahuan dasar mikrokonseling dalam konteks konseling pra-tes HIV
- Integrasikan penilaian risiko klinis, edukasi prevensi HIV dan konseling pra-tes HIV
- Nilailah strategi kemampuan penyesuaian diri Individu dan sistem dukungan psikososial
- Fasilitasi *informed consent* klien

Pendahuluan

Kebijakan UN tes HIV senantiasa didahului konseling pra-tes. Kebijakan UN berbunyi bahwa setiap konseling sukarela termasuk didalamnya pembuatan *informed consent* sebelum pemeriksaan darah HIV, menjaga kerahasiaan dan konseling pasca-tes¹. Konseling pra-tes HIV membantu klien menyimpulkan diri untuk pemeriksaan darah HIV, memberikan pengetahuan akan implikasi terinfeksi atau tidak terinfeksi HIV dan memfasilitasi diskusi tentang cara menyesuaikan diri dengan status HIV. Dalam konseling didiskusikan juga soal seksualitas, hubungan relasi, perilaku seksual dan suntikan berisiko, dan membantu klien melindungi diri dari infeksi. Konseling dimaksud juga untuk meluruskan pemahaman yang salah tentang AIDS dan mitosnya².

Keterbatasan waktu untuk setiap klien sering menjadi kendala bagi konselor dalam melaksanakan konseling pra-tes. Dalam waktu yang singkat, ia harus memfokuskan diri pada masalah tentang tes, prevensi, dan penularan HIV. Setiap individu yang datang pada konselor membawa banyak isu yang perlu dibicarakan, disadari ataupun tidak, sehingga tak cukup didiskusikan dalam konseling pra-tes³. Bila demikian diperlukan perjanjian ulang untuk datang konseling lagi dilain waktu atau di rujuk ke fasilitas yang memadai bagi kebutuhan klien.

Konseling pre tes menantang konselor untuk dapat membuat keseimbangan antara pemberian informasi, penilaian risiko dan merespon kebutuhan emosi klien⁴. Banyak orang takut melakukan tes HIV karena berbagai alasan termasuk perlakuan diskriminasi dan stigmatisasi masyarakat dan keluarga. Karena itu layanan VCT senantiasa melindungi klien dengan menjaga kerahasiaan. Peletakan kepercayaan klien pada konselor merupakan dasar utama bagi terjaganya rahasia dengan demikian hubungan baik, saling memahami dapat terbin, suatu hal yang menjadi tanggung jawab konselor⁵. Penggunaan ketrampilan konseling mikro sangat penting untuk membina *rapport* dan menunjukkan adanya layanan berfokus pada klien.

Disarankan konselor mempunyai ikhtisar rinci akan proses VCT dan dapat dijangkau dengan mudah ketika diperlukan (sebagai berikut). Ikhtisar sepanjang tak lebih dari

¹ Informed consent –perlunya informed consent adalah bahwa klien benar memahami makna tes dimana antibodi terdeteksi dalam pemeriksaan darah dan cukup informasi tentang apa arti terinfeksi, prosedur, sistem pemeriksaan serta tata cara melaporkan hasil. Klien menyadari akan keuntungan yang dapat diambil dari tes dan mampu mengatasi potensi kesulitan yang mungkin timbul. Hendaknya pemahaman tidaklah menyimpang.

satu muka halaman sehingga mudah dibaca secara cepat , termasuk lembar periksa sesuai prosedur.

Pedoman proses konseling pra-tes ⁶ (versi rinci)

1. Periksa ulang nomor kode dalam formulir ALL sesuai kode klien.

2. Introduksi dan orientasi

- Nama, pekerjaan dan peran
misal "Saya Ratna , konselor ditempat ini. Saya akan mendiskusikan berbagai keprihatinan saudara tentang HIV dan AIDS dan hal lain yang mungkin dialami."
- **Kerahasiaan** (termasuk diskusi isu sensitif) dan anonimitas.
Misal "Apa yang kita didiskusikan tidak akan keluar dari ruang ini. Saudara mempunyai kode nama dan kode nomor. Tak seorangpun mengenal dari nama Kita akan mendiskusikan isu sensitif, bila saudara merasa tak nyaman menjawab pertanyaan yang diajukan, tidak usah dijawab."
- **Kerangka proses VCT**– sesi, durasi, prosedur tes.
Misal "Kami melayani orang yang datang ke tempat ini secara sukarela Kita akan berdiskusi selama 30-45 menit. Jika saudara memutuskan diri untuk melaksanakan tes, saudara menunggu hasilnya dalam waktu" Kemudian kita akan bertemu lagi untuk diskusi sebelum dan sesudah saudara menerima hasil tes"
- **Catatan medik ditangan konselor** [Formulir pra-tes Client Information Record and Result (CIRR)]
Misal "Pada akhir sesi saya akan menuliskan catatan tentang diskusi kita agar tercatat apa yang kita lakukan untuk digunakan saat diperlukan lagi "

3. Data demographik dan pengumpulan data

4. Apa yang dapat saudara pelajari dari layanan ini ? Informasi ini penting untuk social marketing layanan VCT .

5. Alasan kunjungan.misal mengapa klien memilih tempat layanan ini .

6. Fakta dasar tentang HIV dan AIDS

- Periksa pemahaman tentang HIV/AIDS
- Modus transmisi termasuk penularan ibu-bayi (*mother to child transmission* (MTCT))

7. Kombinasikan edukasi tentang risiko dan penilaian risiko diri sendiri.
Sampaikan isu dibawah ini untuk diskusi masalah sensitif:

Saya memerlukan diskusi tentang beberapa hal pada hari ini yang mungkin secara normal tak akan diskusikan orang lain. Diskusi ini diperlukan karena memungkinkan:

1. Memberikan umpan balik realistis kepada saudara akan risiko terinfeksi- mungkin saudara merasa cemas
2. Memastikan bahwa saudara dan pasangan akan tetap memelihara keamanan diri dikemudian hari- cara hubungan yang berbeda, risiko berbeda juga
3. Melihat masalah kesehatan potensial yang tidak dapat ditangkap oleh alat tes- sehingga mungkin diperlukan tes lainnya
4. Melakukan terapi memadai dan saran perawatan . Ketika hasil tes positif, kita perlu menelusuri kapan saat infeksi masuk tubuh saudara atau adakah infeksi lain yang juga memerlukan terapi.

Sebagaimana saudara lihat ada beberapa alasan sehingga kita perlu berdiskusi secara terbuka meski kadang tidak menyenangkan

Dibawah ini saran untuk tata laksana penilaian risiko. ***Gunakan penilaian rinci risiko klinis pro forma sesuai dengan modul penilaian risiko klinis*** (Modul 2 sub modul 5.2). Isu budaya dan klinis memberi pengaruh akan berjalannya sesi ini..

- Risiko terpajan- bila, dimana, bagaimana (lihat penilaian risiko klinis)
- Aktivitas seksual dan umur hubungan seks pertama kali [jika tidak ada aktivitas seksual aktif, tanyakan tentang seks oral]
- IMS – Infeksi Menular Seksual – apa jenisnya infeksi sekarang , dalam 3, 6, 9, 12 bulan terakhir atau sebelumnya
- Jumlah pasangan seksual tetap dan tidak tetap
- Penggunaan kondom pasangan seksual tetap dan tidak tetap
- Pendorong risiko – alkohol, napza, stres, kesepian, uang

Risiko pasangan

- Keprihatinan akan pasangan HIV
- Riwayat seksual yang lalu
- Faktor risiko pencetus dari pasangan
- Perjalanan pekerjaan
- Hidup bersama atau terpisah
- Apakah pasangan punya pasangan seksual lainnya
- Pengetahuan status HIV pasangan
- Rencana mendatang dengan pasangan
- IMS pasangan

8. Komunikasi dengan pasangan

- Diskusi tentang HIV dan IMS
- Diskusi tentang pengurangan risiko
- Diskusi tentang test
- Diskusi tentang kondom dan penggunaannya

9. Pengurangan risiko

- Upaya pengurangan risiko [sebelumnya]
- Detil keberhasilan upaya
- Detil kegagalan upaya atau hambatan
Misal "Apa yang paling sulit dalam pengurangan risiko "
- Nilai ketrampilan penggunaan kondom dan tunjukkan cara penggunaannya
- Lihat ulang pencetus perilaku risiko tinggi
- Pilihan pengurangan risiko
Mis. "Apakah saudara merasa mudah berubah atau mengalami kesulitan. Mengapa?"
- Diskusikan tentang pengurangan risiko dan tes bagi pasangan dan permainan peran
- Simpulkan rencana pengurangan risiko yang telah disetujui

10. Tes HIV

- Ketika klien belum siap tes , katakan bahwa tes merupakan **pilihan**
- Nilai riwayat tes dan hasilnya
- Terangkan tentang tes HIV dan hasil tes yang dimungkinkan
- Diskusikan arti hasil positif, negatif dan indeterminan
- Diskusikan bagaimana klien bereaksi atas segala hasil
- Diskusikan apa harapan klien akan hasil tes pada hari ini
- Nilailah ide bunuh diri
- Diskusikan keuntungan dan kerugian melakukan tes HIV
- Implikasi hasil tes pada diri sendiri, pasangan dan keluarga
- Ketika klien menginginkan tes, upayakan untuk mengetahui bagaimana perasaan klien jika hasil tesnya diterima
- Jika klien TAK mau diberitahukan hasil tes nya dan simpulkan

Jangan lupa untuk mendiskusikan masa jendela dan kebutuhannya, jika mungkin lakukan tes ulang. Contoh dibawah ini dapat digunakan.

Contoh pengungkapan masa jendela kepada klien :

Ketika HIV masuk dalam tubuh seseorang , tubuh menyadari bahwa virus HIV bukanlah sesuatu yang seharusnya berada dalam tubuh.

Sistem kekebalan tubuh mulai membangun perlawanan untuk membunuh HIV dan melindungi orang itu. Tes darah untuk HIV adalah menangkap adanya antibodi, dan karenanya disebut tes antibodi.

Perlu waktu 12 minggu sesudah infeksi HIV masuk untuk memunculkan antibodi.

Karenanya tes HIV tidak menjamin seseorang tak mempunyai virus HIV dalam tubuhnya, baru setelah 12 minggu tes akan positif. Masa 12 minggu disebut masa jendela.

11. Menilai sistem dukungan

- Siapa yang tahu bahwa klien datang ke layanan VCT?
- Apakah pasangannya tahu?
- Kepada siapa klien mencurahkan isu personalnya ?

- Kepada siapa klien menyampaikan hasil tes HIV negatif atau positif ? (kerabat dekat, pasangan dan lainnya) Mengapa, bila, dimana, bagaimana ?
- Menduga reaksi klien dan penatalaksanaan reaksi klien
- Memperkirakan dukungan orang dekat
- Diskusikan atau sediakan informasi hidup sehat dan KIE – diet seimbang, layanan medik, KB, pemeriksaan PMS dan terapinya; pencegahan infeksi oportunistik, pencegahan malaria; hindari infeksi berulang, hindari narkoba termasuk alkohol dan rokok; cukup gerak tubuh dan istirahat; dukungan dan rasa optimis.
Mis "Hidup sehat berarti saudara menjaga kesehatan fisik dan emosi dalam rangka meningkatkan kualitas hidup dan umur panjang"
- Nilai kesiapan klien untuk tes. Jika siap, lakukan persetujuan pelayanan dengan *informed-consent*.
- Tetapkan kontrak sesi konseling pasca tes sepanjang 20-30 menit.

Dalam Modul 5 sub modul 1 kita akan mendiskusikan bagaimana model VCT dapat diadaptasi pada pelbagai pelayanan seperti konseling pasangan, dan kelompok.

¹ UNAIDS Policy on HIV testing and counselling (1997)

<http://www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/counselpole.html>

² UNAIDS (1997) Counselling and HIV/AIDS UNAIDS Technical Update. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva.

³ Kalichman, S. (1995) Understanding AIDS A guide to Mental Health Professionals. American Psychological Association. Washington.

⁴ O'Connor, M. (Edit) (1997) Treating the Psychological Consequences of HIV Jossey – Bass Publishers.

⁵ UNAIDS (2000) Voluntary Counselling and Testing(VCT) UNAIDS Technical Update. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva.

⁶ Population Services International (2001) VCT Site Operation Procedures Manual, Zimbabwe.

Modul 2
Sub Modul (6)
Lembar Aktivitas 14

Kasus 1

Laki-laki, 35 tahun. Menikah, mempunyai dua orang anak, berusia 4 dan 2 tahun. Atas saran dokter ia memintas tes HIV. Saran ini berkaitan dengan diagnosis infeksi gonorrhoea, suatu infeksi menular seksual, pada saat ia ke dokter.

Ia menyangkal sering berhubungan seks dengan laki-laki secara anal. Terakhir kalinya adalah 3 minggu lalu. Hubungan itu terjadi ketika ia mabuk alkohol, dan tak menggunakan kondom. Isterinya tak tahu hubungan seks sang suami. Ia tak menggunakan kondom jika berhubungan dengan isteri. Dua minggu lalu ia bersanggama vaginal dengan isteri, tanpa kondom.

Ia tak terpikir apa yang akan ia lakukan jika tes HIV nya positif. Ia prihatin, terus memikirkan apa yang akan dikatakannya pada isterinya dan apa reaksi isterinya.

Kasus 2

Laki-laki, 21 tahun. Ia mendengar dari teman-temannya tentang HIV. Kini ia merasa kuatir akan dirinya, mengingat ia sering melakukan hubungan seks tanpa kondom dengan beberapa perempuan. Kali terakhir berhubungan adalah seminggu yang lalu.

Dalam diskusi selanjutnya terungkap ia juga pengguna narkoba dengan jarum suntik. Ia selalu bergantian jarum tanpa dibersihkan lebih dahulu dengan kawan-kawannya. Terakhir menggunakan narkoba 4 bulan lalu.

Sejak itu ia terganggu tidurnya dan makan tak enak. Ia takut dikucilkan kawan dan keluarga, jika hasil tesnya positif. Pikiran bunuh diri singgah dikepalanya kalau hasil tesnya positif.

Kasus 3

Perempuan, 23 tahun, meminta tes HIV. Ia menduga suaminya yang dulu menderita HIV. Ia mendengar bahwa mantan suaminya mulai tak sehat dan desas-desus dari kampung mengatakan bahwa suaminya sakit AIDS. Dua bulan lalu ia berhubungan seks tanpa kondom dengan laki-laki ini. Ia mencoba mengingat kembali, ternyata mantan suaminya sering mengeluh lekas lelah dan batuk-batuk. Mereka putus hubungan karena mantan suami menggandeng perempuan lain.

Ia tak pernah berhubungan dengan lelaki manapun kecuali suaminya. Ia menduga bahwa mantan suaminya sering mempunyai pasangan seksual kalau ia kerja ke luar kota.

Keluarga klien miskin dan tinggal di daerah kumuh, mereka marah atas perceraian ini. Ia takut menyatakan status HIVnya kepada keluarga. Klien sangat marah dan kecewa. Ia dinyatakan HIV.

1. Pada setiap selesai satu putaran bermain peran , setiap pelaku (klien, konselor, pengamat) memberikan umpan balik akan apa yang dialaminya sepanjang bermain peran
2. Kemudian bagi kelas atas kelompok 'konselor', 'klien','pengamat' untuk mendiskusikan :
 1. Apayang membuat klien nyaman ?
 - i. Mikrokonseling apa yang paling perlu diterapkan oleh konselor ?
 - II. Bagaimana anda membuat keseimbangan penyediaan informasi yang dibutuhkan klien untuk memenuhi pendamaian emosi klien ?

Perpustakaan BNN

Konseling Pra Tes - HIV- Kekerasan Seksual

MODUL 2
Sub Modul 5.3.
VCT untuk HIV

MODUL 2
Sub modul 5.4
Konseling pra tes HIV – kekerasan seksual

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Mengenal lingkungan kerjanya sebagai petugas VCT dimana korban kekerasan seksual mungkin akan datang kepadanya
 - Memahami kekerasan seksual dan dampaknya kepada para korban di dalam hidupnya
 - Mengidentifikasi kebutuhan layanan para korban tindak kekerasan seksual
 - Memberi batasan langkah-langkah yang harus diambil ketika berhadapan dengan korban kekerasan seksual begitu mereka membuka diri
-

Waktu yang dibutuhkan

1 jam 30 menit

Materi Pelatihan

- Tayangan *PowerPoint* (PPT14)
 - Lembar aktivitas (studi kasus) (AS15)
 - Naskah (HO13)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Isi

- Apa yang disebut sebagai tindak kekerasan seksual ?
 - Kekerasan seksual dan peningkatan kerentanan akan HIV dan IMS
 - Bagaimana petugas VCT berhubungan dengan korban tindak kekerasan seksual
 - Dampak psikososial dari kekerasan seksual dan implikasinya dalam konseling
 - Langkah-langkah yang harus ditempuh begitu korban kekerasan seksual membuka diri kepada konselor
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Sampaikan informasi dengan tayangan *PowerPoint* (PPT14)
2. *Aktivitas*: Sesi curah pendapat.
 - Apa dampak kekerasan seksual terhadap diri korban ?
3. *Aktivitas*: Studi kasus (AS15)
4. Tanyakan apakah masih ada pertanyaan dari kelompok dan pertanyaan tertulis dapat diletakkan dalam "kotak pertanyaan".
5. Mintalah peserta melengkapi formulir evaluasi dan memasukkannya kedalam "kotak formulir evaluasi".

Studi kasus 1 – Perkosaan (laki-laki)

Anak laki-laki, 11- tahun. Ia sangat senang pergi ke sekolah. Suatu sore ia diminta guru untuk tidak pulang setelah pelajaran berakhir. Ia diminta guru menyiapkan beberapa materi untuk pelajaran keesokan harinya. Ia mulai bekerja ketika semua teman-temannya dan guru kelas lainnya pulang. Guru kelasnya menyanjung ia sebagai pandai dan rajin. Guru lalu membelainya secara tidak senonoh. Saat ia mulai menolak, guru mendorongkan tubuhnya ke lantai dan memperkosanya. Anusnya dipenetrasi sang guru. Guru tak menggunakan kondom, anus anak ini luka dan perdarahan.

Pagi ini ibunya mengatakan bahwa anaknya malas-malasan pergi ke sekolah. Ketika ibu mencuci celana dalam anaknya, dijumpai adanya bercak darah. Ibu pergi ke sekolah dan menjemput anaknya pada jam sekolah untuk diantar ke dokter. Dokter merujuk anak laki-laki ini untuk tes. Keduanya merasa tegang akan peristiwa perkosaan ini, serta cemas tentang hasil tes.

Studi kasus 2 – Perkosaan (perempuan)

Perempuan, 15 tahun. Satu minggu yang lalu ia pulang kerja dan diperkosa oleh petugas keamanan. Ia diancam kalau sampai mengatakan kepada siapapun, akan dibunuh. Ia dirujuk oleh seorang dokter karena keluhan nyeri diperut dan keluarnya cairan dari vagina, dan diduga terinfeksi HIV. Klien dalam keadaan syok. Penetrasi terjadi per vaginam, oral dan anal. Ditubuhnya terdapat lecet-lecet dan luka.

Konseling Pra-tes HIV

Kekerasan seksual

Modul 2 Sub modul 5.4 / PPT14

Tujuan

- Mengenali lingkungan dimana petugas VCT melakukan kontak dengan korban kekerasan seksual
- Memahami apa yang dimaksud dengan kekerasan seksual dan mengerti beberapa dampak tindak kekerasan seksual bagi korban
- Mengenali persyaratan layanan korban kekerasan seksual
- Membuat kerangka langkah yang diambil guna membantu korban kekerasan begitu kekerasan terungkap

Kekerasan seksual & peningkatan risiko HIV dan IMS

- Sifat kerusakan jaringan selama terjadinya tindak kekerasan
- Sifat penyerang : mereka yang sering bekerja berpindah tempat kemungkinan prevalensi tinggi IMS
- Ko-infeksi dengan IMS: meningkatkan risiko penularan HIV
- Sifat korban : remaja belum dewasa lebih rentan terhadap IMS

Petugas VCT & korban

Petugas VCT dapat kontak dengan korban melalui:

- Rujukan untuk pemeriksaan laboratorium
- Rujukan dari klinik
- Rujukan dari layanan korban tindak kekerasan
- Permintaan dari masyarakat dan institusi lain

Apakah tindak kekerasan

- Penggunaan ancaman, paksaan, kekuasaan, dalam aksi seksual baik oleh pelaku maupun pihak ketiga
- Termasuk penyerangan, campur tangan, eksploitasi, atau penganiayaan tanpa kerugian fisik maupun penetrasi
- Contoh perkosaan, ancaman pemerkosaan, seks oral/anal, atau insersi obyek kedalam alat genital

Apa dampak kekerasan seksual

Kekerasan seksual selalu membuat dampak buruk, orang terhina, dikendalikan, baik secara fisik maupun emosional sehingga merusak integritas mental

Aktivitas Kelompok 1: Curah Pendapat

Apa konsekuensi kekerasan seksual?

- Fisik
- Psikologis
- Sosial

Persyaratan layanan

Layanan yang diharapkan memenuhi kebutuhan korban :

- Pengertian akan hukum dan kebijakan negara
- Mengembangkan kebijakan dan prosedur setempat
- Memastikan klinik mempunyai kecukupan alat dan bahan
- Memaparkan rujukan dan institusi untuk dukungan
- Mengembangkan sistem rekam yang memadai

Mengembangkan Kebijakan Setempat

Layanan kesehatan perlu mengembangkan kebijakan setempat berbasis pada :

- Kebijakan Nasional : kebijakan nasional seiring dengan kebijakan dunia akan hak asasi manusia
- Masukan dari tim multidisiplin : petugas medik, konselor dsb.

Mengembangkan Kebijakan Setempat

Layanan kesehatan perlu mengembangkan kebijakan setempat berbasis pada :

- Membutuhkan prosedur dan rujukan institusi
- Persyaratan legal : untuk pemeriksaan dan rujukan
- Tersedianya sumber daya dan dana : untuk layanan kesehatan dan individual

Pelaporan kekerasan seksual (1)

Hanya sebagian kecil kekerasan seksual yang resmi dilaporkan. Kebanyakan korban tidak melapor karena :

- Takut malu akan stigma sosial
- Takut pembalasan atau pengucilan dari keluarga atau masyarakat.
- Kemungkinan ditahan dan diadili

Pelaporan kekerasan seksual (2)

Hanya sebagian kecil kekerasan seksual yang resmi dilaporkan. Kebanyakan korban tidak melapor karena :

- Serangan kembali oleh pemerkosa
- Pelaku adalah tokoh penguasa
- Kemampuan berbicara dalam bahasa setempat buruk.
- Kekerasan pada laki-laki dan anak jarang dilaporkan

Tampilkan klien ketika mengunjungi VCT

- Emosi tinggi
- Ansietas
- Depresi
- Syok, tak dapat komunikasi

Wilayah kunci untuk direspon

- *Proteksi* : HAM, pastikan aman secara fisik
- *Medik* : pencegahan selanjutnya, tawarkan tes
- *Psikologik* : sesuai budaya , rujuk pada jejaring kerja dan institusi lain

Menghadapi Pengungkapan Diri Korban Tindak kekerasan seksual

Langkah 1: **Lindungi hak individu**

- Sediakan dukungan emosional
- Rujuk ke layanan untuk korban kekerasan seksual yang tersedia
- Pastikan petugas kesehatan dari jenis kelamin yang sama
- Pastikan terjaga rahasia dan pribadi
- Praktekan mendengar aktif

Menghadapi pengungkapan korban tindak kekerasan seksual

Langkah 1: **Lindungi hak individu** (lanjutan)

- Lakukan penilaian kebutuhan segera akan tindakan medik dan buat kan rancangannya
- Pastikan keselamatan masa depan , termasuk dimana korban akan tinggal
- Pastikan tindakan hukum apa yang akan diambil .Terangkan prosedurnya

Menghadapi pengungkapan korban tindak kekerasan seksual

Langkah 1: **Lindungi hak individu** (lanjutan)

- Selalu berikan petunjuk sesuai minat terbaik orang
- Jika korban tidak ingin dilaporkan, kebutuhan konseling dan rujukan dilakukan oleh institusi untuk itu
- Hargai orang tersebut pada setiap aspek

Menghadapi pengungkapan korban tindak kekerasan seksual

Langkah 2 : **Hubungi polisi atau yang berwenang**

- Sarankan klien untuk memenuhi syarat dan prosedur hukum
- Laksanakan kelengkapan dokumen

Menghadapi pengungkapan korban tindak kekerasan seksual

Langkah 3: Bantuan medik

a) Perhatian segera atas luka.

- Luka akibat kekerasan harus segera ditangani secara medik yang tepat
- Jika persetujuan diberikan lakukan wawancara forensik dan pemeriksaan medik dan beritahukan prosedur yang ditempuh

Menghadapi pengungkapan korban tindak kekerasan seksual

Langkah 3: Bantuan Medik

- Wawancara forensik
- Meningkatkan *informed consent* dari klien
- Menetapkan kenyamanan klien, pribadi dan rahasia.

Menghadapi pengungkapan korban tindak kekerasan seksual

Langkah 3: Bantuan Medik

- Catat semua hal rinci selama wawancara
- Catat secara detil asal kekerasan, konteks dan lingkungannya
- Risiko penilaian kehamilan, HIV, IMS, dan infeksi lainnya

Menghadapi pengungkapan korban tindak kekerasan seksual

Langkah 3: Bantuan Medik (lanjutan)

- Pemeriksaan medik
- Sampaikan prosedur yang perlu ditampuh
- Meningkatkan *informed consent* dari klien
- Catat riwayat medik
- Lakukan pemeriksaan fisik dan langsung wawancara forensik

Menghadapi pengungkapan korban tindak kekerasan seksual

Langkah 3: Bantuan Medik (lanjutan)

c) Pemeriksaan Medik

- Kumpulkan bukti forensik
- Tes untuk HIV, IMS, dan kehamilan (jika klien mengizinkan)
- Terapi pasca paparan, sesuai protokol setempat untuk HIV, IMS, dan kontrasepsi pasca koital

Menghadapi pengungkapan korban tindak kekerasan seksual

Langkah 4: Menyediakan informasi yang relevan

- Jika petugas VCT tak mampu melakukan wawancara forensik, maka berikan lakukan wawancara lain dan dokumentasikan sehingga manakala kemudian hari perlu ditindak lanjuti terdapat bahan yang dibutuhkan
- Informasi harus didokumentasikan pada lembar wawancara forensik interview.

Menghadapi pengungkapan korban tindak kekerasan seksual

Langkah 5: Rujukan

- Layanan masyarakat : pakaian, tempat bernaung dsb
- Layanan konseling : dengan melatih profesi kesehatan jiwa
- Layanan khusus untuk anak : dilakukan di RS Anak dsb
- Layanan hukum :memberi bantuan hukum dan persiapan bantuan hukum

Menghadapi pengungkapan korban tindak kekerasan seksual

Langkah 6: Tindak lanjut

Layanan konseling :

- Setelah kejadian klien belum dapat mengungkapkan karena kondisi mental emosionalnya, oleh sebab itu rencanakan untuk konseling lanjutan
- Siapkan materi KIE untuk klien dapat dipelajari
- Penilaian risiko bunuh diri

Menghadapi pengungkapan korban tindak kekerasan seksual

Langkah 6: Tindak lanjut (lanjutan)

Layanan Medik :

- Tindak lanjut tes HIV, HBV, IMS
- Waktu untuk kunjungan lanjutan tergantung pada masa jendela untuk infeksi dan menyiapkan protokol nasional dan setempat

Konseling untuk Korban tindak kekerasan seksual

Prinsip umum :

- Konselor bekerja sebagai bagian tim
- Korban tidak perlu ditekan untuk konseling
- Konselor harus mempraktekan ketrampilan konseling
- Intervensi segera dapat membantu meminimalisasi keparahan trauma psikologik jangka panjang

Tujuan Konseling (1)

- Membantu klien mengembangkan pengendalian atas hidupnya
- Mengatasi perasaan bersalah atau pertanggung jawabkan serangan
- Klien membantu memahami dan mengungkapkan rasa marah

Tujuan Konseling (2)

- Menghubungkan klien dengan layanan yang tersedia di masyarakat dan mengintegrasikan kedalam aktivitas masyarakat
- Mendukung klien mengatasi kemelut dalam keluarganya dan masyarakat

Kebanyakan korban
kekerasan seksual dapat
meningkatkan kesehatan
jiwa melalui dukungan
emosional, dukungan sosial
dan konseling psikologik

Perpustakaan BNN

Modul 2
Sub modul 5.5
Konseling Pra-tes HIV – kekerasan seksual

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Mengenali lingkungan tempat petugas VCT bekerja, kontak dengan korban kekerasan seksual
- Memahami apa yang terjadi pada tindak kekerasan seksual, dampaknya terhadap kehidupan individu korban kekerasan seksual
- Memahami kebutuhan layanan yang ditujukan kepada korban tindak kekerasan seksual
- Kerangka kerja dalam mengambil langkah untuk korban kekerasan seksual.

Introduksi

Tindak kekerasan seksual terjadi di banyak masyarakat, negara, dan wilayah. Tindak kekerasan seksual melanggar hak asasi manusia dan dapat mengakibatkan trauma fisik dan psikologis jangka panjang.

Tes HIV bukanlah prioritas utama! Tugas utama adalah melakukan dukungan, layanan kesehatan dan forensik (dengan persetujuan).

Kekerasan seksual dan risiko Infeksi HIV dan IMS

Mereka yang mengalami tindak kekerasan seksual akan berisiko terinfeksi HIV dan IMS oleh sebab :

- Perlukaan dan luka terbuka pada sistem genitalia perempuan maupun laki-laki karena paksaan dan penularan HIV dari orang yang terinfeksi.
- Mengingat penyerang biasanya datang dari kelompok orang berisiko tinggi IMS, maka terapi profilaksis antibiotik yang tepat harus dilaksanakan, seperti gonorrhea dan sifilis, yang juga mempunyai akibat jangka panjang
- Infeksi IMS akan mempertinggi risiko HIV
- Perempuan yang belum pubertas akan sangat rentan terkena dampak IMS, dengan konsekuensi jangka panjang seperti infertilitas, kehamilan ektopik

Kebanyakan korban kekerasan sangat mencemaskan dirinya akan tertular HIV, karena itu tidak jarang mereka memerlukan layanan VCT untuk tes.

Petugas VCT akan juga menerima klien dari:

- Rujukan layanan medik.
- Layanan klinik korban kekerasan.
- Kelompok masyarakat atau LSM

Apa saja bentuk kekerasan seksual itu?

Ada beberapa bentuk kekerasan seksual:

- Bentuk yang paling sering adalah perkosaan. Perkosaan terjadi bila seseorang dipaksa dengan kekerasan, atau ketakutan, atau dibawah ancaman.
- Inseri /masuknya obyek kedalam alat kelamin perempuan
- Hubungan seksual oral maupun anal.
- Ancaman perkosaan²

Kekerasan seksual termasuk penggunaan ancaman, atau pemaksaan dalam melakukan tindak seksual oleh pihak ketiga. Kekerasan seksual termasuk tindakan seksual dibawah ancaman, penyerangan, eksploitasi dan mempengaruhi atau pemaksaan tanpa kekerasan fisik atau penetrasi

Kekerasan seksual seringkali merupakan alat untuk melukai, mengendalikan, dan merendahkan, menyiksa integritas seseorang secara fisik dan mental.¹

Apa dampak kekerasan seksual ?

Konsekuensi fisik termasuk :

- Nyeri, mimpi buruk, gangguan nafsu makan, sakit kepala
- Infeksi HIV .
- Penularan infeksi seksual.
- Kehamilan.
- Keguguran.
- Mutilasi genitalia.
- Gangguan menstruasi.
- Perlukaan bagian dalam tubuh
- Mutllasi diri sebagai akibat trauma psikologik ¹

Konsekuensi psikologik:

- Tanda-tanda trauma termasuk: sedih , takut dan kebingungan, gangguan memori, problem perhatian, isolasi
- Tak berdaya
- Merasa diri kotor.
- Apati.
- Menyangkal.
- Ketidak mampuan melaksanakan aktivitas sehari-hari
- Depresi membawa ke gangguan mental kronis
- Bunuh diri

- Keguguran karena perkosaan
- Dijumpainya kasus *Infanticide* anak-anak yang dilahirkan sebagai akibat perkosaan¹
- Sebagai tambahan, turunnya percaya diri sesudah tindak kekerasan akan menurunkan komitmen untuk melakukan perilaku aman.

Konsekuensi sosial:

- Ditolak suami dan keluarga.
- Stigmatisasi atau pengucilan oleh masyarakat.
- Eksploitasi seksual selanjutnya.
- Penghukuman berat.
- Juga termasuk pengabaian edukasi, kesempatan kerja atau bantuan lainnya atau perlindungan.¹

Orang yang rentan:

- Perempuan sendirian, tanpa kawalan
- Perempuan sendiri sebagai kepala rumah tangga
- Anak tanpa kawalan
- Anak-anak di Pantl.
- Pengungsi, tahanan, atau rumah seperti tahanan¹

Persiapan untuk membantu memberikan layanan kepada korban tindak kekerasan seksual**Koordinator kesehatan perlu memastikan:**

- Adanya protokol lokal untuk mengembangkan layanan korban tindak kekerasan, berdasar sumber daya yang tersedia, kebijakan nasional dan prosedur (lihat di bawah ini).²
- Petugas kesehatan, dokter, perawat, konselor, dsb telah dilatih dan dapat memberikan layanan sesuai dengan kebijakan dan prosedur lokal maupun nasional.²
- Klinik mempunyai peralatan dan yang dibutuhkan untuk melakukan layanan termasuk obat-obatan (lihat daftar periksa kebutuhan klinik bagi korban kekerasan seksual).²
- Klinik telah mengembangkan jejaring kerjasama dengan lembaga yang mampu melakukan dukungan selanjutnya bagi korban kekerasan seksual.
- Klinik telah mengembangkan dokumen yang diperlukan seperti formulir persetujuan, pengumpulan data, rujukan dsb.

Mengembangkan kebijakan lokal

- Sertakan tim yang terdiri dari para profesional guna menangani korban tindak kekerasan seksual mis konselor, petugas medis.

- Bangun dan dokumentasikan jejaring rujukan antar lembaga dan sektor misal masyarakat, kesehatan, keamanan dan perlindungan
- Kenali prosedur khusus berkaitan dengan korban kekerasan seksual anak-anak
- Kenali berbagai sumber yang tersedia (obat-obatan, materi KIE, fasilitas laboratorium, kebijakan nasional dan prosedur yang berkaitan dengan kekerasan seksual, misal tes standar dan protokol pengobatan IMS dan HIV, prosedur legal, peraturan tentang aborsi, *PEP-post exposure prophylaxis*= perlindungan pasca pajanan dll).
- Pahami tentang dana yang berkaitan dengan klien dan pusat layanan misal terapi, sumber daya, sumber dana dsb.
- Kenali kebutuhan prosedur hukum misal apa bukti forensik yang dibutuhkan, dokumen apa yang diperlukan, kapan batas waktu memasukkan laporan, siapa yang membayar ongkos pembuatan ini semua , apakah ada cara menuntut ganti rugi, dsb¹
- Buat protokol yang spesifik sesuai dengan situasi lokal (rujuk pada annex formulir VCT yang memuat "Manajemen klinik dari korban perkosaan " untuk layanan minimum korban perkosaan dalam setting keterbatasan sumber daya dan dana²
- Kerjasama dengan masyarakat guna meningkatkan kesadaran akan tersedianya layanan.³

Klien yang datang ke layanan VCT, ciri-cirinya

Korban tindak kekerasan seksual akan tidak datang dengan keluhan kekerasan seksual atau pelecehan. Klien yang mengalami kekerasan seksual atau pelecehan akan datang dalam keadaan :

- Emosi tinggl,
- Cemas,
- Depresi, atau
- Tak dapat komunikasi dan dalam sok

Dalam kasus ini perlu diperiksa kebenaran akan adanya paksaan atau seks tanpa persetujuan.²

Sangat mungkin kejadian kekerasan seksual tidak pernah dilaporkan oleh karena memalukan, menakutkan, stigma sosial, dan ketakutan balas dendam atau kasus dibawa ke pengadilan. Alasan lain tidak dilaporkan, termasuk :

- Kehilangan kehormatan keluarga.
- Dikucilkan dari masyarakat.
- Kemungkinan ditahan atau diadili.
- Serangan lagi oleh pelaku tindak kekerasan.
- Jika klien adalah laki-laki
- Jika penyerang dalam posisi berkuasa.
- Ketidak mampuan berbicara dalam bahasa setempat¹

- Korban tindak kekerasan laki-laki jarang yang melapor atau membuang jauh pikiran bahwa mereka pernah menerima tindak kekerasan.²
- Anak-anak akan sangat ketakutan dan sulit untuk mengatakan apa yang telah terjadi.²

Ketika seorang mempunyai keberanian untuk datang sesudah tindak kekerasan seksual, maka hendaknya petugas kesehatan tahu apa yang harus dilakukannya secara tepat. Kecelakaan kekerasan seksual harus diperiksa dan dinilai secara sangat sensitif dan rahasia untuk tidak menambah penderitaan atau bahaya terhadap klien.¹

Petugas kesehatan harus memantapkan tindakan yang diperlukan dalam area :

- Proteksi: pastikan keselamatan fisik klien.
- Medik: mencegah penderitaan klien lebih lanjut
- Psikologik: tentasuk fasilitas konseling yang sesuai dengan budaya dan berhubungan dengan dukungan yang memadai.¹

Langkah-langkah yang harus diambil pada tindak kekerasan seksual :

1. Pastikan hak asasi klien terlindungi :

- a. Berikan dukungan emosional kepada korban tindak kekerasan. Staf harus sensitif, bijak, bersahabat dan memberi perhatian ketika menghadapi klien.
- b. Idealnya korban tindak kekerasan dirujuk ke fasilitas layanan kekerasan seksual yang mampu memberikan VCT. Jika tidak dimungkinkan, atau bila klien menolak dirujuk, cobalah memastikan bahwa klien ditangani seorang petugas kesehatan dari jenis kelamin sama yang mampu melaksanakan manajemen krisis (melalui pelatihan) dan VCT.
- c. JANGAN memaksa klien berbicara jika mereka tak mau, tekankan bahwa saudara senantiasa bersedia menolong jika klien sudah dapat mengutarakan dan berharap mendiskusikannya.
- d. Ketika mereka ingin bicara, pastikan rahasia tidak dibocorkan. Informasi tertulis (catatan medik) harus disimpan dalam tempat dan ruang terkunci. Menjaga kerahasiaan membuat klien dapat percaya dan mau melaksanakan tes .
- e. Pastikan hal-hal pribadi klien terlindungi di fasilitas kesehatan , lakukan layanan di tempat tertutup.
- f. Lakukan penilaian bantuan medik yang dibutuhkan klien. Jika perlu rujuk ke langkah 3a.
- g. Pastikan masa depan klien selamat. Ini termasuk merencanakan rumah aman, dan ditemani oleh anggota keluarga yang dapat memberikan dukungan.
- h. Staf VCT juga memastikan apakah klien memerlukan dukungan aspek hukum. Rujukan pemeriksaan forensik perlu dilakukan. Jika klien menolak, maka ambil langkah 2.
- i. Ketika klien menolak, staf VCT dapat memberikan arahan bahwa pemeriksaan forensik perlu dilakukan untuk dapat mendukung aspek hukum. Pemeriksaan forensik sedapatnya dilakukan sesegera mungkin, agar bukti tindak kekerasan tidak hilang.

- j. Jika klien menolak pemeriksaan forensik, tawarkan kepada klien layanan lainnya seperti konseling (lihat langkah 5), test HIV, IMS dan kehamilan dan diskusikan ketersediaan layanan. (pada beberapa negara tersedia layanan profilaksis HIV, IMS, dan infeksi lain pasca pajanan)
- k. **JANGAN** tinggalkan korban kekerasan seksual tanpa kawalan.¹
- l. Tetaplah dalam kawalan, meski “kebebasan pribadi” tetap menjadi hak klien.

2. Hubungi polisi/ yang berwenang:

- a. Sarankan klien untuk menghubungi yang berwajib. Dalam pedoman layanan bagi korban kekerasan di Indonesia, diminta untuk menghubungi LSM dan mereka akan memberikan pendampingan untuk ke aspek hukum termasuk polisi.
- b. **Ketika klien memutuskan**, maka LSM bersama klien menghubungi polisi/ yang berwajib dan dokumentasi segala kegiatan harus dilakukan dengan lengkap. (lihat langkah 3b).¹

3. Medik:

a. Jika kejadian baru saja terjadi , segera beri pertolongan medik.

- Jika pertolongan medik diperlukan, dan fasilitas tidak mempunyai kemampuan untuk itu, maka perlu pendampingan ke fasilitas medik rujukan (bila perlu kerjasama dengan LSM dalam bidang ini –tambahan dari editor)
- Pastikan dokternya berjenis kelamin sama dengan klien, tinjauan budaya sebagai lasannya.
- Semua perlukaan akibat tindak kekerasan harus diobati
- Diskusikan kebutuhan untuk pemeriksaan medik dan wawancara forensik ,petugas kesehatan perlu mempersiapkan klien , karena pemeriksaan medik sendiri seringkali invasif dan traumatik.
- Staf harus memahami prosedur medik dan mampu mengungkapkannya kepada klien sebelum mereka diminta persetujuan tindakannya.

b. Wawancara forensik

Persetujuan klien (atau orangtua/wali jika klien belum dewasa) untuk setiap layanan perlu dimintakan, termasuk wawancara. (lihat annex dalam formulir VCT). Pastikan klien memahami bahwa wawancara akan memasuki peristiwa detil yang mungkin sangat menyakitkan untuk diingat kembali. Meski demikian adalah hak klien untuk tidak menjawab jika merasa tak nyaman dan mereka boleh menghentikan wawancara kapanpun.Katakan pada klien bahwa wawancara akan bersifat pribadi dan rahasia sepenuhnya.

Wawancara dilaksanakan ditempat yang tenang, nyaman, jauh dari kemungkinan kebocoran rahasia. Sediakan tisu (penghapus airmata atau keringat) dan air minum. Jika klien dibawah umur, kawalan orangtua/wali dapat membantu selama wawancara. (lihat rujukan 2 dan 3 untuk informasi khusus klien anak dan kekerasan seksual) Petugas medik harus berupaya memastikan tidak ada interupsi selama proses wawancara. Segera sesudah wawancara catatan medik dilengkapi, isi wawancara akurat adalah saat klien berbicara.

Investigasi forensik termasuk :

- Pertanyaan rinci tentang tindak kekerasan: kejadiannya, konteksnya, dan lingkungannya. Riwayat seksual terdahulu tidak berkaitan, kecuali jika ada hubungannya dengan serangan kini, dan berdampak untuk perlindungan klien. Mereka yang mempunyai pengalaman serangan seksual sebelumnya mempunyai kecenderungan re-traumatisasi selama masa wawancara .
- Penilaian risiko untuk HIV, IMS dan kehamilan harus dilakukan
- Respon terhadap pertanyaan harus dicatat cermat, sehingga tak perlu pertanyaan ulangan.
- Kesimpulan dari wawancara harus dijamin aman dan tegaskan tindak lanjut yang dipertukan secara jelas kepada klien. ¹

c. Pemeriksaan medik

Pemeriksaan medik harus ada saksi. Prosedur harus memenuhi panduan dan menjawab hal-hal dalam wawancara forensik , yakni:

- Riwayat medik.
- Dokumentasikan keadaan pakaian.
- Kumpulan materi barang bukti, seperti cakaran kuku, sampel *swabs*, saliva dan darah.
- Dokumentasi semua bukti dari trauma, termasuk difoto.
- Pemeriksaan fisik lengkap, termasuk foto pelvik jika dimungkinkan.

Persetujuan tes dibawah ini perlu dimintakan, termasuk tes untuk :

- Infeksi menular seksual.
- HIV
- HBV
- Infeksi lain.
- Kehamilan.

Terapi medik dapat ditawarkan sesuai dengan terapi pada protokol :

- Analgesik.
- Antibiotik untuk IMS.
- Kontrasepsi darurat jika tersedia.
- Suntikan tetanus/toxoid.

Perempuan hamil yang mengalami tindak kekerasan seksual secara fisik dan psikologik sangat rentan keguguran, hipertensi dan lahir prematur. ¹

(Rekomendasi untuk melaksanakan pengambilan riwayat medik dan pemeriksaan tersedia dalam dokumen "Manajemen Klinis Kekerasan Seksual dan Perkosaan : sebuah pedoman untuk mengembangkan protokol bagi pengungsi dalam negeri dan

luar negeri². Lihat formulir annex VCT untuk contoh pengumpulan data dari pemeriksaan medik.)

4. Jika staf VCT BUKAN petugas kesehatan:

Informasi lain , selain data wawancara dari forensik, juga diperlukan untuk menentukan langkah selanjutnya , jika ada, dan dibutuhkan misal bantuan medik, legal, dan rujukan lainnya.

Bila dimungkinkan semua informasi ditulis dalam suatu formulir (lihat annex formulir VCT : Rormulir Laporan Kejadian) sehingga pertanyaan duplikasi tidak terjadi.

5. Rujukan:

- a. *Petugas layanan masyarakat*: dapat mengganti pakaian korban, sehingga bukan pakaian saat kejadian yang dikenakan korban., juga dapat memberikan keperluan klien semisal selimut, makanan.³
- b. *Layanan konseling*: Klien disarankan untuk konseling, jika tersedia. **Konseling harus dilakukan oleh profesi kesehatan jika terlatih.** Mereka dapat ,memberikan konseling dampak pasca-trauma, dukungan dalam menghadapi keluarga dan reaksi masyarakat, dan dukungan emosional menghadapi prosedur hukum .¹
- c. *Layanan untuk anak-anak*. Anak-anak sebaiknya dirujuk pada rumahsakit atau klinik pediatri.
- d. *Layanan hukum*: Jika klien berharap untuk menceritakan kepada polisi, mereka perlu pendampingan bantuan hukum dsb. Dapat dilakukan dengan menghubungi LSM.

6. Tindak lanjut:

- a. *Layanan konseling*: Korban kekerasan seksual tak akan mengingat apapun sesuai kejadian, karenanya perlu dilakukan konseling pada kunjungan tindak lanjut.Juga perlu ada form baku untuk menulis hasil pemeriksaan agar memudahkan rujukan ketika diperlukan.² Waktu kunjungan tindak lanjut ditentukan oleh konselor.
- b. *Layanan medik*: Tes lanjutan untuk HIV, HBV dan PMS adalah tes yang pertama dibutuhkan sebagai data dasar status. Waktu kunjungan lanjutan tergantung pada kemampuan tes setempat dan masa jendela berbagai infeksi yang berbeda-beda.

Konseling untuk korban kekerasan seksual

Respon psikologik umum korban kekerasan seksual termasuk :

- Ketakutan, ketidak berdayaan dan keterhinaan.
- Kehilangan kepercayaan, kehilangan rasa aman dan terlindungi
- Rasa berdosa dan malu

- Agresif , destruktif, kemarahan dan kebencian.
- Perasaan kotor, tak berharga.¹
- Reaksi stres akut, somatisasi (dini) "
 - Stres pasca trauma
 - Perubahan kebiasaan makan, gangguan cemas
 - Stigma & diam
 - Depresi mayor dan keinginan bunuh diri tidak jarang terjadi²

Pada awalnya klien mengalami rasa "baal secara fisik": mereka merasa baal, menunjukkan sikap dingin tanpa emosi, terlihat sangat tenang, dan berbicara dengan suara hampir tak terdengar . Ini adalah salah satu mekanisme defensif yang membantu klien melanjutkan hidupnya. Mekanisme defensif lainnya adalah melupakan, menyangkal dan depresi mendalam.¹

Sesudah suatu sok dan trauma awal dari kejadian, masuklah dalam tahap berpikir tentang kejadian. Ini akan membawa perasaan berduka, fobia anxietas, masalah somatik dan kadang kondisi gangguan mental kronis.¹

Terdapat korelasi tinggi antara kekerasan seksual dengan ancaman bunuh diri. Penilaian risiko bunuh diri harus dilakukan melalui beberapa kali kunjungan. Idealnya, kunjungan dilakukan segera setelah kejadian, dua minggu dan enam bulan kemudian.²

Prinsip umum konseling korban kekerasan seksual

Bila memungkinkan konselor perlu bekerja secara tim dengan anggota terlatih dari kesehatan dan sosial, pemberi layanan lainnya dan masyarakat.

Konseling perlu ditawarkan kepada klien tetapi jangan paksaan untuk konseling.

- Konseling menjadi efektif jika orang siap untuk konseling.
- Konseling harus dilaksanakan sesegera mungkin oleh petugas kesehatan profesional yang terlatih misal pelatihan konseling pra dan pasca tes, dimana klien didorong untuk tes HIV dan manajemen krisis.
- Konselor harus menerapkan ketrampilan mendengar aktif, pada setiap waktu harus menghargai harapan klien dan mempertahankan kerahasiaan korban.
- Intervensi segera dapat meminimalisasi keparahan trauma psikologik dalam jangka panjang.¹

Tujuan konseling

Konseling mempunyai keuntungan sebagai berikut bagi korban tindak kekerasan seksual :

- Membantu klien mengembangkan perasaan kendali diri dalam hidup dan menghadapi hidup dan mengatasi perasaan bersalah.
- Membantu klien memahami bahwa serangan kekerasan bukan kesalahannya, bukan tanggung jawabnya, berhenti menyalahkan diri sendiri, mereka tidak sendiri dan banyak orang lain yang mempunyai pengalaman yang sama serta dapat kembali hidup normal.

- Membantu klien memahami perasaan kemarahan dan ketakutan terhadap penyerang dalam rangka menurunkan perasaan menyalahkan diri sendiri.
- Membantu melepaskan klien dari kungkungan isolasi diri dengan memasukkannya dalam kelompok dukungan dan jejaringnya dan menarik mereka masuk dalam aktivitas masyarakat.³
- Dukung korban untuk menghadapi keluarga dan masyarakat. (jika dimungkinkan).

Jika kekerasan seksual terjadi dalam rumah tangga, konselor perlu memikirkan suatu saat korban berpikir kembali ke sumber kekerasan, atau klien memang tak punya tempat lain untuk menghindari dari pelaku.¹

Kebanyakan korban akan dapat meningkatkan kembali kesehatan mental melalui konseling dukungan emosi, sosial dan psikologik yang merupakan komponen layanan untuk kebutuhan korban tindak kekerasan seksual.

Rujukan

¹ UNHCR "Sexual violence against refugees: Guidelines on prevention and response." Geneva, 1995 [www.unhcr.ch]

² Inter-agency. "Clinical management of survivors of rape: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced persons situation." An outcome of the Inter-Agency Lessons Learned conference: Prevention and Response to Sexual and Gender-based Violence in Refugee Situations. 27-29 March 2001. Geneva

³ UNHCR. "Prevention and response to sexual and gender-based violence in refugee situations." Inter-agency lessons learned. Conference proceedings, 27-29 March 2001. Geneva

⁴ Inter-agency 1999. "Inter-agency field manual on reproductive health in refugee situations."

Modul 2
Sub Modul 5.4
Lembar aktivitas 15

Studi kasus 1 – Perkosaan (laki-laki)

Anak laki-laki, 11- tahun. Ia sangat senang pergi ke sekolah. Suatu sore ia diminta guru untuk tidak pulang setelah pelajaran berakhir. Ia diminta guru menyiapkan beberapa materi untuk pelajaran keesokan harinya. Ia mulai bekerja ketika semua teman-temannya dan guru kelas lainnya pulang. Guru kelasnya menyanjung ia sebagai pandai dan rajin. Guru lalu membelainya secara tidak senonoh. Saat ia mulai menolak, guru mendorongkan tubuhnya ke lantai dan memperkosanya. Anusnya dipenetrasi sang guru. Guru tak menggunakan kondom, anus anak ini luka dan perdarahan.

Pagi ini ibunya mengatakan bahwa anaknya malas-malasan pergi ke sekolah. Ketika ibu mencuci celana dalam anaknya, dijumpai adanya bercak darah. Ibu pergi ke sekolah dan menjemput anaknya pada jam sekolah untuk diantar ke dokter. Dokter merujuk anak laki-laki ini untuk tes. Keduanya merasa tegang akan peristiwa perkosaan ini, serta cemas tentang hasil tes.

Studi kasus 2 – Perkosaan (perempuan)

Perempuan, 15 tahun. Satu minggu yang lalu ia pulang kerja dan diperkosa oleh petugas keamanan. Ia diancam kalau sampai mengatakan kepada siapapun, akan dibunuh. Ia dirujuk oleh seorang dokter karena keluhan nyeri diperut dan keluarnya cairan dari vagina, dan diduga terinfeksi HIV. Kliem dalam keadaan syok. Penetrasi terjadi per vaginam, oral dan anal. Ditubuhnya terdapat lecet-lecet dan luka.

Konseling Pra Tes HIV - Pajanan Okupasional

**MODUL 2
Sub Modul 5.5.
VCT untuk HIV**

MODUL 2
Sub modul 5.5
Konseling pra tes HIV – paparan okupasional

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Mengadaptasi proses VCT kedalam masalah khusus manajemen paparan okupasional
-

Waktu yang dibutuhkan

2 jam 30 menit

Materi pelatihan

- Tayangan *PowerPoint* (**PPT15**)
 - Lembar aktivitas (studi kasus) (**AS16**)
 - Naskah (**HO14**)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Isi

- Mengenalkan sesi konseling pra dan pasca tes HIV
 - Bagan alur manajemen VCT dari paparan okupasional
 - Konseling Pencegahan Pasca Paparan Okupasional (*Post Exposure Prophylaxis =PEP*)
 - Sumber tes
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. **Aktivitas:**
 - Tanyakan pada peserta siapa yang dapat mengalami risiko paparan okupasional . Pastikan didalamnya termasuk polisi, petugas kebersihan rumah sakit, petugas sampah dsb termasuk petugas kesehatan (teknisi laboratorium, pelaku flebotomi, perawat, dokter dsb).
2. **Aktivitas:**
 - Tanyakan pada peserta apakah mereka termasuk dalam daftar pekerja yang terpajan, tuliskan dalam lembar kertas (misal dijawab 'ya' atau 'tidak'). Diatas kertas tak perlu dituliskan NAMA..
 - Kumpulkan jawaban dan nilai besaran masalah dalam kelompok.
3. **Aktivitas:**
 - Curah pendapat daftar paparan okupasional dan tindak pertolongan pertama untuk mengurangi risiko infeksi.
4. Sampaikan informasi dengan tayangan *PowerPoint* (**PPT15**).
 - Ajukan batasan dan terangkan ada tiga jenis manajemen paparan okupasional (1.Konseling Pencegahan Pasca Paparan = *Post Exposure Prophylaxis counselling* 2. Konseling prates HIV 3. Konseling pasca tes HIV).
 - Paparkan langkah yang termasuk dalam manajemen paparan okupasional.
5. **Aktivitas: Studi kasus (AS16)**
 - Bermain peran satu kasus di depan kelompok
 - Bekerjalah dengan dua kelompok untuk mengenali kunci isu dan strategi kasus tadi (satu fasilitator setiap kelompok)

6. Tanyakan apakah masih ada pertanyaan dari kelompok dan pertanyaan tertulis dapat diletakkan dalam "kotak pertanyaan".
7. Mintalah peserta melengkapi formulir evaluasi dan memasukkannya kedalam "kotak formulir evaluasi".

Catatan khusus untuk fasilitator

Kasus-kasus dibawah ini dibacakan hanya untuk keperluan fasilitator melakukan umpan balik dalam diskusi curah pendapat, tidak diberikan kepada peserta. Peserta diminta mendengarkan secara aktif dalam proses pemberian umpan balik, mereka boleh mencatat respon mereka masing-masing.

Studi kasus 1

Perawat perempuan berumur 30 tahun, datang untuk pemeriksaan darah setelah terpapar ketika membantu proses kelahiran. Matanya terpercik darah dalam proses itu pada dua hari yang lalu. Ia datang untuk tes dasar. Ia mempunyai dua orang anak, 7 dan 5 tahun, dan telah menikah selama 10 tahun. Ia memegang teguh perkawinan monogami, juga suaminya

Ia sangat cemas dan berusaha untuk mengetahui status pasien. Suaminya memprihatinkan kejadian isterinya dan meningkatkan kecemasan perawat ini. Pra morbid ia orang yang secara psikologis tak menderita gangguan apapun. Keluarganya sangat mendukung dirinya, walaupun ia positif, namun yang ia kuatkan justru dari koleganya (kebanyakan rekan sekerjanya mengetahui proses paparan tersebut).

Studi kasus 1: Catatan saat umpan balik

(hanya untuk fasilitator. Tidak dimasukkan dalam naskah bagi peserta)

Isu kunci	Strategi
Paparan darah pada mata 2 hari yang lalu	- Periksa apakah pertolongan pertama telah dimasukkan dalam program pengurangan risiko misal mencuci mata dengan air. - Lakukan <u>penilaian risiko paparan</u> dan sarankan perilaku risiko rendah. Lakukan konseling PEP jika dimungkinkan.
Datang untuk tes dasar	- Tawarkan tes dasar. Katakan pada perawat bahwa ini hanya memastikan apakah ia HIV positif <u>pada saat paparan</u>. <u>Ingatkan</u> bahwa tes ini tidak menyatakan ia terinfeksi akibat paparan. <u>Sarankan</u> bahwa ia memerlukan tes lanjutan untuk memastikan masa jendela. <u>Sarankan</u> bahwa ia dapat melakukan tes anonim dimanapun sesudah ini, mengingat tes dasar hanya menggambarkan risiko individu. <u>Lakukan</u> konseling pra tes normal dan <u>penilaian risiko</u>.
Status HIV pasien tak diketahui. Has a belief she has a right to knowledge of the patients status.	<u>Sarankan</u> bahwa tak perlu memberi tekanan pada pasien atau sumber yang mengetahui status pasien. Anggota staf lain dapat meminta pasien melakukan pemeriksaan lab. Pasien mempunyai hak menolak pemeriksaan, pasien berhak menolak seseorang yang ingin tahu status dirinya. <u>Ingatkan</u> bahwa dengan melakukan tes pada pasien tidak akan mengurangi kecemasannya. Mungkin pasien dalam masa jendela. Jika ia mengetahui status

	pasien positif, tidak serta merta kesimpulan bahwa ia terinfeksi.
Status suami tak diketahui tetapi diyakini bahwa selalu monogami.	- Dengan lembut ingatkan kembali tak ada garansi bahwa hubungan seks tanpa pengaman dengan orang yang statusnya tak diketahui akan aman, meski risikonya rendah. Karena itu penilaian risiko pribadi perlu dilakukan. - Sarankan agar dilakukan praktek seks aman, sampai hasil akibat paparan final, namun ingatkan kembali bahwa risiko okupasional rendah.
Ia sangat cemas	Katakan bahwa anda akan senantiasa akan membantu mendiskusikan keadaan dirinya pada keluarganya, jika hasil tes positif.
Suami sangat kuatir	Sarankan suami untuk datang konseling bersamanya. Katakan pada suami bahwa risikonya rendah untuk tertular.
Keluarga mungkin akan tetap mendukungnya meski hasil tes positif	Katakan bahwa jika hasilnya positif, maka anda akan membantunya mengembangkan keputusan terhadap keluarganya
Takut akan respon rekan kerja. Banyak yang mengetahui saat ia terpapar.	- Sarankan strategi untuk mengatasi kemungkinan kebocoran hasil tes yang bersangkutan. - Tuntun klien untuk melakukan jawaban verbal dan menanggapi respon selama masa tunggu hasil. - Sampaikan bahwa anda akan membantunya mengembangkan strategi jika hasil tes positif. - Berikan penjaminan kerahasiaan

Studi kasus 2

Seorang perawat perempuan tertusuk jarum infus ketika ia memasang infus untuk pasien, satu jam yang lalu. Ia sangat tertekan. Pasien menderita HIV. Tusukan jarum mengenai kulit perawat, tidak dalam, ketika itu ia tidak menggunakan sarung tangan.

Perawat ini masih lajang, tidak hamil. Ia takut dilarang bekerja sebagai perawat sampai hasil laboratorium diperoleh. Ia tak ingin siapapun mengetahui kejadian ini, sementara peraturan rumah sakit mengharuskan setiap orang yang terkena paparan melapor dengan cara mengisi formulir. Ia takut laboratorium tak dapat menjaga rahasia. Ia juga takut teman-teman kerja menghindari bergaul dengannya.

Studi kasus 2: Catatan untuk mewawancarai pasac permalnan peran (Hanya untuk fasilitator. Tidak untuk diberikan pada peserta.)

Istisna	Strategi
Terpapar 1 jam lalu.	Periksa pertolongan pertama- nilai dan saran
Tusukan jarum ketika melakukan pemasangan jarum ke dalam vena.	Lakukan penilaian risiko paparan
Jarum hanya menembus kulit perawat dan tak dalam. Ia tak mengenakan sarung tangan.	Sarankan dan tekankan- bahwa risiko kurang dengan penetrasi minimal. Namun selalu ada risiko
Pasien telah diketahui HIV.	Petugas kesehatan tak selalu otomatis

	mengetahui status pasien yang dihadapinya. Meski demikian dokter yang menangani petugas terpajan di tempat kerja perlu mengakses status pasien untuk dapat memberikan intervensi klinis yang tepat.
Perawat lajang dan tak hamil	Periksa dua kali apakah kontrasepsi digunakan jika ia melakukan kegiatan seksual dan periksa kehamilan jika ada indikasi dan atas izin klien .
Kecemasan akan 'diberhentikan dari pekerjaan merawat' sampai statusnya pasti.	Sarankan perawat ini untuk menghindari 'kecenderungan paparan' . seperti episiotomi, pekerjaan dental. Bantu ia untuk mengerjakan pekerjaan lainnya . Kebanyakan tugas tidak boleh ditetapkan sebagai prosedur 'cenderung terpajan'.
Klien tak menghendaki seorangpun mengetahuinya .	Beritahu perawat ini siapa yang perlu tahu bahwa ia terpajan. Informasi ini hanya terbatas kepada orang-orang tertentu.
Harus mengisi laporan kecelakaan .	Idealnya kebijakan berhubungan dengan kode "anonymous" pada pengisian formulir kecelakaan. Katakan bahwa ia tak termasuk yang ini.
Takut petugas lab tak dapat menyimpan rahasia	- Formulir kode lab. Katakan bahwa telah dilakukan pemberian kode dan kerahasiaan merupakan jaminan. Pastikan prosedur telah ada dalam protokol. - Rujuk pada layanan VCT anonymous test dasar
Ketakutan bahwa para kolega yang takut akan HIV, menolaknya.	Diskusikan strategi untuk mengurangi jumlah orang yang mengetahui tentang kecelakaan tersebut, dan bagaimana mengelola pertanyaan seperti "bagaimana hasil tes mu?" Berikan pelatihan cara menanggapi pertanyaan. Diskusikan strategi pengambilan keputusan siapa yang boleh mengetahui status. (siapa, mengapa, dimana dan bagaimana membuka status)
Ia tak mengenakan sarung tangan.	Sediakan informasi tentang bagaimana mencegah terjadinya paparan. Tinjau perbaikan prosedur pencegahan paparan jika perlu perbaikan. Ingatkan untuk selalu menggunakan sarung tangan.

Konseling Pra-tes HIV

Pajanan okupasional

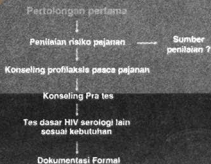
Module 2 Sub module 5.4 / PPT15

Tujuan

- Adaptasi proses VCT sesuai dengan konteks manajemen pajanan okupasional.

Aktivitas

Alur layanan VCT dalam manajemen Pajanan Okupasional



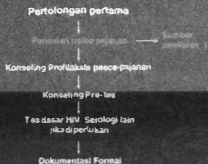
Kesimpulan Alur Manajemen VCT dalam pajanan okupasional

Langkah 1 – Pertolongan pertama

Bantulah segera dengan pertolongan pertama.

- Jika tertusuk jarum luka berdarah, cucilah dengan air sabun lunak.
- Jika terpercik darah ke mata, cucilah dengan air mengalir

Alur manajemen VCT pada pajanan okupaional



Langkah 2 – Penilaian risiko pajanan oleh staf medis

- Keparahan pajanan.
 - Kadinamensi luka
 - Durasi pajanan
- Jenis alat yang melukai.
 - Bor bedah atau jarum jahit
- Status serologik pasien.
 - simtomatik/asimtomatik, viral load, CD4 dll
- Status resistensi ARV pasien.

Langkah 3 – Konseling PEP

- Konseling prophylaxis-- termasuk melakukan pembuatan *informed consent*.
- Tersedia bukti riset tentang efektivitas profilaksis.
- Diskusikan potential efek samping.
- Pengaruh masa jendela terhadap ARV
- Isu kepatuhan.

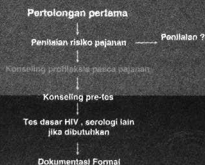
Tes

- Hanya dilakukan jika klien sudah di konseling pre-tes & punya akses konseling pasca-tes.
- Jika klien diterapi untuk kondisi non HIV, perlu diterangkan kepada konselor agar tidak menghambat medikasi untuk HIV.

Tes

- Jika klien sudah mantap untuk di tes, gunakan *informed consent*.
- Konseling pre tes harus dilakukan.
- Tes untuk pekerja terpajan tidak boleh didasarkan atas status pasien.
- Rahasia dan pribadi.

Alur manajemen VCT pekerja terpajan



WHO - PEP

PEP secara ideal dilakukan dalam

- 2- 4 jam dan sampai 72 jam.
- Pajanan berat sampai dua minggu jika penundaan tak terhindarkan.
- Resimen obat tergantung dari obat yang diminum pasien.

Pedoman WHO PEP

- Jika tak ada resistensi yang diketahui, maka berikan zidovudine ZVD 250-300mg dua kali sehari.
- Lamivudine 150mg dua kali per hari.
- Indinivir 800mg 3 kali per hari atau Efavirenz 600mg (tidak untuk orang hamil).

Minimum dua minggu dan maksimum 4 minggu. Empat minggu terus menerus adalah standar resimen.

Alur manajemen VCT pada pajanan okupasional

Pertolongan pertama

Penilaian risiko pajanan

Sumber penilaian ?

Konseling profilaksis pasca pajanan

Konseling pre-tes

Tes dasar HIV Other serology as required

Dokumentasi Formal

Langkah 4 – Konseling Pra Tes

Konseling pra tes normal dan:

- Edukasi bagaimana menurunkan pajanan okupasional
- Prosedur untuk tes kedepan
- Formalitas pengajuan klaim asuransi dsb.

Alur manajemen VCT dalam pajanan okupasional

Pertolongan pertama

Penilaian risiko pajanan

Source assessment ?

Konseling profilaksis Pasca pajanan

Konseling Pre tes

Tes HIV baseline selain serologi sesuai kebutuhan

Dokumentasi Formal

Langkah 5

- Ambil darah untuk tes dasar.
- Ingatkan kembali tes ulang lanjutan.
- HBV, HCV dll.

Langkah 6

- Jika tes cepat HIV dilakukan , langsung lakukan konseling pasca tes.

Tes mandiri Pekerja Kesehatan

- Bukan ide yang baik!
- Curah pendapat alasan mengapa demikian.
- Curah pendapat opsi (terutama untuk tes dasar sesudah pajanan okupasional).



Aktivitas



Modul 2

Sub modul 5.5

Konseling Pra Tes HIV – paparan okupasional

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Mengadaptasi proses VCT dalam konteks spesifik : Manajemen Paparan Okupasional.

Introduksi

Banyak petugas kesehatan, laboratorium, sosialⁱ, petugas lainnyaⁱⁱ mungkin dalam risiko paparan okupasional terhadap HIV dan infeksi lainnya. Karena itu penting bagi mereka mendapatkan edukasi tentang paparan okupasional dan proses yang harus dilakukannya. Seringkali terjadi petugas kesehatan begitu bingung tak tahu harus berbuat apa ketika mereka terpajan¹. Mereka yang secara nyata terpajan, risiko harus dinilai untuk mendapat profilaksis pasca paparan (*post exposure prophylaxis = PEP*) dan PEP harus dilakukan dalam 24-36 jam dan disarankan dalam waktu secepatnya *pasca paparan*^{2,3}. Seringkali petugas kesehatan juga mengalami krisis untuk tes, dan menganggap tes lebih prioritas daripada konseling. Petugas kesehatan juga sering tes tanpa konseling atau tanpa *informed consent*, banyak yang menerima informasi inadekuat dan berbagai kesulitan potensial yang mereka hadapi ketika menerima PEP, dan kerahasiaan senantiasa dilanggar.

Risiko Infeksi

Perkiraan umum risiko infeksi HIV pada petugas kesehatan sesudah paparan lewat kulit atau jaringan mukosa insidensinya kurang dari 0.5% , menurut beberapa studi⁴, meski studi dengan kontrol menunjukkan risiko lebih tinggi , dan tertinggi lewat paparan lewat kulit. Sebagian besar paparan terjadi pada perawat sesudah kontak darah pasien AIDS melalui paparan per kutan, karena menusuk vena atau arteri pasien. Penularan juga dimungkinkan dari percikan , irisan dan kontaminasi pada kulit , walaupun risiko infeksiya rendah. Sebagai tambahan pada penilaian risiko paparan HIV, petugas kesehatan juga harus dilakukan pemeriksaan untuk HBV dan HCV

Test dasar HIV dan pertimbangan khusus.

Tes awal HIV yang dilakukan setelah seseorang terpajan akan dapat merupakan data dasar untuk memonitor serokonversi setelah mengalami paparan.

Tes awal ini hanya dapat memberikan gambaran akan meningkatnya paparan dari petugas yang mempunyai risiko..

Pada negara-negara yang prevalensinya tinggi, banyak orang akan memberikan hasil tes HIV seropositif pada waktu ini, sebagaimana prevalensi HIV pada petugas kesehatan, misalnya, sering merupakan gambaran prevalensi pada populasi umum.

Ini amatlah penting bahwa petugas kesehatan perlu diberi tahu tentang hal ini, dan penilaian risiko individu perlu dilakukan. Pelaksanaan tes dasar pada petugas kesehatan dapat dilakukan ditempat lain selain tempat kerja, seperti pada klinik anonim untuk membantu menjaga kerahasiaan dari informasi ini. Bila pada tahap selanjutnya petugas membutuhkan

ⁱ Polisi, petugas rutan/lapas, relawan berbasis panti/rumah rawat dsb

ⁱⁱ Petugas kebersihan, ambulan, atau penyelamat kecelakaan (Search and Rescue)

bukti bahwa tesnya negatif pada saat itu , lakukanlah dengan terlebih dahulu melaksanakan persetujuan-*informed consent*.

VCT dalam manajemen paparan okupasional

- Pertolongan pertama** terjadi sebelum konseling atau tes ketika petugas kesehatan tiba-tiba mendapatkan luka yang terkait paparan. Hal ini dapat ditolong dengan, misalnya mencuci dengan air dingin dan sabun mandi atau dalam larutan cairan hipoklorit.
- Penilaian risiko paparan.** Berfokuslah pada analisis rinci tentang kejadian paparan (luka dalam, jenis dan jumlah cairan tubuh, dan lain-lain). Pasien yang diduga sebagai sumber disarankan untuk melakukan tes, bagaimana
 Segera sesudah kecelakaan paparan , dokter atau petugas kesehatan lainnya mengevaluasi infeksi berkaitan dengan hal dibawah ini:
 - Keparahan paparan.
 - Kedalaman luka
 - Lamanya paparan
 - Jenis instrumen atau jarum (bor atau jarum sutra)
 - Status Serologi pasien
 - Stadium penyakit (simptomatik/asimptomatik, tinggi/rendah *viral load* atau jumlah *CD4 t*) dari pasien yang diduga terinfeksi
 - ZDV atau resistensi terhadap ARV dari pasien terinfeksi, yang sedang dalam terapi Anti-Retroviral

Perhatikan semua komponen diatas, dan jenis paparan yang terjadi:

- 1) Banyak
- 2) Sedang
- 3) Sedikit

Jenis paparan	Simptomatik dan /atau tingginya viral load	Asimptomatik dan/atau rendahnya viral load
Banyak	Disarankan PEP	Disarankan PEP
Sedang	Disarankan PEP	Dimungkinkan
Sedikit	Dimungkinkan	Dimungkinkan (Di-konseling tentang opsinya)

- Tes pasien yang diduga sumber paparan** hanya terjadi bila pasien sedang dalam akses konseling pra dan pasca tes. Jika pasien sedang dalam terapi untuk kondisi non HIV, carilah terapi apa yang sedang diberikan kepada pasien, terapi spesifik yang menunjukkan infeksi.
- PEP** hanya dilakukan pemberian resep sesudah melakukan *informed consent* dari petugas kesehatan. Termasuk didalamnya umpan balik penilaian risiko paparan , keuntungan dan masalah yang berkaitan dengan minum obat serta penggalan dari hambatan yang mungkin timbul pada saat kepatuhan berobat diperlukan, lakukan manajemen strategi guna mengatasi kesulitannya.

Rekomendasi WHO tentang resimen terapi untuk tempat layanan yang kurang memadai

PEP harus segera diberikan sesudah kecelakaan paparan, idealnya dalam waktu 2-4 jam. Namun tak ada waktu terlambat, demikian menurut rekomendasi banyak negara. Profilaksis kadang diberikan menurut pengalaman empiris sampai 2 minggu pada kasus paparan berat ketika penundaan terapi tak terhindarkan. Terapi kombinasi diperlukan, karena lebih baik daripada terapi tunggal. Terapi dua atau tiga jenis obat juga dianjurkan, tergantung pada jenis paparan dan status sumber paparan.

Resimen terapi diputuskan atas dasar pemberian obat sebelumnya oleh pasien yang diduga sumber paparan dan perlu pertimbangan kemungkinan resistensi silang obat yang berbeda. Juga perlu diketahui keseriusan paparan dan ketersediaan jenis ARV pada tempat layanan. Dosis dan kombinasi obat perlu diberikan ketika kita tidak mengetahui apakah pasien sumber paparan resisten terhadap zidovudine (ZVD) atau lamivudine:

Minimal – Paparan Sedang

- ZDV 250-300mg duakali sehari
- Lamivudine 150 mg tigakali sehari

Paparan masif/berat

Jika diperlukan tambahan obat ketiga

- Indinavir 800 mg 3 tigakali sehari atau Efavirenz 600 mg sekali sehari (tidak direkomendasikan pada orang hamil)

Pemberian terapi ARV (ART) harus mengikuti protokol institusi yang ada, (dan dibuat sebagai bagian 'kit' PEP) atau, jika mungkin, via konsultasi dengan dokter spesialis. Konsultasi ahli sangat diperlukan terutama pada paparan dari pasien yang resisten terhadap pengobatan HIV. Ketika PEP akan dimulai, perlu diperhatikan bahwa telah tersedia pengobatan ARV selama sebulan penuh. Direkomendasikan terapi harus empat minggu. Dokter terlatihlah yang meresepkan ARV. Ia harus mengambil keputusan resimen obat apa dan berapa dosis yang tepat bagi individu.

5. **Konseling Pra Tes** harus dilakukan sebelum pemeriksaan darah. Petugas kesehatan wajib mendapatkan informasi bahwa tes awal hanya merefleksikan status saat kecelakaan itu dan tidak memperlihatkan risiko yang sedang berproses. Karena itu penilaian risiko pribadi harus dilakukan. Untuk alasan pribadi, petugas kesehatan perlu melakukan tes dasar dimana saja dan hanya memberikan hasilnya kepada pegawai terpapar bila terjadi konversi serum.
6. Penting untuk mengingatkan petugas bahwa perlu melakukan **tes lanjutan**. Dalam setiap waktu status serumkonversi akan berbeda-beda sesuai dengan tahap infeksi, dan ketika petugas melakukan PEP maka perlu diperhatikan tahapan demikian..
7. **Dukungan psikososial** konseling dilakukan jika petugas membutuhkan dukungan tambahan. Tidak jarang terdapat pengalaman anxietas, depresi dan gangguan tidur.

Perilaku untuk melayani klien dipengaruhi oleh respon psikologik paparan. Beberapa mengubah perilaku, menjadi seks aman, yang sebelumnya tak dilakukannya.

Banyak pengalaman yang sama dialami oleh petugas kesehatan, tak berbeda dengan pengalaman klien lainnya di masyarakat seperti pengalaman harus patuh berobat. Pengalaman lainnya termasuk:

- Ketakutan mereka bahwa rekan kerja akan melihat mereka minum obat akan berasumsi bahwa mereka mempunyai status HIV.
 - Efek samping obat membuat orang sulit bekerja – banyak petugas kesehatan bekerja untuk waktu panjang dan padat.
 - Setiap hari berhadapan dengan odha dan AIDS lanjut akan menyebabkan perhatian berlebihan kepada status serokonversi dan penyakit HIV.
 - Jika petugas kesehatan tersebut hamil, sangat mungkin ia begitu cemas akan dampak resimen obat pada janinnya.
8. **Pendidikan pengurangan risiko paparan.** Konselor harus memberikan ikhtisar tahapan paparan dengan cara yang sensitif dan tak menghakimi. Ini akan membantu petugas kesehatan untuk melindungi diri dari paparan dikemudian hari.
9. **Protokol prosedur konseling staf pasca paparan** untuk kepastian langkah tindakan pada paparan.

Kesimpulan Alur Layanan VCT dalam Manajemen Paparan Okupasional

1. **Pertolongan Pertama** Apa yang dilakukan? Jika tidak tertulis pada Pertolongan Pertama, maka lakukan segera sesudah paparan.
 - Misal untuk tusukan jarum. Darah yang menetes atas luka dicuci dengan air bersabun lembut (sabun mandi)
 - Misal Semburan darah ke dalam mata, cuci mata dengan air steril segera.
2. **Penilaian Risiko Paparan dan umpan balik atas risiko (ESSE)**
 - Gunakan empat prinsip penalaran (Exit, Survive, Sufficient, Enter)
 - Misal jelaskan apakah itu sebuah bor berongga, atau semburan darah dari luka dsb
3. **Konseling profilaksis** – termasuk *informed consent* untuk ARV
 - Bukti intervensi
 - Diskusikan efek samping yang mungkin
 - Masa jendela yang terlambat
 - Kepatuhan berobat
4. **Konseling Pra tes** – semua konseling pra tes normal dan:
 - Edukasi pengurangan risiko paparan okupasional di kemudian hari
 - Prosedur tes untuk memayungi masa jendela
 - Formalitas untuk kompensasi, asuransi dsb.

Rujukan

¹ Tannebaum, J Anastoff, J (1997) The role of psychosocial assessment and support in the occupational exposure management. *AIDS Education & Prevention*

² CDC (1998) Public Health Service Guidelines for the Management of Health worker exposures to HIV and Recommendations for post – exposure prophylaxis. MMWR (RR-7);1-28 on <http://wonder.cdc.gov/wonder/preguid/m0052722>.

³ CDC(1998) Recommendations for Prevention and control of Hepatitis C virus(HCV) infection and HCV related chronic disease. MMWR 47(RR19); 1-3

⁴ Ippollito,G,Puro,V., Heptonstall,J,Jagger,J, de Carli,J. and Petrosillo,N. (1999) Occupational Human Immunodeficiency Virus Infection in Health Care Workers : Worldwide cases through September 1997 Clinical Infectious Diseases 28:365-83

Perpustakaan BNN

Modul 2

Sub Modul 5.5

Lembar aktivitas 16

Studi kasus 1

Perempuan, 30 tahun, perawat, datang untuk meminta tes sesudah matanya terpercik darah ketika membantu persalinan. Kejadian ini berlangsung dua hari yang lalu. Di laboratorium dilakukan tes dasar kepedanya. Ia menikah 10 tahun yang lalu, mempunyai dua orang anak, berumur 7 dan 5 tahun. Ia percaya hubungan dengan suaminya monogami.

Ia sangat cemas dan berharap tahu akan status pasien. Suaminya juga sangat cemas dan menaruh perhatian besar akan hal ini. Ia orang yang tak punya masalah psikologik sebelumnya. Ia mengatakan bahwa keluarganya mendukung sepenuhnya walaupun hasil tes positif namun ia ragu apakah rekan kerjanya juga demikian. Hampir sebagian besar rekan kerjanya mengetahui peristiwa itu.

Studi kasus 2

Perempuan, perawat, terkena tusukan jarum suntik ketika melakukan *venepuncture*. Kecelakaan tersebut terjadi sejam lalu, ia sangat tertekan. Ia tahu pasiennya menderita HIV Jarum hanya menusuk kulit perawat, tidak dalam. Ia tak menggunakan sarung tangan waktu melakukan tugasnya.

Perawat ini masih lajang, tidak hamil. Ia sangat cemas akan dilarang melakukan tugasnya sampai hasilnya jelas. Ia tak ingin oranglain tahu akan peristiwa ini, namun peraturan rumah sakit mengharuskannya menulis laporan kejadian. Ia takut laboratorium tak menjaga kerahasiaan, juga takut ditolak kawan-kawan kerjanya jika hasilnya positif.

Konseling Pasca Tes HIV

**MODUL 2
Sub Modul 6
VCT untuk HIV**

MODUL2
Sub modul 6
Konseling pasca tes HIV

Tujuan

Pada akhir sesi peserta latih mampu :

- Menerapkan pengetahuan teknik konseling dasar VCT
 - Memahami kebutuhan dasar saat disampaikan hasil tes
 - Melakukan konseling pasca tes ketika hasil tes negatif
 - Melakukan konseling pasca tes ketika hasil tes negatif
-

Waktu yang diperlukan

4 jam

Materi Pelatihan

- Presentasi PowerPoint (PPT16)
 - Untuk aktivitas B diperlukan *Overhead transparency sheet*, projector dan layar
 - Lembar aktivitas (AS) sebuah cerita kasus dari sub modul konseling pre-tes (AS14)
 - Naskah (HO15)
 - Kotak untuk meletakkan pertanyaan tertulis
 - Formulir evaluasi dari kotak pengumpul pertanyaan
-

Isi

- Prinsip umum konselor dalam menyampaikan hasil tes
 - Penyampaian hasil tes negatif
 - Penyampaian hasil tes positif
 - Langkah konseling pasca-tes
-

Petunjuk Pelaksanaan¹

1. **Aktivitas (A):**
 - Tanyakan peserta apa yang mereka butuhkan ketika mengunjungi layanan VCT ketika akan menerima hasil tes. Diskusikan dalam 5 menit .
2. Kuliah menggunakan PowerPoint presentation (PPT16) tentang Prinsip Umum, sehingga peserta latih mempunyai kesempatan mengembangkan dan berpartisipasi dalam pelatihan.
3. **Aktivitas (B):**
 - Katakan pada peserta latih bahwa kita sekarang beralih ke topik konseling pasca tes dengan hasil tes positif. Informasikan bahwa kita memulai dengan aktivitas yang digelar dari peserta.
 - Beritahukan bahwa ini bukan memberikan asumsi menilai status HIV peserta latih dan mungkin akan membangkitkan isu personal yang tak dikehendaki. Tawarkan kesempatan untuk menggunakan kesempatan berkonsultasi dengan fasilitator di luar ruangan latihan dan bersifat rahasia, jika ini terjadi. Dengan demikian membuat para peserta latih tidak terancam dan nyaman melanjutkan pelatihan.

¹ Topik ini sangat sarat muatan emosi, karena itu perlu sedikitnya terbagi dalam dua sesi, diantaranya ada tenggang rehat teh.

- Letakkan lembar transparansi diatas proyektor dengan mematikan lampunya. Informasikan bahwa sekarang kita akan mematikan lampu ruangan untuk aktivitas B . Dalam SP telah ada contoh dari transparansi yang terletak diatas OHP..
 - Mintalah peserta latih mengingat kembali perjalanan hidupnya sejak kecil yang dapat diingatnya sampai sekarang.Membayangkan pertumbuhan dan perkembangan diri, keluarga, karir, hubungan dengan sekitarnya dsb.Ini membutuhkan waktu seputar 5 menit.
 - Nyalakan lampu dan proyektor. Mintalah peserta menuliskan diatas transparan apa yang dialaminya jika menerima hasil tes positif. Tuliskan bagaimana mereka bereaksi, bukan seharusnya bereaksi.
 - Mintalah peserta latih beraktivitas menuliskan apa emosi dan pikiran yang mungkin terjadi pada klien.
 - Tulis dan diskusikan apa yang mereka butuhkan sekarang pada saat diberi hasil tes.Lanjutkan hal serupa pada daftar "emosi" dan "pikiran".
 - Tekankan pada peserta latih bahwa hal seperti dalam daftar ini menggambarkan situasi kebanyakan orang dalam menerima hasil positif..
 - Diskusikan dampak emosi dalam perjalanan konseling sehingga tahap konseling akan disesuaikan dengan perkembangan emosi..
4. Gunakan **PPT 16**, lakukan presentasi 15-minute untuk "Provision of HIV positive results".
 5. **Aktivitas:** Bermain peran konseling pasca-tes HIV positif.
 - Informasikan pada peserta latih bahwa mereka memasuki permainan peran untuk konseling pasca tes dengan hasil HIV positif. Bagi kelompok , masing-masing kelompok terdiri atas mereka yang berperan sebagai 'konselor', 'klien' dan 'pengamat'.Kemudian lakukan pergantian peran pada setiap pergantian kasus.



- Ada 3 putaran kasus. Setiap putaran memainkan peran satu kasus. Kelompok pemain peran sama dengan saat melakukan konseling pre-tes pada modul sebelumnya(**AS14**).
 - Putaran 1 dalam permainan peran , peran yang dimainkan peserta sama dengan saat ia memainkan peran dalam konseling pre-tes. (dalam **AS14**), putaran 2 menggunakan kasus no. 2 dalam konseling pre-tes konseling (dalam **AS14**) dan putaran 3 digunakan kasus no.3 yang digunakan dalam konseling pre-tes. Klien dapat berbagi rincian kasus dengan konselor dan pengamat.
 - Waktu yang tersedia untuk setiap putaran kasus adalah 20 menit..
6. Sampaikan petunjuk dibawah ini kepada peserta latih pada setiap putaran:
 - Seorang dari setiap tiga orang dalam kelompok berperan sebagai konselor, lainnya sebagai klien dan pengamat:
 - Beri petunjuk pada 'konselor' untuk menggunakan pedoman konseling pasca-tes dalam HO 15 halaman 4.
 - Pengamat melaksanakan pengamatan akan proses 'konseling' dan memberikan umpan balik dalam kesimpulan. Fasilitator perlu mengingatkan agar pengamat tak menginterupsi proses konseling.
 - Setiap usai satu permainan peran, dilakukan pembicaraan singkat mengenai proses permainan peran. Masing-masing konselor,klien dan pengamat mendapat waktu lima menit.
 - Kemudian peserta diminta membagi diri atas 3 kelompok kecil. Setiap kelompok kecil, terdiri atas kelompok klien, kelompok pengamat, kelompok konselor. Seorang fasilitator berada dalam setiap kelompok kecil untuk memfasilitasi diskusi tentang ::
 1. Apa yang membuat klien merasa nyaman?
 2. Keterampilan mikrokonseling apa yang memainkan peran penting dalam proses konseling ?
 3. Bagaimana peserta latih membagi alokasi yang sama antara informasi dan menatalaksana emosi klien ?

- Diskusi membicarakan proses konseling permainan peran setelah permainan peran selesai, usahakan tak lebih dari 10 menit.
 - Berikan semangat pada kelompok, bahwa memang proses sulit, namun bila sudah biasa beberapa kali konseling proses akan makin mudah dan semakin baik.
7. **Aktivitas:**
- Akhiri sesi ini dengan permainan untuk menurunkan ketegangan, misalnya dengan Permainan Simpul. Kelompok membentuk lingkaran besar. Masing-masing peserta diminta memejamkan mata, dan berjalan ke arah pusat di tengah lingkaran dengan mata tetap tertutup. Kemudian masing-masing tangan menjangkau tangan-tangan peserta lainnya. Jadi satu orang akan memegang tangan orang lain disisi kiri dan tangan orang lain lagi disisi kanan tanpa membuka mata. Tetap berpegangan, bukalah mata. Sekarang terlihat sebuah lingkaran yang kusut, luruskan kembali tanpa melepaskan pegangan. Peserta bersama sama melakukan aktivitas membuat lingkaran besar tanpa melepas pegangan tangan.
 - Aktivitas ini membutuhkan peralihan perhatian, kerjasama kelompok dan biasanya berakhir dengan tawa. Pastikan aktivitas ini membuat peserta santai. Bila budaya tak memungkinkan permainan ini dilakukan, pilih permainan lainnya.
8. Beri kesempatan kelompok yang masih ingin mengajukan pertanyaan. Jika mereka malu bertanya, sediakan kotak tempat pertanyaan tertulis.
9. Mintalah peserta mengisi formulir evaluasi dan kumpulkan kedalam kotak formulir evaluasi.

Dibawah ini terlampir formulir untuk aktivitas B.

Emosi	Pikiran	Kebuthan saat ini

Konseling Pasca-tes

Module 2 Sub module 6 / PPT16



Tujuan

- Menerapkan pengetahuan teknik dasar konseling yang digunakan VCT.
- Memahami kebutuhan dasar untuk dapat menerima hasil tes HIV.
- Melaksanakan konseling pasca tes dengan hasil tes negatif.
- Melaksanakan konseling pasca tes dengan hasil tes positif.



Aktivitas

Apa yang klien butuhkan pada layanan VCT ketika mereka mengambil hasil tes HIV?



Tujuan konseling Pasca tes HIV

- Menyiapkan klien untuk dapat menerima hasil.
- Membantu klien memahami dan menyesuaikan diri akan hasil tes.
- Menyediakan informasi lebih lanjut, jika dimungkinkan.
- Merujuk kepada layanan lainnya ketika diperlukan.
- Mendiskusikan kepada klien strategi pengurangan penularan HIV.



Kunci utama konseling pasca tes

- Periksa ulang pada catatan medik apakah hasil memang kepunyaan klien.
- Sampaikan hasil secara individual, langsung
- Perhatikan cara anda memanggil klien dari ruang tunggu ketika akan konseling penerimaan hasil.
- Hasil tes diberikan secara lisan, hindarkan penyampaian hasil tertulis.



Kunci utama konseling pasca tes.

- Sering menjadi sumber penyalahgunaan (baik saat hasil positif ataupun negatif).
- Berhati-hati untuk menjawab pertanyaan asuransi, tempat kerja, dsb.
- Memberitahu hasil kepada pasangan- sebaiknya dilakukan di layanan VCT.



Prinsip Umum

- Tetap tenang saat anda memanggil klien dalam menyampaikan hasil tes.
- Langsung diberitahukan.
- Berikan keterangan tentang hasil.
- Sediakan cukup waktu untuk mengendapkan perasaan.

Hasil Tes -Negative

- Periksa kemungkinan terpajan dan kini dalam masa jendela – termasuk setiap risiko yang mungkin terjadi sejak konseling pre-tes.
- Ulangi informasi tentang penyebaran infeksi, seks aman, suntikan aman.
- Eksplorasi hambatan untuk mempraktekannya

Hasil Tes -Negatif

Rujuk untuk gangguan yang tak dapat diatasi seperti 'worried wells'

- mudahkah didukung
- HIV fobia, hipokondriasis.

sebelum mungkin memantapkan hasil tes negatif, tetapi sebelum dapat berfikir dan berperilaku "was-was"

Konseling Hasil Tes -Isu yang berkaitan dengannya

- Klien cemas, ia menganggap semua orang tahu bahwa ia telah di tes, dan menghakimi perilaku dan kesehatannya.
- Klien ketakutan bahwa tempat kerjanya atau asuransi kesehatannya mendiskriminasi, meski hasil tes negatif.
- Klien dapat memahami bahwa mereka perlu mengubah perilaku, tetapi cemas akan pasangannya yang tak mau berubah.
- Klien berisiko tinggi percaya bahwa hasil negatif menunjukkan mereka kebal terhadap HIV

Meski negatif terus menerus melakukan tes

- Selalu berperilaku berisiko tinggi.
- Ansietas mendalam dan menganggap dirinya positif.
- Harus ditenangkan , jika tak selesai juga, rujuk pada spesialis kedokteran jiwa/ psikolog klinis/ pekerja kesehatan jiwa untuk tindak lanjut.

Checklist untuk hasil tes HIV Negatif.

- Periksa ulang identitas klien, contoh darah, catatan medik.
- Periksa ulang adakah pajanan dan sedang dalam masa jendela, kapan perlu tes ulang.
- Tekankan informasi penularan HIV dan rencana tindak pengurangan risiko.
- Rujuk klien yang ansietas dalam ,misal. "worried wells".

Aktivitas

Emosi / pikiran / kebutuhan

Hasil tes Positif

Bangun relasi yang baik : ucapkan salam / bicara basa-basi.

Konfirmasikan apakah klien siap untuk menerima hasil :

- Kondisi Psikososial : Apa yang terjadi selama perjalanan anda kemarin, menunggu menerima hasil?

- Komprehensif : Apa yang dapat disimpulkan tentang pembicaraan kita yang lalu?

- Strategi Penyesuaian Diri : Apa yang akan anda lakukan jika hasil tes negatif? Apa yang anda lakukan jika hasil tes positif?

Prinsip Umum

- Tetap tenang saat anda memanggil klien dalam menyampaikan hasil tes.
- Langsung diberitahukan.
- Berikan keterangan tentang hasil.
- Sediakan cukup waktu untuk mengendapkan perasaan.

Hasil Tes Positive

- Beberapa klien mungkin bereaksi dengan syok berat dan stres.
- Lainnya mungkin tak ada emosi apapun :
 - Memblok atek
 - Pemah tes
- Sediakan waktu untuk mengendapkan perasaan.
- Biarkan klien mengenali ketakutannya

Menatalaksana Respon Emosi

- **Menangis** : Biarkan pasien menangis, agar terjadi ventilasi perasaannya
- **Marah** : Tetap tenang, biarkan klien mengekspresikan perasaannya, bahwa perasaan demikian normal.
- **Tak ada respons** : karena syok, menyangkal, tak berdaya
- **Denial penyangkalan**, klien sulit menerima kenyataan

Buat klien dapat berbicara tentang perasaannya.
Buat pasien untuk berani bertanya

Penyampaian Hasil Tes Positif

- Perjelas informasi yang keliru tentang hasil dan implikasinya
- Nilailah ketersediaan dukungan bagi klien (kalau perlu dirujuk).
- Nilailah strategi penyesuaian diri.
- Nilailah saat-saat pendek ketika klien akan pulang ke rumah dari klinik

Penyampaian Hasil tes

- Diskusikan penyampaian hasil kepada pasangan.
- Menyediakan informasi :
 - Kesehatan, istirahat, olahraga, diet.
 - Seksaman.
 - Isupengendalian infeksi
- Tanyakan apakah klien ingin bertanya
- Tawarkan sesi lanjutan.
- Sediakan informasi tertulis.

Aktivitas

Pelatihan Bermain Peran 3 putaran

Konseling Pasca Test HIV/AIDS : Bermain Peran

Putaran 1

Kasus 1

Bermain peran 20 min
Umpan Balik 5 min

Debrief 10 min

Klien ————— konselor ————— Pengamat

Putaran 2

Kasus 2

Sama

Putaran 3

Kasus 3

Sama

Debriefing Facilitators untuk konseling pasca tes Hasil tes Positive Result

Putaran1 Putaran2 Putaran3

Klien	A	B	C
Konselor	B	C	A
Pengamat	C	A	B

Topik Sesi Debriefing

Apa yang membuat klien nyaman?

Ketrampilan mikrokonseling apa yang diterapkan konselor?

Bagaimana peserta latih membuat keselimbangan

yang dibutuhkan klien?

Kunjungan lanjutan

- Jawab pertanyaan
- Nilailah dampak diagnosis pada aspek kehidupan klien.
- Diskusi pemecahan masalah terhadap isu yang sulit.
- Review layanan dukungan.
- Rujukan jika diperlukan.

Ketika klien menolak penyingkapan hasil tes

- Menolak pengungkapan status HIV klien akan mempersulit penghambatan penularan Konselor harus :
- Galilah diri klien untuk mampu mengajak pasangannya konseling.
- Nilailah setiap kasus secara individual apakah ia mau/lidak mengungkapkan status dirinya
- Pengungkapan kepada pasangan kriteria berikut terpenuhi



Ketika klien menolak penyingkapan hasil tes

- Konseling tak mampu mengubah perilaku klien.
- Klien menolak, atau tak peduli akan penularan terhadap pasangannya.
- Terjadi penularan nyata dari klien ke pasangan.
- Ketika konseling lanjutan, diminta ada konseling dengan pasangan.



Aktivitas

**Knots Game –
untuk menurunkan
ketegangan**



Modul 2

Sub Modul (6)

Lembar Aktivitas 14

Kasus 1

Laki-laki, 35 tahun. Menikah, mempunyai dua orang anak, berusia 4 dan 2 tahun. Atas saran dokter ia memintas tes HIV. Saran ini berkaitan dengan diagnosis infeksi gonorrhoea, suatu infeksi menular seksual, pada saat ia ke dokter.

Ia menyangkal sering berhubungan seks dengan laki-laki secara anal. Terakhir kalinya adalah 3 minggu lalu. Hubungan itu terjadi ketika ia mabuk alkohol, dan tak menggunakan kondom. Isterinya tak tahu hubungan seks sang suami. Ia tak menggunakan kondom jika berhubungan dengan isteri. Dua minggu lalu ia bersanggama vaginal dengan isteri, tanpa kondom.

Ia tak terpikir apa yang akan ia lakukan jika tes HIV nya positif. Ia prihatin, terus memikirkan apa yang akan dikatakannya pada isterinya dan apa reaksi isterinya.

Kasus 3

Laki-laki, 21 tahun. Ia mendengar dari teman-temannya tentang HIV. Kini ia merasa kuatir akan dirinya, mengingat ia sering melakukan hubungan seks tanpa kondom dengan beberapa perempuan. Kali terakhir berhubungan adalah seminggu yang lalu.

Dalam diskusi selanjutnya terungkap ia juga pengguna narkotika dengan jarum suntik. Ia selalu bergantian jarum tanpa dibersihkan lebih dahulu dengan kawan-kawannya. Terakhir menggunakan narkotika 4 bulan lalu.

Sejak itu ia terganggu tidurnya dan makan tak enak. Ia takut dikucilkan kawan dan keluarga, jika hasil tesnya positif. Pikiran bunuh diri singgah dikepalanya kalau hasil tesnya positif.

Kasus 3

Perempuan, 23 tahun, meminta tes HIV. Ia menduga suaminya yang dulu menderita HIV. Ia mendengar bahwa mantan suaminya mulai tak sehat dan desas-desus dari kampung mengatakan bahwa suaminya sakit AIDS. Dua bulan lalu ia berhubungan seks tanpa kondom dengan laki-laki ini. Ia mencoba mengingat kembali, ternyata mantan suaminya sering mengeluh lekas lelah dan batuk-batuk. Mereka putus hubungan karena mantan suami menggandeng perempuan lain.

Ia tak pernah berhubungan dengan lelaki manapun kecuali suaminya. Ia menduga bahwa mantan suaminya sering mempunyai pasangan seksual kalau ia kerja ke luar kota.

Keluarga klien miskin dan tinggal di daerah kumuh, mereka marah atas perceraian ini. Ia takut menyatakan status HIVnya kepada keluarga. Klien sangat marah dan kecewa. Ia dinyatakan HIV.

1. Pada setiap selesai satu putaran bermain peran , setiap pelaku (klien, konselor, pengamat) memberikan umpan balik akan apa yang dialaminya sepanjang bermain peran
2. Kemudian bagi kelas atas kelompok 'konselor', 'klien','pengamat' untuk mendiskusikan :
 1. Apa yang membuat klien nyaman ?
 - I. Mikrokonseling apa yang paling perlu diterapkan oleh konselor ?
 - II. Bagaimana anda membuat keseimbangan penyediaan informasi yang dibutuhkan klien untuk memenuhi pendamaian emosi klien ?

Perpustakaan BNN

Modul 2

Sub modul 6

Konseling Pasca Tes HIV

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Menerapkan pengetahuan teknik dasar konseling dalam VCT
- Memahami syarat utama penyampaian hasil tes HIV
- Melaksanakan konseling pasca tes pada klien dengan hasil tes negatif
- Melaksanakan konseling pasca tes pada klien dengan hasil tes positif

Gambaran Umum Konseling Pasca Tes HIV

Konseling pasca tes membantu klien memahami dan menyesuaikan diri dengan hasil tes. Konselor mempersiapkan klien untuk menerima hasil tes, memberikan hasil tesnya, dan menyediakan informasi selanjutnya, jika perlu merujuk klien ke fasilitas layanan lainnya. Kemudian konselor mengajak klien mendiskusikan strategi untuk menurunkan transmisi HIV. Bentuk dari konseling pasca tes tergantung dari hasil tes. Jika hasil tes positif, konselor menyampaikan hasil tes dengan cara yang dapat diterima klien, secara halus dan manusiawi, bersiaplah untuk memberikan dukungan emosi dan bantuan strategi penyesuaian diri. Konseling tetap diperlukan meski hasil tes negatif. Agar klien turun ketegangannya, konselor juga harus menekankan dan memperjelas isu penting. Seks aman tetap disarankan, konselor senantiasa memberi kewaspadaan akan kemungkinan hal potensial muncul pada masa jendela. Kepastian hasil tes didapatkan melalui serangkaian tes. Klien harus diberi informasi kapan waktu untuk tes ulang. Konselor dapat membantu klien dalam memformulasikan strategi lain agar tetap berada dalam hasil tes yang negatif.^{1,2}

Dasar keberhasilan konseling pasca tes ditentukan oleh baiknya konseling pra-tes. Bila konseling pra tes berjalan baik, maka dapat terbina hubungan baik antara konselor-klien, dengan dasar ini maka akan lebih mudah untuk terjadinya perubahan perilaku dimasa datang, dan memungkinkan pendalaman akan masalah klien. Mereka yang menunggu hasil tes HIV berada dalam kondisi cemas, dan mereka yang menerima hasil tes positif akan mengalami distress. Karena itu disarankan agar konselor yang melakukan pasca tes adalah konselor yang juga menjalankan konseling pra-tes³.

Kunci utama dalam menyampaikan hasil tes HIV .

1. **Periksa ulang seluruh hasil klien dalam catatan medik.** Lakukan hal ini sebelum bertemu klien, untuk memastikan kebenarannya.
2. **Sampaikan hasil hanya kepada klien secara tatap muka .** Hasil harus disampaikan langsung kepada klien, pastikan ia memang orang yang tepat. Penyampaian seperti ini juga untuk menjaga kerahasiaan, dan memastikan bahwa klien benar memahami apa makna hasil tesnya sambil tetap mendapat dukungan cukup dari konselornya.^{4,5}

3. **Berhati-hatilah dalam memanggil klien dari ruang tunggu.** Seorang konselor tak diperkenankan memberikan hasil pada klien atau lainnya secara verbal dan non verbal selagi berada di ruang tunggu.
4. **Hasil tes tertulis.** Seringkali di banyak tempat hasil tes disalahgunakan, baik secara sengaja maupun tidak. Dengan demikian sampaikanlah hasil tes secara lisan, baik negatif maupun positif. Hasil tes positif dapat dijadikan komoditi dalam masyarakat untuk mendapatkan keuntungan. Demikian juga hasil tes negatif, seperti yang terjadi pada tempat layanan seks komersial

Hasil tes juga sering diminta oleh imigrasi ataupun asuransi, atau tempat kerja. Karena itu diperlukan pernyataan dari klien dan cantumkan kapan tanggal pemeriksaan dan hasil didapatkan. Semua hasil tes hendaknya dijaga dari berbagai kepentingan, termasuk hasil yang belum pasti saat masa jendela.⁶

Ketika klien akan memberitahu hasil tesnya pada pasangan, hendaknya dibuatkan janji untuk dapat disampaikan dalam pertemuan bersama klien.

Pedoman penyampaian hasil tes negatif.

- Ingat akan semua isu tersebut diatas.
- Periksa akan kemungkinan klien berada dalam masa jendela- termasuk risiko yang belum terungkap dalam konseling pre tes (jika tes sesaat tak ada). *Mungkin hasil tes negatif, ini tidak berarti bahwa klien tidak infeksius. Jika masih berada dalam masa jendela, ia sangat menular.*
- Tekankan informasi tentang transmisi dan rencana penurunan risiko penularan.
- Buatlah ikhtisar dan gali lebih lanjut berbagai hambatan untuk seks aman, pemberian makanan pada bayi dan penggunaan jarum suntik yang aman.
- Rujuklah klien yang memerlukan penanganan kecemasan lebih lanjut, seperti pada klien tertentu ia tak yakin, sehingga berulang kali menjalankan tes meski hasilnya negatif. Sekali lagi galilah risiko tersembunyi, bantulah klien secara psikologik sejak konseling pre-tes, karena klien seringkali tegang meski hasilnya negatif.

Gambaran umum klien dengan hasil tes negatif

- Klien menjadi kuatir bahwa orang lain akan mengetahui bahwa ia menjalani tes dan menghakimi perilakunya. Ketakutan seperti ini hendaknya ditanggapi klien dan bantulah mereka untuk mengembangkan kemampuan komunikasi praktis yang memadai.
- Beberapa klien takut bahwa asuransi dan tempat kerjanya akan memperhatikan mereka berlebihan karena mereka dianggap berisiko. Konselor perlu memberi dukungan pada klien tentang prosedur ts dan kerahasiaannya.
- Klien paham bahwa ia harus mengubah kebiasaan tak amannya, namun ia kuatir orang disekitarnya akan mencurigi perubahannya. Bila memungkinkan sarankan pada klien untuk mengajak pasangannya melakukan konseling.
- Beberapa orang dengan risiko tinggi namun tak terinfeksi seringkali menganggap dirinya kebal terhadap HIV, sehingga tetap berperilaku seks tak aman.

Berulangkali melakukan tes

Banyak klien tak percaya akan hasil tes negatifnya. Ini sering terjadi pada klien yang berisiko tinggi perilakunya atau merasa menjalani kehidupan yang salah. Pada beberapa orang hasil negatif tidak meredakan kecemasannya dan menganggap dirinya terinfeksi HIV. Beberapa orang tetap mengajukan pertanyaan tentang infeksi berkaitan dengan HIV. Jika dukungan untuk menentramkan (*reassurance*) tak mengurangi anxietas dan tetap berulang kali menanyakan berbagai hal tentang tes HIV, maka diperlukan rujukan pada fasilitas spesialis kedokteran jiwa atau psikolog klinis. Klien ini pada umumnya menunjukkan gangguan psikologik nyata⁸ seperti gangguan obsesif kompulsif atau hipokondriasis.

Hasil tes positif dan konseling pasca-tes

Munculnya antibodi dalam pemeriksaan darah akan membuat hasil tes positif. Ini merupakan tanda ancaman pertama dari sebuah perjalanan penyakit HIV. Reaksi dari klien bervariasi luas mulai dari syok sampai stres yang nyata, atau afek yang terhambat ('bengong')¹⁰. Bagi mereka yang mungkin telah mengantisipasi hasil tes positif atau sebelumnya pernah di tes, akan bereaksi tenang ketika diberitahu hasilnya.

Mengingat penyampaian hasil pada umumnya menimbulkan pukulan emosi kuat, maka konselor perlu menyediakan lingkungan yang aman, empati, dan dapat menerima klien untuk berdiskusi akan perasaan dan pikirannya¹¹. Perlu waktu cukup bagi klien memfokuskan dan mengeksplorasi pikirannya. Konselor harus menghindarkan diri dari pemberian *reassurance* palsu, dan memberi kesempatan pada klien mengungkapkan ketakutannya. Perjelas berbagai informasi agar terhindar dari pemikiran yang salah dalam mengartikan hasil tes. Diskusi tentang penyakit HIV, terutama perbedaan dan kaitannya dengan AIDS. Penilaian akan ada tidaknya dukungan moral bagi klien perlu diperhitungkan, jika tak ada dukungan klien dirujuk pada layanan yang memadai termasuk kelompok dukungan.

Konselor berkewajiban membantu klien menyusun rencana tindak yang nyata dan segera ketika ia akan pulang ke rumah dari tempat layanan VCT, dan memastikan derajat penyesuaian dirinya.

Lembar periksa untuk penyampaian hasil tes positif.

- ☒ Perhatikan komunikasi non verbal saat memanggil klien memasuki ruang konseling
- ☒ Periksa secara rinci catatan medik klien
- ☒ Pastikan klien siap menerima hasil
- ☒ Tekankan kerahasiaan¹²
- ☒ Lakukan secara jelas dan langsung
 - Misal " Marilah kita bicarakan hasil tes darah anda. Hasilnya positif. Artinya anda terinfeksi virus HIV"
- ☒ Sediakan waktu cukup untuk menyerap informasi tentang hasil
 - Hening
 - Periksa apa yang diketahui klien tentang hasil tes
 - Dengan tenang bicarakan apa arti hasil pemeriksaan "Bagaimana perasaan dan pikiran anda sekarang ?"
 - Galilah ekspresi dan ventilasikan emosi

- Bagaimana risiko bunuh diri ? – Lengkapi penilaian bunuh diri dan manajemennya, jika diperlukan (lihat Modul 2 Sub Modul 7 tentang informasi)
- ☑ Terangkan secara ringkas tentang :
 - Tersedianya fasilitas untuk tindak lanjut dan dukungan
 - 24 jam pendampingan
 - Dukungan informasi verbal dengan informasi tertulis
- ☑ Rencana nyata
 - Adanya dukungan dan orang dekat (siapa, apa, bagaimana, kapan, mengapa)
 - Keluar dari klinik, pulang ke rumah
 - Apa yang akan dilakukan klien dalam 48 jam
 - Strategi mekanisme penyesuaian diri
 - Orang terdekat dan etiknya¹³
- ☑ Tanyakan apakah klien masih ingin bertanya
 - Beri kesempatan klien untuk mengajukan pertanyaan dikemudian hari
- ☑ Rencanakan tindak lanjut atau rujukan, jika diperlukan

Tatalaksana respon emosional klien¹⁴

Menangis – Jika klien sedih dan mulai menangis, biarkan ia menangis. Beri kesempatan untuk menumpahkan kesedihannya. Sediakan tisu penghapus air mata. Beri komentar ketika proses berlangsung. *'Terasa sulit bagi anda , bagaimana jika kita bicarakan ?Apa yang membuat anda menangis ?'*

Marah – Klien mungkin mulai berteriak atau mengamuk menunjukkan kemarahannya. Jangan panik, biarkan ia meluapkan perasaannya. Katakan bahwa perasaan demikian itu normal adanya. Tanyakan apa yang membuat ia marah.

Tak berespon - Mungkin disebabkan karena sok atau menyangkal atau tak berdaya. Periksa apakah klien memahami arti hasil tes darahnya. Waspada akan pikiran bunuh diri.

Menyangkal – Baik verbal maupun non verbal. Konseling harus memberi kesempatan klien memahami kesulitan penerimaannya akan informasi hasil. Biarkan klien berbicara tentang perasaannya.

Langkah tugas konselor

Upayakan klien mau bertanya. Jawablah setiap pertanyaan dengan jujur dan serinci yang klien butuhkan. Jangan malu untuk mengatakan anda tak tahu jawabannya.

Klien HIV positif memerlukan informasi dibawah ini :

- Kesehatan, istirahat, olahraga, diet (gaya hidup)
- Seks aman
- Kontrol infeksi di rumah dan lingkungan sosial other

Berhati-hatilah dalam menyediakan waktu dalam konseling pasca tes. Bermacam-macam dan banyaknya isu seringkali membuat tidak cukup waktu untuk dibicarakan saat itu, karena itu diperlukan konseling lanjutan.

Tawarkan konseling tindak lanjut . Dalam sesi ini konselor memusatkan diri pada bagaimana klien menyesuaikan diri dengan status HIV positif nya. Dan bagaimana mereka memelihara diri tetap berstatus sero negatif. Bicarakan juga tentang pemberian makanan pada bayi. Sesi tindak lanjut merupakan sesi memberi dukungan yang dibutuhkan oleh klien.

Pada saat konseling lanjutan, lakukan :

- ☒ Jawab pertanyaan yang diajukan
- ☒ Nilailah dampak diagnosis
 - Hubungan relasi
 - Pekerjaan
 - Seksual
 - *HCW/patient interaction* (Interaksi pasien)
- ☒ Pemecahan masalah
 - Pengungkapan masalah pada pasangan seksual dan lainnya
 - Legal
 - Tempat kerja
 - Seksual
- ☒ Pengambilan keputusan tentang pengobatan dll
- ☒ Penilaian akan layanan dukungan
- ☒ Rujukan jika diperlukan

Apa tanggung jawab petugas kesehatan bilamana klien menolak mengungkapkan status HIVnya kepada pasangan seksual dan tetap melakukan penyebaran risiko HIV nya ?¹⁵¹⁶

- Ungkap secara rahasia kedokteran status HIV individu kepada pihak ketiga yang berwenang (misal lembaga pemberi dukungan). Pekerja kesehatan tidak boleh terlibat langsung dalam perawatan klien, atau pasangan seksual yang terinfeksi klien. Cara penyampaian dapat verbal atau dengan surat dan tercatat dalam catatan medik atau catatan konseling.
- Etik konseling pasangan harus dipegang teguh, **tidak boleh** mengkonseling pasangan yang diduga mempunyai risiko terinfeksi. Pertimbangkan konsekuensi untung dan rugi dalam etik saat berencana memberikan konseling terutama bila pasangan HIV positif menolak menerima konseling, misal akan terjadinya kekerasan domestik, atau hidup klien akan terancam
- Dalam rangka kemungkinan penularan HIV, UNAIDS dan WHO mengembangkan program etika konseling bagi pasangan yang sangat memerlukan konseling terhadap pasangannya
- Ketika klien menolak memberitahu pasangannya akan status HIV nya pemerintah cq kesehatan masyarakat harus membuat peraturan , tetapi tidak memaksakan , bahwa para profesi dalam layanan kesehatan memutuskan apakah perlu memberitahu pasangan seksual dan status HIV pasien mereka.. Pertimbangannya berdasarkan etika dan bersifat kasuistik **Untuk membuat keputusan, harus menggunakan kriteria dibawah ini :**
 - Odha harus dikonseling;
 - Ketika konseling pada Odha gagal mengubah perilaku;
 - Odha menolak memberitahu, atau tidak memberitahu pasangannya;

- Terbukti ada risiko penularan HIV pada pasangan misalnya pasangan saat ini dan masa datang, dan tukar menukar jarum pada IDU. dll.
- Identitas Odha tetap dirahasiakan sepanjang memungkinkan, kecuali pada orang yang odha beritahu;
- Tetap lakukan tindak lanjut untuk memberi dukungan pada odha sepanjang masih diperlukan

Rujukan

¹ UNAIDS (1997) Counselling and HIV/AIDS UNAIDS Technical Update UNAIDS Best Practice Collection. Geneva.

² Kipp, Walter; Kabagambe, G; Konde-Lule, J. (2002) HIV counselling and testing in rural Uganda: Communities' attitudes and perceptions towards an HIV counselling and testing programme. AIDS Care. Vol 14(5) Oct, 699-706. Carfax Publishing, United Kingdom

³ Green, J. and McCreaner, A. (Edit) (1996) Counselling in HIV Infection and AIDS (Second edition) Blackwell Publishers. London.

⁴ Albion Street Centre (1994) The AIDS Manual. (Third edition).

⁵ Tsu, Rachel C; Burm, Michael L; Gilhooly, Jennifer A; Sells, C. Wayne. (2002) Telephone vs. face-to-face notification of HIV results in high-risk youth. Journal of Adolescent Health. Vol 30(3), 154-160.

⁶ International Labour Organization. (2001) An ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work. Geneva ILO/AIDS/2001/2

⁷ Green, John; Davey, Tom (1993) Counselling with the "worried well." Counselling Psychology Quarterly. Vol 5(2) 213-220

⁸ Fisher, Jeffrey D; DelGado, Brenda P; Melchreit, Richard; Spurlock-McLendon, Janis. (2002) AIDS & Behaviour. Vol 6(2) 183-191

⁹ Bor, Robert; Miller, Riva; Goldman, Eleanor (1993) Counselling the "worried well" in HIV disease. International Journal for the Advancement of Counselling. Vol 16(1) 47-55

¹⁰ O'Connor, M. (1997) Treating the Psychological Consequences of HIV. Jossey Bass Publishers. San Francisco.

¹¹ Kalichman, S. (1995) Understanding AIDS A guide for mental health professionals American Psychological Association

¹² UNAIDS (1997) The UNAIDS Guide to the United Nations Human Rights Machinery. Geneva

¹³ Sauka, M; Lie, G. T. (2000) Confidentiality and disclosure of HIV infection: HIV-positive persons' experience with HIV testing and coping with HIV infection in Latvia. AIDS Care. Vol 12(6), 737-743. Carfax Publishing, United Kingdom

¹⁴ Population Services International (2001) New Start VCT Training Manual. Zimbabwe.

¹⁵ WHO. (1995) Counselling for HIV/AIDS: A key to caring. WHO/GPA/TCO/HCS/95.15 Geneva

¹⁶ UNAIDS / WHO (2000) Opening up the HIV/AIDS epidemic: Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling & appropriate use of HIV case-reporting. Geneva

Penilaian Risiko Bunuh Diri dan Manajemen Strategi

**MODUL 2
Sub Modul 7
VCT untuk HIV**

MODUL 2
Sub modul 7
Penilaian risiko bunuh diri dan manajemennya dalam HIV

Tujuan sesi

Peserta latih mampu:

- Menyatakan beberapa mitos tentang bunuh diri
- Memahami beberapa alasan bunuh diri
- Mengetahui klasifikasi cara bunuh diri
- Melakukan penilaian bunuh diri
- Mengetahui indikasi rujukan untuk klien bunuh diri
- Mengetahui isu untuk konseling bunuh diri
- Menerapkan strategi manajemen efektif untuk konseling bunuh diri

Waktu yang dibutuhkan

3 jam 30 menit

Matari pelatihan

- Tayangan *PowerPoint* (PPT17)
- Lembar aktivitas (AS17 & AS18 studi kasus)
- Naskah (HO16)
- Kotak pertanyaan
- Kotak Formulir Evaluasi

Petunjuk Pelaksanaan¹

1. Tayangan *PowerPoint* (PPT17).
2. *Aktivitas kelompok*:
 - Tunjukkan mitos satu kemudian mintalah peserta memberi respon, demikian seterusnya pada mitos-mitos lainnya secara berurutan. Mintalah peserta memberikan contoh masing-masing mitos. Rujuk peserta pada Bab Mitos Bunuh Diri pada naskah (HO16).
3. Lanjutkan tayangan *PowerPoint*.
4. *Aktivitas*:
 - Rujuk pelatih pada AS17 – Seksi A. Pedoman Penilaian Risiko Bunuh Diri, juga pada naskah (HO16).
 - Urutkan pertanyaan dalam pedoman penilaian risiko bunuh diri, jawablah. Tekankan pentingnya menggunakan ketrampilan konseling mikro untuk menjalankan pikiran, empati dan dukung klien dengan tenang.
 - Bagi peserta atas pasangan dan mintalah mereka mempraktekan penilaian risiko selama 20 menit dalam permainan peran.
 - Naskah penilaian risiko bunuh diri kasus ditunjukkan hanya pada 'klien (AS18).
 - "Konselor" diberi petunjuk untuk berperan sebagai konselor dalam permainan peran, dan bahwa "saudara dirujuk pada saya karena orang yang peduli pada anda sangat mencermaskan anda." Konselor kemudian melakukan penilaian risiko bunuh diri.
 - Mintalah "klien" melakukan umpan balik pada "konselor". "Konselor" menggali perasaan dan emosi klien untuk mendapatkan pelbagai tindakan yang akan "klien" lakukan.
 - Sesudah curah pendapat tentang permainan peran, mintalah bertukar peran.

¹ Mengingat modul ini menampilkan emosi yang kuat, maka sub modul ini dapat dilakukan dalam dua sesi dengan masa rehat diantaranya.

5. Bicarakan hasil permainan peran dengan kelompok, tanyakan apa yang dialami ketika itu.
6. Mintalah peserta memberikan masalah kunci yang muncul selama permainan peran penilaian risiko bunuh diri.
7. Sesudah masa rehat, tayangkan PowerPoint (PPT17) yang berisikan risiko tinggi dan rendah dari bunuh diri
8. **Aktivitas:**
 - Peserta latih diminta melihat kembali AS17- Bagian 8 : 'Sepintas tentang pengenalan risiko' dan Bagian C: 'Matriks penilaian risiko bunuh diri' (termasuk naskah HO16) .
 - Peserta dibagi atas dua kelompok untuk mendiskusikan studi kasus mereka secara timbal balik (misal satu kelompok untuk studi kasus 1 dan kelompok lain studi kasus 2).
 - Mintalah mereka mendiskusikan gambaran studi kasus yang dikarakteristikan dalam risiko tinggi atau risiko rendah, dan menentukan kasus studi ini masuk risiko yang mana. Dasarkan diskusi pada "determinasi sepiantas" dan gunakan matriks penilaian risiko bunuh diri.
 - Sesudah diskusi kelompok, lakukan diskusi kelas terhadap dua kasus dalam studi ini.
9. Selesaikan tayangan PowerPoint (PPT17) tentang strategi pengelolaan bunuh diri.
10. Berikan pujian atas hasil kerja kelompok dan ingatkan mereka bahwa topik ini dapat memicu respon yang kuat.
11. Mintalah peserta melihat naskah (HO16) pada bagian tentang rekomendasi bacaan tambahan pada bagian akhir dari naskah konseling krisis .
12. Tanyakan apakah masih ada pertanyaan dari kelompok dan pertanyaan tertulis dapat diletakkan dalam "kotak pertanyaan".
13. Mintalah peserta melengkapi formulir evaluasi dan memasukkannya kedalam "kotak formulir evaluasi".

Studi Kasus 2

Laki-laki, 20 tahun. Sebulan lalu ia datang ke layanan VCT dan mengetahui dirinya positif HIV. Seseorang dari kelompok dukungan membawanya ke klinik karena dalam kelompok dukungan ia senantiasa bercerita tentang keinginan bunuh diri secara detil dan terencana. Ia mengatakan sore ini akan melaksanakan usaha bunuh dirinya. Teman yang membawa mengatakan bahwa sulit untuk mengajak ia ke klinik dan sulit juga untuk mengikuti perkataannya. Sejak ia positif tak ada keluarga atau teman yang mau bersamanya. Keluarganya tak lagi senang berhubungan dengan dia sejak ia menggunakan napza suntik.

Ia mengatakan kepada konselor bahwa ia sangat kecewa ketika usaha bunuh dirinya minggu lalu tidak berhasil. Sekarang ia merasa menjadi beban bagi kelompok dukungannya. Ia merasa mengakhiri kehidupan adalah sebuah solusi .

Strategi Penilaian dan manajemen risiko bunuh diri pada pasien HIV

Module 2 Sub module 7 / PPT17

Tujuan

■ Bicarakan beberapa mitos tentang bunuh diri.

- Pahami alasan bunuh diri.
- Pahami cara bunuh diri.
- Lakukan penilaian risiko bunuh diri.
- Rujukan bila perlu.
- Konseling beberapa isu.
- Manajemen strategi.

Aktivitas kelompok

Mitos umum – Mitos 1

- Orang yang berniat bunuh diri, tetap pada niatnya dan akan membunuh dirinya tanpa didahului peringatan.

Mitos 2

- Mereka yang membicarakan bunuh diri tak akan bunuh diri.

Mitos 3

- Mereka yang bilang mau bunuh diri hanya ingin mencari perhatian.

Mitos 4

- Orang yang niat bunuh diri memang ingin mati.

Mitos 5

- Membicarakan secara terbuka hal bunuh diri akan membuat orang tersebut betul membunuh dirinya.

Mitos 6

- Mereka yang bunuh diri adalah orang gila. Bunuh diri adalah cermin gangguan mental atau psikotik.

Definisi

Bunuh diri adalah tindakan membunuh diri sendiri.

- Para suicide adalah ancaman bunuh diri.
- Ide bunuh diri adalah pikiran untuk menghabisi diri sendiri.
- Semua ancaman bunuh diri harus ditanggapi sangat serius.
- Seringkali orang yang berpikir bunuh diri akan menertakan perasaannya pada seseorang dan dan bersedia menerima nasehat intervensi

Risiko Bunuh Diri pada HIV

Ada waktu saat orang ingin bunuh diri :

- Sesudah diagnosis – respon impulsif bergejolak dalam emosi.
- Akhir penyakit – saat terjadi komplikasi sistem saraf pusat , penurunan kemampuan mencari nafkah, merasa diri menjadi beban.

Faktor lain sebagai kontributor Risiko bunuh diri

- Gangguan mood sebelumnya sudah ada (mis. depresi, anxiety atau mania).
- Gangguan psikiatrik sekarang - (mis. schizophrenia, gangguan bipolar).
- Hadimya stressor psikiatrik - (mis. Putus hubungan relasi/kerja).
- Penggunaan napza atau putus zat.
- Pra dan Pasca tes yang inadkuat.
- Jejaring dukungan tak memadai.
- Ketidak nyamanan seksualitas dan/atau gender.

Klasifikasi cara Bunuh Diri

- Cara kekerasan misal. Menggantung, menembak, membakar, mencelakai.
- Non-kekerasan mis. overdosis 'obat', keracunan, menghirup gas, menghambat jalan nafas.
- Cara pasif mis. Menolak menerima terapi. Keputusan datang dari klien, juga merefleksikan mood yang terselubung, rasa bersalah tak memadai atau respon bunuh terhadap terapi paliatif.

Penilaian Risiko Bunuh Diri

- Wawancara penilaian yang baik akan mengubah pikiran tentang bunuh diri.
- Jika klien datang dengan sanak saudara, konselor harus lebih dulu berhadapan dengan klien sendiri agar ada pembicaraan yang jujur.
- Jika klien para suicide, maka konselor harus terlebih dahulu jelas racun/obat apa yang digunakan, misal dengan memeriksa status atau dokter lain yang merawat.

Keputus-asaan

- Ide bunuh diri berkaitan erat dengan perasaan tak berdaya.
- Kenali pikiran klien tentang masa depan dan keyakinannya tentang situasi sekarang.
- Cara penyelesaian masalah.
- Periksa simptom klinis depresi.
- Rujuk ke psikiater/ spesialis jika diperlukan

Aktivitas – Bermain Peran

Pedoman Penilaian Risiko

- Pedoman pada bagaimana wawancara orang berisiko.
 - Memerlukan penambahan dan perluasan pertanyaan melalui wawancara
1. Apa perasaan anda begitu buruk sehingga perlu pikiran bunuh diri?
 2. Seberapa sering?

Pedoman Penilaian Risiko Bunuh Diri

3. Apa sudah ada rencana kearah kematian? (*lethality of plan*)
4. Anda punya peralatannya?
5. Apa telah diputuskan untuk melaksanakannya?
6. Pernahkah anda coba bunuh diri sebelum ini? (terencana/impulsif / menggunakan 'booster')
7. Bila anda pernah coba bunuh diri sebelum

Pedoman Penilaian Risiko Bunuh Diri

Periksa simptom dan tanda klinis depresi.

- Simtom Neuro-vegetatif: tidur; nafsu makan; kelelahan/kehilangan energi; agitasi/motorik melambat; seks.
- Mood dan motivasi rasa tak bahagi yang memanjang; kehilangan minat dan kesenangan; tak berdaya; putus asa; Sulit bekerja; sulit melakukan aktivitas rutin; menarik diri dari pergaulan; periksa adakah somatisasi.

Eksplorasi Problem

Mengapa berpikir tentang bunuh diri sekarang?

- Apa yang anda kerjakan sekarang?
- Bagaimana anda menghadapi masalah seperti ini dulu? (beri kesempatan klien menceritakan secara spesifik)
- Mengapa pemecahan masalah dulu tak lagi sesuai sekarang?
- Apa yang membuat masalah lebih buruk atau lebih baik?
- Siapa yang boleh tahu problem anda? Siapa yang tak boleh tahu?

Apa yang membuat anda bertahan hidup?

- Apa yang mengubah pikiran anda untuk bertahan hidup?
- Apa yang membuat perubahan ini betul terjadi?
- Hambatan apa yang membuat perubahan tak dapat dilaksanakan?
- Apa yang memfasilitasi proses perubahan?
- Bantuan apa yang diperlukan?
- Apa kemungkinan perubahan yang terjadi mempengaruhi perasaan anda?

Rencana Pemecahan Masalah

- Definisikan masalahnya.
- Curah pendapat opsi.
- Analisis opsi.
- Pilih satu opsi dan bagilah dalam tahapan pelaksanaan.

Penilaian level Risiko

- Gunakan matriks penilaian risiko bunuh diri.
- Penting untuk menentukan langkah konselor selanjutnya.
- Konselor melengkapi catatan medik ketika klien selesai.

Risiko Rendah

- Sekali coba. Tak gunakan alat mematikan.
- Ekspresikan perasaan masih ada harapan.
- Bangun penyesuaian diri yang pernah dipunyai saat menghadapi krisis lalu.
- Berikan alasan tepat untuk tidak mengulangi pengalaman masa lalu.
- Percobaan bunuh diri akan terjadi

Risiko rendah

- Seseorang harus segera diberitahu.
- Klien mempunyai campuran perasaan antara ingin bunuh diri dan ingin tetap hidup.
- Klien dapat mengekspresikan perasaan bebannya saat ini. Tetapi merasa bunuh diri

Risiko Tinggi

- Pikiran bunuh diri saat ini.
- Merasa putus asa.
- Gunakan strategi penyesuaian diri maladaptif.
- Usaha berulang masa lalu dan menggunakan alat untuk mati.
- Usaha dilakukan saat tak ada orang.
- Klien mengatakan akan berusaha bunuh diri lagi.

Risiko Tinggi

- Klien mengatakan tak akan coba lagi, tetapi tak dapat memberikan alasan apa bedanya tindakan dulu dengan saat ini.
- Kesehatannya menurun dan keterbatasan akses ke pengobatan.
- Klien merasa punya beban berat

Indikasi Dirujuk

- Tanda paling berbahaya adalah tak adanya kesertaan emosi – perasaannya telah mati.
- Klien jujur tentang intensinya tetapi mungkin menyangkal supaya bisa segera meninggalkan layanan VCT.
- Kebanyakan kasus mempunyai riwayat kekerasan pada anak.
- Rujuk ke psikoterapis, psikolog klinis, psikiater
- Rujuk ke pertolongan spesifik / lembaga

Aktivitas

Langkah selanjutnya dalam manajemen bunuh diri

- Tergantung apakah pra atau pasca usaha bunuh diri.
- Selalu melakukan penilaian risiko di setiap tahap

Stadium/tahapan sebelum usaha:
Langkah selanjutnya untuk
Kelompok risiko tinggi

- Determinasi keparahan masalah dan periksa apakah diperlukan rawatan RS.
- Negosiasi untuk rawat RS atau rujuk ke doktor.
- Jangan tinggalkan klien sendirian.
- Keluarga dan teman diminta ikut mengawasi klien.

Stadium Pra Usaha–
Langkah selanjutnya : Risiko rendah

- Pastikan klien mempunyai akses rumah sakit 24 jam.
- Jauhkan semua alat untuk bunuh diri :
 - Minta keluarga dan teman melakukan pengawasan.
- Melakukan KONTRAK yang berisi klien tak akan bunuh diri dalam waktu dekat :
 - Sediakan opsi bagi klien ketika pikiran/usaha bunuh diri menggoda pikiran.

Stadium Pra Usaha–
Langkah selanjutnya : Risiko rendah

- Perbaiki harapan.
- Intervensi lingkungan :
 - Galilah partisipasi aktif dalam satu situasi.
 - Galilah jejaring dukungan.
 - Rujuk ke layanan yang tepat.
 - Bantu klien menyelesaikan konflik dengan orang lain.
- Selalu melaksanakan penilaian tindak lanjut.

Individu yang menolak bicara

- Mungkin mereka takut tak boleh jadi bunuh diri :
 - Klien benar memercayainya.
- Mungkin ragu akan kerahasiaan konseling :
 - Mungkin yakin bahwa konselor percaya akan terjadi bunuh diri segera.
- Mungkin memalukan dan menakutkan diberi label "sakit jiwa":
 - Dukung klien dan jangan menghamilmi.
 - Ketika mereka tak mau bicara, sediakan alamat kontak orang yang dapat diajak bicara.

Usaha bunuh diri berulang

- Kesepian dan menyendiri.
 - Menarik perhatian.
 - Mungkin manipulatif.
 - Kurang mampu teknik beradaptasi.
- Semua usaha bunuh diri harus ditanggapi serius.

Gangguan kepribadian &
Usaha bunuh diri berulang

Beberapa perilaku dan krisis tertentu dapat merupakan preseden bunuh diri

Urutan perilaku tersebut :

- Ancaman bunuh diri, rencana dan perilaku mengancam kehidupan.
- Perilaku yang menyusup dalam proses terapi.
- Perilaku serius menyusup dalam kualitas hidup pasien

Ancaman, gestur dan usaha bunuh diri

- Mereka dg gangguan kepribadian seringkali sukses bunuh diri.
- Target manajemen utama adalah perilaku berisiko tinggi.
- Sekali diamankan keselamatan, goal intervensi lainnya harus segera mengubah perilaku bunuh diri dengan perilaku lebih adaptif
- Penelitian membuktikan bahwa penyelesaian masalah akan menurunkan kejadian bunuh diri berulang

Menjadikan perilaku bunuh diri sebagai target merupakan prioritas manajemen

- Turunkan perilaku bunuh diri dimasa datang.
- Komunikasikan dengan serius masalah perilaku bunuh diri.
- Dengan satu topik serius, klien belajar memfokuskan diri pada topik tersebut.
- Bunuh diri merupakan pikiran yang dikemudian hari dengan bertambahnya usia tak lagi dipikirkan.

Komplikasi Medik

- Setelah kegagalan usaha bunuh diri, kesehatan klien harus dimonitor oleh dokter.
- Beberapa dengan cara kurang membahayakan, namun mempunyai komplikasi serius. (mis. Kegagalan fungsi hati setelah keracunan parasetamol).

Minum Alkohol

- Banyak usaha bunuh diri karena mabuk alkohol.
- Klien mungkin menolak untuk memahami masalahnya.
- The CAGE questionnaire buatan Mayfield digunakan untuk mengidentifikasimasaalah alkohol pada sebagian besar individu :
 - Riset menunjukkan bahwa 81% problem peminum (respon positif pada 2 atau lebih pertanyaan).

CAGE Questionnaire

- Apakah pernah terpikir bahwa anda harus *ut down* (mengurangi) minum?
- Apakah orang *nnoyed* (memarahi)mu dengan mengkritik perilaku minum?
- Apakah pernah kamu merasa buruk atau *uilty* karena minum?
- Apakah anda bangun langsung minum agar merasa sistem saraf segar

Antidepresan

Sesungguhnya hanya memberi efek setelah 2 minggu atau lebih :

- Retardasi psikomotor berkaitan dengan depresi cenderung meningkat lebih dahulu dibanding dengan peningkatan mood.
- Konsekuensinya meski depresi berat, aktivitas dapat berada ditingkat tinggi.
- Dengan begitu usaha bunuh diri sering terjadi pada masa ini.

Pertanyaan untuk mendorong keluarnya pikiran bunuh diri

- Jangan takut untuk mengisi pikiran bunuh diri di kepala klien- sebab pertanyaan sudah ada disana.
- Menurut pikiran saudara apakah hidup tak lagi berharga ?
- Apakah saudara akan bunuh diri?
- Bagaimana cara melakukannya?
- Pernahkah tindakan itu dicoba ?
- Apa yang terjadi di tempat itu saat itu?

Usaha bunuh diri

- Banyak kejadian dalam keluarga.
- Para suicide biasanya berkaitan dengan kemarahan dan ketidak berdayaan daripada depresi.
- Klien yang marah perlu ditantang untuk cari jalan lain menyalurkan kemarahan.
- Berhadapan dengan pengingkaran kemarahan merupakan tugas yang berbeda dan memerlukan rujukan.

Stadium Pasca Usaha Bunuh Diri

- Obati klien.
- Cek atau nilai level risikonya.
- Eksplorasi rencana kedepan untuk pemecahan masalah dan alasan untuk tetap hidup.
- Intervensi krisis membuat klien teralih dari bahaya.
- Konseling jangka panjang diperlukan untuk mencari faktor pendorong.

Modul 2 Sub modul 7

Penilaian risiko bunuh diri dan strategi manajemennya

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Memahami beberapa alasan bunuh diri
- Memahami beberapa metode dan klasifikasi bunuh diri
- Melakukan penilaian risiko bunuh diri
- Memahami indikasi merujuk klien bunuh diri
- Memahami isu konseling bunuh diri
- Menerapkan strategi efektif konseling pada klien yang cenderung bunuh diri

Introduksi

Bunuh diri adalah tindakan membunuh diri sendiri.

Para suicide adalah ancaman bunuh diri.

Ide bunuh diri adalah pikiran membunuh diri sendiri.

Tindak bunuh diri merupakan bahasa yang menggambarkan bahwa dalam diri ada masalah yang memerlukan solusi. Kematian dilihat sebagai suatu cara terbebas dari kesulitan. Seringkali mereka yang mempunyai pikiran bunuh diri akan berbicara kepada orang lain tentang perasaannya. Pertolongan seringkali berhasil, dan menemukan alternatif pemecahan masalah akan membuat mereka berpikir ulang akan hidupnya meski sering juga disertai tangisan memohon pertolongan.¹ Tidak benar jika dikatakan bahwa mereka yang akan bunuh diri hanya mengancam!!

Semua ancaman bunuh diri harus dianggap serius

Mitos umum

- Mereka yang berpikir atau berencana untuk bunuh diri, akan menyimpan pikiran mereka, dan bunuh diri akan terjadi tanpa peringatan.
- Mereka yang mengatakan bunuh diri, tak akan melaksanakannya.
- Mereka yang mengatakan bunuh diri hanyalah untuk menarik perhatian orang lain
- Mereka yang akan bunuh diri memang akan mati
- Membicarakan bunuh diri secara terbuka akan mendorong orang mengakhiri hidupnya.
- Semua orang yang berpikir bunuh diri adalah orang gila, sakit mental atau psikotik

Risiko bunuh diri pada HIV

Ada dua masa ketika Odha ingin bunuh diri. Masa pertama ketika baru mendapatkan diagnosis, dan tindak bunuh diri merupakan respon impulsif dari gejala emosinya.² Masa kedua adalah saat penyakit berkembang lanjut dan menyerang sistem saraf pusat sebagai penyulit dari perkembangan AIDS, kemampuan mencari nafkah menurun, dan ia merasa menjadi beban bagi keluarga dan mereka yang merawatnya.³ Pada stadium lanjut penyakit AIDS, terjadi gangguan proses pikir, dan sistem kimiawi otak terganggu.⁴

Faktor lain yang berkontribusi atas risiko bunuh diri adalah :

- Gangguan mood yang telah ada sebelumnya (depresi, anxietas atau mania)
- Gangguan psikiatrik masa sekarang seperti schizophrenia atau gangguan bipolar.
- Adanya stresor psikososial misal putusnya hubungan
- Penggunaan napza atau putus zat
- Konseling pre dan pasca tes yang tak memadai
- Jejaring dukungan tak memadai
- Tak nyaman dengan seksualitas dan atau gender

Klasifikasi metode bunuh diri

- Dengan Kekerasan:** Merupakan cara dimana klien berpikir atau bertindak menghabisi diri dengan cara kekerasan seperti : menggantung, menembak , membakar, mencelakai diri atau melompat dari ketinggian.
- Tanpa Kekerasan:** Ketika klien menggunakan cara non kekerasan seperti menggunakan obat berlebihan dosis, meracuni, menghisap gas, menyumbat jalan nafas.
- Pasif:** Bunuh diri juga dapat secara pasif, seperti menolak terapi atau tindakan pertolongan ketika hal itu diperlukan tubuh. Ini menimbulkan distress pada pengasuh dan penjaga klien, karena berkaitan dengan etika. Meski keputusan, alasan, ada ditangan klien, hal diatas juga merupakan refleksi terselubungnya mood, perasaan bersalah yang tak tepat, atau respon atas buruknya rawatan paliatif.

Penilaian risiko bunuh diri

Wawancara yang baik adalah bagian dari terapi. Melalui cara ini seringkali pikiran bunuh diri dapat diubah. Pada sebagian besar kasus menimbulkan krisis dan membutuhkan perhatian sangat serius dan harus ditemani oleh kerabat. Konselor perlu menemui klien sendiri dahulu. Ini karena klien yang berpikiran bunuh diri merasa tak berdaya, tak mau berkata jujur tentang diri dan masalahnya didepan orang lain terutama yang terlibat dengan masalahnya.

Ketika konselor berhadapan dengan para klien yang berpikiran bunuh diri , maka tetapkanlah lebih dahulu kesehatan klien secara medik. Selalu periksa ulang apakah sebelumnya pernah meminum racun. Jangan terlalu cepat menyilakan duduk dan konseling klien yang secara nyata telah meminum racun dan dapat pingsan selama sesin konseling.

Ketidak berdayaan

Ide atau upaya bunuh diri sangat erat hubungannya dengan perasaan tak berdaya. Sangatlah penting, untuk mengetahui pikiran ke masa depan, keyakinannya, dan tentang lingkungan saat ini. Jika individu yakin bahwa perubahan positif sulit dilakukan , konselor dapat memperbaiki harapan dengan memberikan dukungan individual bahwa semua dapat membantu dan mengajar kan struktur metode pemecahan masalah. Konselor juga perlu melihat simtom lain, seperti secara klinis depresi. Rujukan spesialis mungkin diperlukan.

Pedoman penilaian risiko⁵

Pertanyaan yang diajukan bukanlah pertanyaan yang biasa, suatu pertanyaan sensitif. Dibawah ini pedoman untuk membantu para profesional untuk bagaimana mewawancarai orang yang berisiko bunuh diri. Ini merupakan pedoman, bukan suatu daftar pertanyaan siap pakai, banyak pertanyaan membutuhkan penggalian lebih lanjut, dan upaya untuk mencoba pelatihan seakan menghadapi individu berisiko .

1. Apakah saudara merasa sangat buruk/ tak berdaya/tak berpengharapan sehingga berpikir bunuh diri ? YA /TIDAK

Ikuti pertanyaan diatas dengan penggalian dibawah ini:

2. Seberapa sering?
- a. Apakah saudara berpikir bunuh diri? YA/TIDAK
b. Bagaimana saudara pikir cara melakukannya? YA /TIDAK
3. Apakah saudara punya rencana? YA/TIDAK
- a. Seberapa mematikan cara yang dipilih ?
GALI persepsi orang berisikol
4. Apakahsaudara punya alat? GALI
5. Sudahkah saudara putuskan kapan dilakukan ? GALI
6. Apakah saudara pernah coba bunuh diri ? GALI

Jika 'ya' periksa apakah usaha yang dahulu:

- a. Impulsif?
b. Terencana?
c. Apakah saudara memerlukan pendorong untuk melaksanakannya, seperti alkohol/napza?
7. Jika saudara pernah mencobanya, apa bedanya dengan sekarang, apakah berhasil ?

Tuliskan jawaban klien. Umumnya setiap perubahan positif diterima klien sebagai risiko makin tinggi.

8. Periksa simtom depresi klinis. GALI
- a. Simtom nerovegetatif:
- Tidur
 - Nafsu makan
 - Kelelahan/kurang energi
 - Agitasi/melambat
 - Seks

b. Mood dan motivasi

- Perasaan tak bahagia berkepanjangan
- Kehilangan minat atau kesenangan
- Tak berpengharapan
- Tak berdaya
- Sulit bekerja
- Sulit mengerjakan aktivitas sehari-hari
- Menarik diri dari kawan-kawan dan aktivitas sosial
- **Periksa somatisasi** (nyeri, sakit, rasa badan tak enak tanpa sebab organik)

Galilah masalah

- Mengapa saudara berpikir bunuh diri sekarang? (apa kesulitan/masalah sekarang)
- Apa yang saudara lakukan atas masalah tersebut? (penyesuaian sekarang)
- Bagaimana saudara menghadapi masalah dimasa lalu? (tanya contohnya)
- Apa ada alasan yang mungkin sekarang tak tepat ?
- Bila masalah dimulai?
- Siapa yang terimbas masalah saudara?
- Bagaimana itu mempengaruhi saudara?
- Apa yang menjadikan buruk atau baik?
- Bagaimana saudara terbantu?
- Siapa yang menurut saudara boleh atau tidak boleh mengetahui masalah saudara?

Apa yang membuat saudara tetap hidup?

- Apa perubahan yang membuat saudara tetap hidup?
- Apa yang membuat saudara dapat mengujudkan perubahan itu ?
- Apa halangan untuk mengubah itu?
- Apa yang memfasilitasi proses perubahan?
- Bantuan dari siapa yang saudara harapkan ?
- Apa kebutuhan saudara sekarang?
- Bagaimana saudara merawat diri ?
- Apa kejadian yang dapat mengubah pikiran saudara?
- Bagaimana bila ini terjadi?

Rencana penyelesaian masalah

- Batasi masalah
- Curah pendapat berbagai opsi
- Analisis opsi
- Pilih satu opsi dan uraikan dalam langkah-langkah pelaksanaan

Menilai tingkat risiko

Konselor perlu menggali dan menilai apakah risiko bunuh diri tinggi atau rendah. Ringkasan penilaian risiko rinci terdapat pada akhir dokumen ini. Formulir ini dapat dilengkapi oleh konselor ketika klien ada dan konselor mencatatnya. Menilai tingkat risiko merupakan hal penting untuk menentukan langkah selanjutnya.⁶

Selintas determinasi risiko

Risiko tinggi	Risiko rendah
1. Pikiran bunuh diri sekarang	1. Hanya sekali berusaha. Menggunakan cara yang kurang mematikan.
2. Klien menyampaikan perasaan putus asa	2. Klien mengungkapkan perasaan ada harapan
3. Menggunakan strategi penyesuaian maladaptif	3. Klien mengembangkan respon penyesuaian diri dari krisis yang lalu
4. Berusaha beberapa kali. Menggunakan alat mematikan.	4. Klien memberikan alasan tepat untuk tidak mengulangi pengalaman lalu, mis rasa menyakitkan membuat ia sadar bahwa mati bukanlah jawaban.
5. Usaha dilakukan ketika tidak ada orang didekatnya.	5. Usaha tunggal dilakukan secara impulsif.
6. Klien mengatakan ia tak akan mengulangi.	6. Seseorang diberitahu mendadak.
7. Klien mengatakan bahwa ia tak akan mengulangi lagi, tetapi tidak dapat mengatakan alasan mengapa demikian.	7. Klien menunjukkan ia mempunyai perasaan campuran tentang bunuh diri. Tidak mempunyai alasan kuat mengapa ia bunuh diri, mis melanggar perintah agama , akan dimarahi keluarga
8. Kesehatan menurun dan opsi terapi terbatas.	8. Klien menunjukkan perasaannya bahwa mereka merupakan beban , dg bunuh diri beban menjadi lebih besar lagi bagi orang lain.
9. Klien merasa terbebani.	

Indikasi rujukan

Emosi dangkal, perasaan "sudah mati", merupakan tanda yang buruk. Seringkali klien secara terus terang mengatakan ingin mati , tetapi kadang-kadang menyangkal agar dilepas dari pusat VCT. Beberapa klien menyangkal total kemarahan diri., biasanya mereka padawaktu kecil mengalami tindak kekerasan. Klien ini perlu dirujuk untuk psikoterapi, pada psikiater atau psikolog klinis jika ada. Klien lain memerlukan bantuan dari beberapa institusi seperti bantuan hukum, organisasi kesejahteraan, dukungan bagi ibu tak menikah, orangtua tunggal dll.

Ulas kasus yang saudara gunakan untuk menilai risiko bunuh diri. Gunakan rincian pedoman penilaian untuk menilai klien berisiko tinggi ataupun rendah..

Langkah konseling manajemen klien bunuh diri ⁷

Perlu diketahui dimana kini klien berada, tahap pra atau pascausaha bunuh diri , meski keduanya mempunyai penilaian sama. **Selalu lakukan penilaian risiko di kedua tahap.**

Butir kunci penilaian dan manajemen bunuh diri oleh konselor

Tahap pra usaha bunuh diri

- Tentukan beratnya masalah dan periksa kebutuhan klien untuk masuk rumah sakit.
- Negosiasi untuk perawatan rumah sakit sukarela atau rujuk ke dokter yang biasa merawat klien.
- Jangan biarkan klien sendiri selama menyiapkan rujukan.
- Bantu kembangkan alternatif mekanisme penyesuaian diri dan menurunkan stres.
- Mobilisasi sistem dukungan bagi klien
- Inisiasi (verbal atau tertulis) kontrak tidak bunuh diri untuk memastikan klien selamat setidaknya untuk jangka pendek.

Langkah selanjutnya untuk individu berisiko tinggi bunuh diri..

1. **Pastikan pengawasan tepat atau rawat rumah sakit bagi individu.** Jangan tinggalkan klien sendiri sekejappun. Rujuk pada psikiater atau spesialis kesehatan mental.
2. Keluarga dan teman mungkin dapat mengawasi dengan baik.

Langkah selanjutnya untuk individu berisiko rendah..

1. **Pastikan individu mempunyai akses 24 jam ke tahanan klinis.** (mis. Dukungan tim krisis, tim diluar jam kerja, dokter umum , rumah sakit, telepon). Beri pada klien daftar sejumlah nomor yang dapat dihubungi dan melakukan rencana darurat eksplisit jika kontak tak dapat dilakukan. Klien mungkin akan usaha bunuh diri lagi, maka hal diatas diperlukan.
2. **Jauhkan semua alat yang dapat untuk bunuh diri .** mis. Senjata, tablet, bahan kimia, mobil (ambil kuncinya), pisau, tali, dan senjata lainnya. Jika individu membutuhkan medikasi, pastikan ia mempunyai akses berikan obat dalam jumlah kecil saja. Mintalah keluarga mengawasinya .
3. **Kontrak tak bunuh diri – cobalah mengundurkan impuls bunuh diri.** Misal buat “kontrak” dengan individu sehingga ia berjanji tidak berupaya bunuh diri setidaknya dalam waktu dekat. Sediakan berbagai opsi untuk menggunakan waktunya dengan baik saat penggoda bunuh diri menghampiri. (mis. Menyarankan individu menelpon/memanggil seseorang untuk menolong, seperti konselor, keluarga atau teman yang dipercayai ,dokter, atau *crisis hotline*).
4. **Perbaiki harapan.** Dorong pandangan bahwa semua masalah dapat diselesaikan. Kenali, gali dan validasi kemampuan klien untuk menyesuaikan diri dengan krisis atau kesulitan. Gunakan metode pemecahan masalah terstruktur sebagai ketrampilan penting bagi individu untuk dipelajari.

5. **Intervensi lingkungan.** Dorong klien berpartisipasi aktif pada situasi sekarang.

Sertakan anggota keluarga merawat individu dan penyelesaian masalah terstruktur. Dorong jejaring pendukung diluar konselor (mis. Keluarga, teman, dan LSM. Dorong sumber-sumber masyarakat (mis. *crisis hotlines*, polisi, pusat medik).

Rujuk pada layanan tepat.

Bantu individu untuk menyelesaikan setiap konflik dengan orang lain secepatnya, yang memberi kontribusi masalah. Bantu individu kemudian untuk mengatur waktu antara sesi terapi dan memastikan sesi sering, teratur, dan terencana .

6. Selalu lakukan penilaian lanjutan

Problem khusus yang harus dihadapi klien bersama konselor.

Ada beberapa individu yang sulit ditolong . Beberapa masalah yang harus dihadapi adalah sebagai berikut :

Individu yang menolak berbicara

Orang yang menolak membicarakan usaha bunuh dirinya yang lalu atau pikiran dan rencana bunuh diri sekarang karena:

- Mereka takut dilindungi dari tindak bunuh diri
- Mereka malu mempunyai pikiran bunuh diri atau usaha bunuh diri yang lalu.
- Mereka takut diberi label "sakit jiwa"
- Mereka takut dirawat di rumah sakit
- Mereka ragu akan kerahasiaan wawancara
- Mereka mungkin melawan atau manipulatif

Adalah biasa jika mereka yakin dirinya akan dilindungi dari tindak bunuh diri. Kerahasiaan dapat dibuka jika konselor yakin klien tetap berniat bunuh diri dan bertindak. Jika individu berisiko tinggi membahayakan diri sendiri dan individu tak ingin ditolong , perlu dibawa ke psikiater atau dokter umum sesuai peraturan perundangan kesehatan .

Membaca klien yang menolak bicara, klinisi dapat memberikan dukungan kepada klien untuk kesediaan membantu dan menjaga kerahasiaan wawancara. Pendekatan tak menghakimi sangatlah diperlukan. Jika individu tetap menolak untuk bicara, pastikan ia mengetahui kemana ia harus meminta pertolongan ketika ia berubah pendapat. Buat surat rujukan agar klien ingat ada tawaran bantuan yang berguna.

Individu yang berulang kali berusaha bunuh diri

Individu ini merasa kesepian dan terasing, dan berusaha menarik perhatian. Atau mungkin mereka merasa terancam, usaha bunuh diri dimaksud untuk memanipulasi. Lainnya adalah kelompok yang tak mampu menyesuaikan diri . Meski demikian setiap ancaman bunuh diri harus ditanggapi secara serius. Konselor perlu memahami bahwa

individu diatas berada dalam suasana tertekan dan tak mampu mengatasi gejala emosinya.

Gangguan kepribadian dan usaha bunuh diri berulang

Manajemen Krisis

Meskipun rencana disusun dengan baik dan manajemennya diberi batasan jelas, perlu diingat bahwa pada suatu saat terjadi krisis yang mengganggu rencana tersebut. Beberapa kasus didalamnya adalah "para suicidal, batas ambang (*borderline*)" yang membutuhkan penanganan perilaku 'krisis' selama perjalanan menjalankan rencana yang telah disusun oleh klien dan konselor, atau kemudian diperlukan goal lain yang disetujui klien dan klinisi. Urutan pentingnya perilaku ini adalah sebagai berikut :

1. Ancaman bunuh diri, usaha bunuh diri dan perilaku mengancam kehidupan lainnya.
2. Perilaku yang mengganggu jalannya proses terapi (mis. tak hadir sesi terapi, sangat menuntut, letupan-letupan kemarahan, berulang kali masuk rumah sakit).
3. Perilaku yang secara serius mengganggu kualitas hidup individu (mis. penyalahgunaan napza, perilaku antisosial)

Ancaman bunuh diri, gesture atau usaha bunuh diri

Besarnya kejadian bunuh diri lengkap pada individu dengan kepribadian ini lebih rendah dari schizophrenia dan gangguan afektif, namun semua ancaman bunuh diri harus ditanggapi secara serius meskipun digunakan secara manipulatif dan nampaknya kurang mematikan. Seperti disarankan, target utama manajemen adalah selalu perilaku bunuh diri berisiko tinggi. Prediktor utama, yang diyakini, adalah perilaku bunuh diri adalah usaha bunuh diri sebelumnya. Faktor risiko dalam populasi yang mendorong terjadinya bunuh diri, adalah hubungan interpersonal, depresi, dan penyalahgunaan obat.

Ancaman atau ide bunuh diri harus segera dan secara aktif dinilai. Cara yang paling aman adalah memberi rasa aman, tujuannya adalah mengganti bunuh diri dengan penyelesaian masalah yang lebih adaptif. Pada kebanyakan perilaku bunuh diri, jika dilakukan pendekatan pemecahan masalah terstruktur tepat ketika muncul tanda akan bunuh diri (kecuali jika bunuh diri merupakan upaya memanipulasi orang lain atau menarik perhatian), terbukti sangat membantu. Pada beberapa studi didapatkan bahwa pemecahan masalah individu efektif menolong mereka tak jadi bunuh diri pada mereka yang berusaha bunuh diri berulang.

Prioritas manajemen yang menguntungkan untuk menjawab perilaku bunuh diri :

Pertama, lakukan manajemen prioritas mengurangi perilaku bunuh diri sehingga mengurangi usaha bunuh diri dimasa depan

Kedua, para klinisi diberikan informasi bahwa perilaku tertentu mempunyai risiko besar
Ketiga, individu bersangkutan kemudian belajar bahwa ketika muncul perilaku tertentu, mereka akan membicarakannya dengan para klinisi dan menerapkan pemecahan masalah lebih banyak, daripada membicarakan topik lainnya. Untungnya, dengan bertambahnya usia, usaha bunuh diri makin menurun.

Komplikasi medik sesudah usaha bunuh diri yang gagal

Kesehatan mereka yang gagal usaha bunuh diri perlu dipantau ketat oleh dokter. Meski demikian, semua klinisi perlu mewaspadai bahwa usaha bunuh diri yang nampaknya sederhana dengan cara kurang berbahaya dapat menyebabkan komplikasi serius. Misal overdosis parasetamol akan membuat gagal fungsi hati dan kematian menjemput pelahan sesudah itu. Sayangnya, beberapa individu yang overdosis parasetamol tidak sungguh-sungguh berniat mati dan hanya menarik perhatian. Kematian menjadi hal yang tragis.

Penggunaan alkohol

Banyak pengguna alkohol mempunyai kecenderungan bunuh diri, namun kebanyakan dari mereka menyangkal. Riset oleh Mayfield dan kawan-kawan pada populasi psikiatrik menyatakan ada empat pertanyaan sederhana yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi masyarakat luas yang mempunyai masalah alkohol. Meski instrumen ini tidak semuanya dapat dipercaya kesahihannya, respon positif dua atau lebih pada pertanyaan dibawah ini benar menunjukkan 81% mempunyai masalah alkohol, dan hanya gagal mengklasifikasi pada 11 % bukan peminum. Ketepatan pengenalan penyalahguna alkohol meningkat ketika gangguan psikosis dan otak organik individu dieksklusikan.

Jika dua atau lebih memberi respon positif perlu didiskusikan penggunaan alkohol dan bila diperlukan rujuk ke layanan program alkohol dan napza.

The CAGE Questionnaire: Alcoholism screening instrument (Instrumen uji saring : Kuesioner CAGE)

1. Apakah saudara pernah merasa harus menghentikan (**C**ut down) minum alkohol?
2. Apakah orang memarahi (**A**nnoyed) sudara dengan mengkritik?
3. Apakah saudara pernah merasa tak baik atau bersalah (**G**uilty) menjadi peminum?
4. Apakah saudara begitu bangun tidur langsung berpikir minum agar merasa stabil sarafnya dan tidak mengantuk ? (**E**ye-opener)?

Antidepresan

Antidepresan biasanya hanya dimulai ketika seseorang turun moodnya selama dua minggu atau lebih, untuk meningkatkan mood. Meski demikian, retardasi psikomotor sering lebih cepat naik mendahului perbaikan mood.

Konsekuensinya pulihnya tenaga motorik sebelum depresi beratnya teratasi, adalah pada saat seperti ini usaha bunuh diri sering terjadi. Karena itu dimintakan kepada keluarga untuk terus mendampingi klien saat masa krisis, ketika klien mendapatkan terapi antidepresan, selama ia berada ditengah masyarakat. Individu juga perlu memahami daya kerja antidepresan yang mempunyai jarak waktu antara perbaikan motorik dan mood. Efek seperti ini menunjukkan bahwa terapi mulai bekerja dalam tubuh.

Beberapa pertanyaan yang digunakan untuk menguji adanya pikiran bunuh diri.

Ketika klien marah atau depresi, maka konselor harus mencari adakah pikiran bunuh diri sedang berlangsung dalam benak klien. Jangan takut memasukkan ide ini dalam pikiran klien, karena idenya sudah ada disana, maka pertanyaan diajukan bukan hal yang berbeda..

Setiap ancaman atau usaha bunuh diri harus ditanggapi secara serius

- Apakah saudara merasa tak berharga lagi untuk hidup ?
- Jika pertanyaan diatas dijawab ya : Apakah saudara pernah berpikir untuk membunuh diri ?
- Jika pertanyaan diatas dijawab ya : Bagaimana cara saudara melakukannya?
- Apakah saudara pernah mencoba membunuh diri sendiri ?
- Apa yang terjadi saat itu? (dsb)

Banyak ancaman bunuh diri karena masalah dalam keluarga. Mereka terbakar kemarahan dan merasa tak berdaya , lebih buruk dari depresi. Klien yang marah harus diberi kesempatan ventilasi kemarahannya. Ketika klien mengatakan tak pernah marah, maka berarti kemarahannya sangat berbahaya karena disangkal. Tak seorangpun didunia ini yang tak pernah marah.

Menghadapi kemarahan yang disangkal, memerlukan ketrampilan lain, karena itu perlu dirujuk.

Jika klien mengatakan : *"Saya akan mengendalikan diri saya dimasa depan "*, atau *"Saya tak akan marah lagi di hari depan "* berarti mereka tak berpikir realistik. Kemarahan tetap berada dalam pikiran sehingga pada suatu saat betul terjadi.

Juga penting meningkatkan kekuatan klien dalam relasi khusus, yang dibuat dalam kaitan usaha bunuh diri. Galilah sistem dukungan – apakah anggota keluarga atau teman yang dapat dipercaya ? Apakah mereka mempunyai pengaruh besar atas isu yang ditakuti klien ? Perilaku dan manajemen bunuh diri berbasis pandangan situasi krisis yang mengancam, maka gunung emosinya secara intensif harus dihadapi agar dapat dicapai ketrampilan penyesuaian baru dan menghasilkan tanggung jawab penuh dalam kehidupannya.

Tahap sesudah usaha bunuh diri

- Tangani masalah medik
- Periksa besarnya risiko dan tingkat risiko
- Gali rencana ke depan untuk penyelesaian problem dan alasan untuk tetap hidup.

Strategi intervensi krisis segera dilakukan dengan meletakkan klien dalam pusat perhatian sampai masa bahaya lewat dan kemudian masuk dalam konseling lanjutan jangka panjang untuk menyelesaikan hal-hal yang mendorong upaya bunuh diri.

MATRIKS PENILAIAN RISIKO BUNUH DIRI

Nama: _____

Tanggal: ____/____/____

Konselor: _____

Rincian	Risiko rendah	Risiko menengah	Risiko Tinggi
Skor 1 1. Rencana bunuh diri a. Rinci b. Ketersediaan c. Waktu d. Letalitas/ cara e. Perubahan intervensi	- Aneh - Tak tersedia, akan mencari - Tak ada waktu spesifik - Pil, toreh pergelangantangan - Lainnya sering muncul setiap waktu	- Beberapa spesifik - Tersedia, dekat - Dalam beberapa jam - Napza, alkohol, tabrakan mobil, carbon monoxide - Lainnya jika ditanyakan dijawab	- Direncanakan dengan baik, waktu, cara, dimana - Alat ditangan - Segera - Senjata, gantung, lompat - Taksatupun dekat: tersolasi
2. Usaha bunuh diri yang lalu	Tak ada atau satu cara lalu	Multipl atau letalitas rendah atau satu letalitas medium, riwayat ancaman berulang	- Satu dg letalitas tinggi, beberapa moderat - Beberapa usaha dalam bbb minggu ini
3. Stres	Tak ada stres nyata	Reaksi sedang terhadap kehilangan dan perubahan lingkungan	- Reaksi berat akan kehilangan atau perubahan lingkungan - Banyak krisis sosial/personal belakangan ini
4. Simtom a. Perilaku penyesuaian diri b. Depresi	- Sesekali pikiran bunuh diri muncul - Aktivitas harian berjalan terus tanpa perubahan - Perasaan menurun sedang	- Lebih dari satu kali pikiran bunuh diri tiap hari - Beberapa aktivitas harian terganggu, gangguan makan, tidur, aktivitas sekolah - Rasa sedih sedang, mood terganggu, mudah marah, kesepian dan penurunan energi	- Menolak bantuan - Pikiran bunuh diri menetap - Gangguan berat pada fungsi sehari-hari - Waham, paranoid, kehilangan kemampuan realitas - Tak berdaya, sedih dan marah amat sangat (verbal/fisik) perasaan tak berharga - Perubahan mood ekstrim
5. Sumber-sumber	Bantuan orang lain bermakna dan mau membantu	Keluarga dan teman bersedia, namun tak bersedia membantu secara konsisten	- Keluarga dan teman tak menyukai, bermusuhan, keceahan, teruka - Jelas terabaikan
6. Aspek komunikasi	Langsung ekspresikan perasaan dan pikiran bunuh diri	Tujuan bunuh diri berkaitan dengan relasi dengan orang lain ("mereka akan merasa bersalah - saya akan tunjukkan pada mereka")	Ekspresi tak langsung atau nonverbal yang menunjukkan internalisasi tujuan bunuh diri (rasa bersalah, tak berguna)
7. Gaya hidup	Relasi, kepribadian dan kinerja akademik stabil	Perilaku mengamuk dan penyalahgunaan napza, perilaku bunuh diri akut, personaliti tak stabil	Perilaku bunuh diri dalam kepribadian tak stabil, gangguan emosi sulit berkawan, berhubungan dengan keluarga dan guru

8. Status medik		Tak ada masalah medik nyata	Penurunan kesehatan	Penyakit melemahkan kronis, BB nyata turun
Jumlah				

Perpustakaan BNN

BACAAN TAMBAHAN KONSELING KRISIS⁸

Definisi krisis

Ada beberapa definisi krisis:

- Krisis adalah suatu keadaan dimana individu mengalami kebingungan dan kekacauan fungsi secara akut karena stres internal maupun eksternal.
- Krisis merupakan pengalaman berhadapan dengan hambatan yang tak pernah dikenali selama perjalanan hidup.
- "Ketika individu mengalami stres berat berkepanjangan atau menerimanya sebagai suatu beban sangat berat, maka daya tahan mentalnya tak kuasa lagi menahan tuntutan penyesuaian diri yang demikian besar. Dalam keadaan itu ia masuk dalam status krisis atau situasi stres amat berat."⁹

Krisis emosi terjadi:

- Ketika individu merasa sangat terancam
- Ketika ia terperangah dan terperangkap pada situasi yang tak terduga.
- Akibat dari kehilangan kendali diri.
- Ketika tahu bahwa tak ada penyelesaian dan semua usaha mengatasi terasa sia-sia.

Kategori krisis:

- Krisis perkembangan.
- Krisis kecelakaan/ situasional.
- Krisis eksistensi.

Kondisi ketika krisis terjadi:

- karena faktor eksternal (misal kehilangan)
- Karena distress internal.
- Karena masa peralihan yang menuntut respon adaptif.

Stresor yang dapat mencetuskan krisis:

- Hubungan relasi, perkawinan dan keluarga (konflik, kematian, anak, kesulitan seksual, perceraian/perpisahan)
- Pekerjaan, dan yang berkaitan dengan pekerjaan, (mis pemutusan hubungan kerja, beralih tugas, beban kerja tinggi dan pensiun)
- Pendidikan, studi, sekolah (misal ujian, kesulitan bicara didepan umum)
- Kondisi sosial yang buruk (misal kemiskinan, rumah kumuh, kurangnya dukungan komunitas)
- Intrapersonal (misal depresi, kehilangan makna hidup, perasaan bersalah, pikiran tak rasional)
- Cedera tubuh (misal akibat kekerasan, sakit terminal, perkosaan, disabilitas)¹⁰

"Ada suatu ketika dimana klien merasa sampai pada batas diluar kemampuan penyesuaian dirinya, meski diketahui begitu luasnya variasi ketahanan mental dari seorang ke orang lain, dan dari satu waktu ke waktu lain pada seseorang dalam menghadapi stresor. Berdamai dengan stres dan situasi baru sangat bergantung pada banyak sumber individu tersebut. Meski mungkin dapat diperberat oleh situasi keluarga, sosial dan dukungan masyarakat yang tersedia."¹¹

Reaksi yang mungkin terjadi dalam menghadapi krisis.¹²:

Badan: Reaksi tubuh termasuk hipertensi dan kecenderungan serangan jantung , ulkus gastrik dan duodenal dll. Bagian badan yang paling lemah dari klien yang akan menderita karena stres.

Perasaan: Perasaan berkaitan dengan serangan stres berlebihan adalah syok, depresi, frustrasi , marah, anxietas, disorientasi dan ketakutan menjadi gila atau rusak saraf.

Pikiran: Beberapa pikiran yang berkaitan dengan stres adalah rasa tidak bertenaga untuk membuat diri positif dalam situasinya, diluar kendali, dan putus asa akan masa depan. Pikiran irasional , berpikir seperti menggunkan 'kacamata kuda', dengan berfokus kepada sangat sedikit faktor dalam suatu situasi.

Tindakan: Ketika mengalami stres berat , dua cara utama orang menghadapinya, yakni menghindari dan aktif berlebihan . Perilakunya mulai menyerah, tak berbuat sesuatu dan tidak berusaha , atau kaku dengan cara yang sama dalam menghadapi masalah. Tindak kekerasan, baik ke dalam maupun ke luar diri, terjadi lebih sering pada stres tinggi dibanding stres rendah.

Fase krisis:

1. Terpukul (reaksi).
2. Terpilin.
3. Menarik diri.
4. Menerima dan beradaptasi.

Gambaran krisis:

- Biasanya reda sendiri.
- Masanya berkisar antara 1-4 minggu
- Klien ingin orang menolongnya, dan lebih menerima intervensi orang dari luar lingkungannya.

Hasil akhir krisis tergantung pada :

- Individu itu sendiri
- Masyarakat, budaya atau lingkungan.
- Dianggap sebagai tantangan , terjadi secara acak

Prinsip konseling krisis:

- Kalau bisa singkat
- Kalau bisa direktif – membutuhkan terapis yang aktif, berperan langsung pada klien.
- Berhadapan dengan jejaring individu, keluarga, sosial
- Berfokus pada masalah klien sekarang
- Berorientasi realitas- memungkinkan klien mempunyai persepsi kognitif jelas akan situasinya.
- Membantu klien lebih mengembangkan mekanisme adaptif untuk penyesuaian diri ke problem dan krisis masa depan.

Beberapa pedoman dasar manajemen krisis¹³:

- *Bersiap* – bangun dan mantapkan jejaring dengan layanan lain, petugas kesehatan dan rujukan.
- *Bertindak dengan tenang* – Membantu klien menenangkan emosi yang tinggi, maka konselor harus tetap tenang. Hadapi dengan hangat, teguh, dan cara terstruktur agar merasa terlindung dalam bantuan tangan konselor..
- *Dengar dan amati* – Membuat klien merasa didengar, diterima dan dengan demikian dapat lebih mudah mengatasi keputus asaan nya.
- *Nilai keparahan gangguan dan risiko kerusakan kepada diri dan orang lain* – penilaian risiko bunuh diri adalah sangat krusial dalam krisis. Menghindar dari topik ini akan lebih meningkatkan risiko.
- *Nilai kekuatan dan kemampuan penyesuaian diri klien* – dalam status krisis klien seringkali membutuhkan penggalan sumber kekuatan penyesuaian dirinya..
- *Bantu menggali dan mengklarifikasi masalah* – karena rasa terbebani amat sangat, sering klien kehilangan persepsi dan kejelasan masalahnya. Gunakan empati , pertanyaan terbuka, dan ketrampilan menyimpulkan , cara ini akan membantu klien meningkatkan pemahaman faktor yang menekan perasaannya.
- *Bantu penyelesaian masalah dan perencanaan* – ini membantu klien untuk meningkatkan perasaan dapat mengendalikan diri dalam hidupnya. Kenali strategi untuk menjawab isu pokok dan memobilisasi bantuan tambahan , jika diperlukan.
- *Spesifik pada kesediaan diri saudara* – tawarkan perjanjian lebih lanjut sesuai kebutuhan dan mapankan rencana kedaruratan bersama klien jika ia membutuhkan bantuan sebelum masa perjanjian.

Dibawah ini tersedia manajemen terinci dan terstruktur, sesuai tahapan konseling yang perlu diikuti konselor dalam menangani klien dimasa krisis.

Tahap konseling krisis:

Tahap 1- Buat batas gambaran masalah

- Bina hubungan baik.
- Identifikasi stres / krisis / trauma.
- Jika krisis tak teridentifikasi, tinjau perubahan kehidupan klien/ peristiwa , cari riwayat atau faktor yang mendorong.

Tahap 2 – Evaluasi

- Data Demografi.
- Riwayat psikososial dan medik klien
- Fungsi psikososial.
- Penyesuaian pre-krisis.

Tugas 3 – Melaksanakan kontrak

- Perjelas status masalah.
- Beri batasan waktu.
- Masukkan orang lain.
- Spesifikasi tanggung jawab klien.

Tahap 4 – Intervensi

- Mendengar aktif.
- Gunakan sumber interpersonal.
- Gunakan sumber institusional.
- Advokasi.
- Konfrontasi.
- Berikan informasi.
- Gali mekanisme penyesuaian diri lainnya.
- Saran dan nasihat.
- Persetujuan tugas perilaku

Tahap 5 - Terminasi

- Siapkan terminasi bagi klien
- Tangani masalah terminasi yang premature.

Tahap 6 – Tindak lanjut

- Untuk kepentingan evaluasi, edukasi dan klinis

Rujukan

- ¹ Kalichman, S. (1995) *Understanding AIDS: A Guide for Mental Health Professionals*. Routledge: London
- ² Green, J. & McCreaner, A. (1996) *Counselling in HIV Infection and AIDS (Second Edition)*. Blackwell: London
- ³ O'Connor, M. (ed.) (1997) *Treating the consequences of HIV*. Jossey-Bass: San Francisco
- ⁴ Hayman, J., Buhrich, N. (1994) *Psychiatric Aspects in the Albion Street Centre: The AIDS Manual*
- ⁵ Population Services International (2001). "New Start" VCT Training Manual. Zimbabwe
- ⁶ King, M. (1993) *AIDS, HIV and Mental Health*. University of Cambridge Press
- ⁷ Sumich, H., Andrews, G., Hunt, C. (1995) *The Management of Mental Disorders Vol 1*. WHO Training and Reference Centre, Sydney. pp.28-31
- ⁸ This section on crisis counselling has been adapted from material provided by Mrs Sushma Mehrotra National AIDS Control Organization India (May 2003) Personal communication.
- ⁹ Nelson-Jones, R. (1988). *Practical Counselling and Helping Skills (2nd Edition)*. Sydney. Holt, Rinehart and Winston. p. 141
- ¹⁰ Adapted from Nelson-Jones, R. (1988). *Practical Counselling and Helping Skills (2nd Edition)*. Sydney. Holt, Rinehart and Winston. p. 143
- ¹¹ Nelson-Jones, R. (1988). *Practical Counselling and Helping Skills (2nd Edition)*. Sydney. Holt, Rinehart and Winston. p. 143
- ¹² The text under this sub heading is from Nelson-Jones, R. (1988). *Practical Counselling and Helping Skills (2nd Edition)*. Sydney. Holt, Rinehart and Winston. p. 142
- ¹³ The text under this sub heading is from Nelson-Jones, R. (1988). *Practical Counselling and Helping Skills (2nd Edition)*. Sydney. Holt, Rinehart and Winston. p. 144 - 147

Modul 2

Sub Modul 7

Lembar aktivitas 17

A. Pedoman penilaian risiko bunuh diri¹

Kuesioner ini tidak lazim, digunakan untuk membantu para profesi mewawancarai mereka yang berisiko tinggi bunuh diri. Kuesioner ini berlaku sebagai pedoman, bukan sebagai kuesioner yang siap pakai. Banyak pertanyaan yang membutuhkan eksplorasi lebih lanjut dan menguji coba subyektivitas klien akan risiko bunuh diri.

1. Apakah saudara kadang-kadang merasa tidak enak/putus asa/tak berdaya dan berpikir tentang bunuh diri? YA / TIDAK

Ikuti pertanyaan ini dengan eksplorasi lebih dalam:

2. Seberapa sering?
 - a. Apakah sekarang saudara berpikir bunuh diri? YA / TIDAK
 - b. Sudah terpikir akan caranya? YA / TIDAK
 3. Saudara punya rencana? YA / TIDAK
 - a. Seberapa mematakankah rencana metodenya?
EKSPLOKASI persepsi dari mereka yang berisiko
 4. Saudara punya alat? EKSPLOKASI
 5. Sudahkah diputuskan bilamana akan dilakukan? EKSPLOKASI
 6. Apakah pernah mencoba sebelumnya? EKSPLOKASI
- Jika 'ya' periksa apakah percobaan bunuh diri yang lalu bersifat:
- a. Impulsif?
 - b. Terencana?
 - c. Apakah diperlukan 'pendorong' untuk melakukannya, seperti alkohol atau 'obat'?
7. Jika pernah mencoba bunuh diri sebelumnya, apa bedanya dengan yang sekarang, jika ada apakah berhasil?

Tuliskan jawaban. Pada umumnya setiap perubahan positif yang diterima klien, risikonya makin tinggi.

8. Periksa simtom depresi. EKSPLOKASI
 - a. Simtom neurovegetatif:

¹ Population Services International (2001). "New Start" VCT Training Manual. Zimbabwe

- Tidur
- Nafsu makan
- Kelelahan/kurangnya energi
- Agitasi/ lamban
- Seks

b. Mood dan motivasi

- Masa tak bahagia berkepanjangan
- Kehilangan minat atau kesenangan
- Putus asa
- Tak berdaya
- Sulit bekerja
- Sulit menjalani aktivitas harian
- Menarik diri dari kawan-kawan dan aktivitas sosial
- **Periksa tanda somatisasi** (nyeri, sakit, fisik tak enak tanpa penyebab organik)

Eksplorasi masalahnya

- Mengapa berpikir bunuh diri sekarang? (apa kesulitan/masalahnya?)
- Apa yang dilakukan dengan masalah ini? (penyesuaian diri sekarang)
- Bagaimana menghadapi masalah dimasa lalu? (minta contohnya)
- Mengapa sekarang tak berhasil?
- Bilamana problem muncul pertamakali?
- Siapa yang kena dampak masalah saudara?
- Bagaimana dampak itu bagi saudara?
- Apakah menjadi lebih baik atau lebih buruk?
- Bagaimana bisa dibantu?
- Siapa yang saudara akan beritahu/ tidak beritahu tentang masalah saudara?

Apa yang membuat saudara bertahan hidup?

- Perubahan apa yang membuat saudara tetap bertahan hidup?
- Apa yang membuat hal ini terjadi?
- Apa yang menghambat terwujudnya perubahan?
- Apa yang memfasilitasi proses perubahan?
- Bantuan siapa yang saudara butuhkan?
- Bagaimana saudara menjaga diri sendiri?
- Kejadian apa yang membuat saudara berubah pikiran?
- Apa yang terjadi?

Rencana penyelesaian masalah

- Batasi masalahnya
- Curah pendapat tentang opsi
- Analisis opsi-opsi
- Pilih salah satu opsi dan pecahkan dalam langkah-langkah untuk dapat diikuti

Penilaian tingkat risiko

Konselor harus menggali dan menilai apakah risiko bunuh diri tinggi atau rendah. Penilaian tingkat risiko penting, karena menggambarkan langkah selanjutnya yang perlu diambil oleh konselor.²

Perpustakaan BNN

¹ King, M. (1993) *AIDS, HIV and Mental Health*. University of Cambridge Press

B. Sekilas tentang penentuan risiko

Risiko Tinggi	Risiko rendah
1. Pikiran bunuh diri belakangan ini 2. Klien melaporkan perasaan putus asa. 3. Strategi penyesuaiannya maladaptif 4. Berusaha bunuh diri berkali-kali. Menggunakan alat lethal. 5. Percobaan bunuh diri dilakukan dihadapan orang lain. 6. Klien mengatakan ia akan mencoba lagi. 7. Klien mengatakan tak akan mengulangi, namun alasannya tak jelas. 8. Kesehatan memburuk dan terapi terbatas. 9. Klien merasa menjadi beban.	1. Hanya sekalipercobaan bunuh diri. Dengan alat kurang mematikan 2. Klien mengekspresikan perasaan secercah harapan. 3. Klien memberi respon memadai pada krisis yang lalu. 4. Klien memberikan alasan tepat tak akan mengulangi peristiwa lalu misal nyeri ketika bunuh diri membuat ia berkesimpulan bunuh diri bukan solusi. 5. Satu kali usaha bunuh diri yang dilakukan secara impulsif. 6. Seseorang harus segera diberitahu. 7. Klien menunjukkan campuran perasaan tentang bunuh diri. Dapat menunjukkan alasan yang tepat mengapa tak mau lagi bunuh diri misal tak sesuai dengan ajaran agama, akan membuat keluarga marah 8. Klien memprihatinkan dirinya yang menjadl beban keluarga , namun berpikir bunuh diri lebih membebani keluarga

C. Matrix penilaian risiko bunuh diri

Nama: _____

Tanggal: ____/____/____

Konselor: _____

Rincian	Risiko rendah	Risiko sedang	Risiko Tinggi
Skor 1 1. Rencana bunuh diri a. Rinci b. Ketersediaan c. Waktu d. Lethalitas atau metoda e. Kesempatan intervensi	- Tak jelas - Tidak tersedia, baruberpikir - Waktu tak spesifik, tak tentu - Pil, mengiris pergelangan - Senantiasa ada sepanjang waktu	- Beberapa spesifik - Tersedia, dalam jangka waktu - Dalam beberapa jam - Napza dan alkohol, menabrakkan mobil, karbon monoksida - Adajika dipanggil	- Diutarakan; waktu dan tempat pasti - Telah ditangan - Segea - Senjata, Alat gantung, melompat dari ketinggian - Tidak seorangpun bersamanya; terisolasi
2. Usaha bunuh diri sebelumnya	Tak satupun atau satu letalitas rendah	Berulang kali menggunakan cara mematikan yang rendah atau satu letalitas sedang, riwayat ancaman berulang	- Satu cara dengan letalitas tinggi atau berulang kali dengan letalitas sedang - Beberapa kali berusaha dalam beberapa minggu ini
3. Stres	Tak ada stres bermakna	Reaksi sedang terhadap kehilangan dan perubahan lingkungan	- Reaksi berat akan kehilangan atau perubahan lingkungan - Banyak krisis sosial/ personal
4. Simtom a. Perilaku penyesuaian diri b. Depresi	- Sewaktu-waktu berpikir bunuh diri - Kegiatan sehari-hari terus berjalan seperti biasanya dg sedikit perubahan - Sedang, merasa sedikit sedih	- Lebih dari sekali sehari muncul pikiran bunuh diri - Beberapa aktivitas sehari-hari terganggu, makan, tidur, sekolah terganggu - Sedang, sedikit gangguan perasaan, sedih, mudah tersinggung, merasa kesepian, dan energi terasa berkurang	- Menolak pertolongan - Pikiran bunuh diri menetap - Gangguan berat fungsi sehari-hari - Disilusi, paranoid, kehilangan kontak dengan realita - Merasa tak berdaya, sedih dan marah (verbal dan fisik), merasa tak berharga - Perubahan mood secara ekstrim
5. Sumber daya	Tersedia bantuan yang bermakna dr orang lain yang bersedia membantu	Teman dan keluarga ada, tetapi tak secara konsisten membantu	- Keluarga dan teman tak mau atau bermusuhan, merasa telah lelah dan terluka - Nyata-nyata mengabaikan diri sendiri
6. Aspek komunikasi	Langsung menunjukkan perasaan dan pikiran bunuh diri	Tujuan bunuh diri diinterpersonalisasi ("mereka akan menyiksa - Saya akan buktikan")	Sangat tidak langsung atau ekspresi non verbal menginternalisasi tujuan bunuh diri (perasaan bersalah, merasa tak berharga)
7. Gaya hidup	Hubungan relasi, kepribadian dan kinerja sekolah stabil	Sekarang sering mengamuk dan menggunakan napza, perilaku bunuh diri akut dalam kepribadian stabil	Perilaku bunuh diri dalam personaliti tidak stabil, gangguan emosi, berulang kali tak cocok dengan peer, keluarga dan guru.

8. Medikal Status	• Tidak ada masalah medis yang nyata	• Kesehatan menurun	• Penyakit kronik yang menimbulkan kelemahan. Berat badan turun secara nyata
Total			

Perpustakaan BNN

Modul 2
Sub Modul 7
Lembar aktivitas 18

Studi Kasus 1

Perempuan, 30 tahun, datang pada konseling pra tes. Ia mempunyai dua orang anak kecil. Ia bekerja sebagai perawat di puskesmas. Ia orang yang impulsif. Ia langsung mengunjungi klinik begitu suaminya mengatakan bahwa suaminya HIV positif. Ia sangat cemas akan status HIV nya, selama konseling ia bahkan mengatakan bahwa ia akan bunuh diri kalau hasilnya positif. Sejak ia mengetahui suaminya positif, ia telah mencoba bunuh diri dengan cara meminum pil sampai dosis non letal. Sesudah meminum banyak pil, ia meminta tolong pada ibunya.

Ia takut anaknya tak ada yang mengasuh, namun sesudah peristiwa percobaan bunuh diri, keluarganya sangat suportif. Ia tetap bekerja setiap hari dan dengan bekerja maka pikirannya tentang hal yang menekan dapat dialihkan. Dari tempatnya bekerja ia mengetahui bahwa ada layanan di masyarakat yang membantu odha dan keluarganya.

Studi kasus 2

Laki-laki, 20 tahun. Sebulan lalu ia datang ke layanan VCT dan mengetahui dirinya positif HIV. Seseorang dari kelompok dukungan membawanya ke klinik karena dalam kelompok dukungan ia senantiasa bercerita tentang keinginan bunuh diri secara detil dan terencana. Ia mengatakan sore ini akan melaksanakan usaha bunuh dirinya. Teman yang membawa mengatakan bahwa sulit untuk mengajak ia ke klinik dan sulit juga untuk mengikuti perkataannya. Sejak ia positif tak ada keluarga atau teman yang mau bersamanya. Keluarganya tak lagi senang berhubungan dengan dia sejak ia menggunakan napza suntik.

Ia mengatakan kepada konselor bahwa ia sangat kecewa ketika usaha bunuh dirinya minggu lalu tidak berhasil. Sekarang ia merasa menjadi beban bagi kelompok dukungannya. Ia merasa mengakhiri kehidupan adalah sebuah solusi.

MODUL 3

Target Intervensi VCT



BADAN NARKOTIKA NASIONAL
PUSAT LABORATORIUM dan REHABILITASI
2004

Intervensi VCT pada Sasaran IDU

Perpustakaan Bina

MODUL 3
Sub Modul 2
TARGET INTERVENSI VCT

MODUL 3
Sub modul 1
Target Intervensi VCT- Pengguna Narkoba Suntik

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Mengidentifikasi risiko penularan HIV yang spesifik terhadap perilaku IDU
 - Memperlihatkan keinginan untuk menyesuaikan VCT menjadi lebih spesifik terhadap keinginan IDU
-

Waktu yang dibutuhkan

2 jam 30 menit

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (**PPT18**)
 - *Flip chart, whiteboard* atau transparan OHP
 - Lembar kegiatan (**AS19**)
 - Naskah (**HO17**)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak pengumpulan formulir evaluasi
-

Isi

- Masalah sosial dan etik VCT , serta penanganan IDU
 - Rangkuman bukti efektivitas VCT bagi IDU
 - Penurunan risiko penyuntikan kearah lebih aman , pasca VCT
 - Mengubah risiko seksual para IDU melalui VCT
 - Tantangan yang terkait dengan VCT dan penggunaan Narkoba melalui suntikan
 - Tantangan untuk tes HIV di fasilitas pelayanan medik
 - Sikap konselor untuk bekerja dengan IDU
 - Dampak psikososial HIV bagi IDU
 - Pemahaman dukungan setelah VCT dan perawatan
 - Pengaruh edukasi kesehatan dan klinik
 - Pengaruh konseling menurut bukti ilmiah
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. **Kegiatan:** Kelompok diskusi.
 - Menanyakan para peserta untuk mendiskusikan tanggapan mereka terhadap :
 - a. Mengapa orang menggunakan Narkoba?
 - b. Mengapa orang menggunakan Narkoba melalui suntikan?
 - Gunakan *flip chart, whiteboard* atau kertas transparan untuk tayangan OHP, tuliskan respon para peserta
2. Sampaikan informasi dengan menggunakan tayangan PowerPoint (**PP18**).
3. **Kegiatan:** Gunakan (**AS 19**) untuk setiap peserta
 - Minta para peserta untuk membagi ke dalam 3 kelompok dan memindahkan kegiatan tersebut ke :
 - a. Kelompok 1: Diskusikan masalah utama dan strategi untuk menyelesaikan masalah IDU pada pelayanan VCT secara umum

- b. Kelompok 2: Saudara diminta untuk memperkenalkan pelayanan VCT kepada IDU. Apa kriteria petugas yang saudara perlukan? Pertimbangkan kebutuhan setiap pos layanan VCT (resepsionis, bagian pengumpulan darah, konselor, pelayanan medik)
 - c. Kelompok 3: Membuat pamflet VCT bagi para pengguna jalan. Termasuk pesan untuk melakukan seks aman, cara menyuntik yang aman dan segala hal yang berhubungan dengan HIV
- 4. Tanyakan kepada kelompok jika masih ada pertanyaan dan mengingatkan mereka tentang "kotak pertanyaan"
 - 5. Minta kepada para peserta untuk melengkapi formulir evaluasi dan meletakkannya di "kotak pengumpulan formulir evaluasi"

Perpustakaan BNN

Intervensi VCT pada Target- *Injecting Drug Users (IDU)*

Module 3 Sub module 1 / PPT18

Tujuan

- Mengenali perilaku berisiko spesifik pada transmisi HIV oleh IDU.
- Memahami kebutuhan VCT untuk IDU.

Siapa 'IDU' ?

Para IDU adalah mereka sebagai :

- Pengguna Satu Kali, sekali pakai stop, penggunaan coba-coba
- Kasual, pengguna rekreasional.
- Pengguna dengan

Mengapa orang menggunakan Zat?

Aktivitas

- Mengapa orang menggunakan zat/napza ?
- Mengapa orang menggunakan napza dengan suntikan?

Mengapa kita bertindak ?

- Prevalensi HIV diantara pengguna zat melalui suntikan mencapai 60-90% di beberapa negara dalam enam bulan-selama tahun ini.
- Pada beberapa tempat hampir 60% IDU terinfeksi pada 2 tahun dari mulai saat penyuntikan.

Ledakan HIV di Asia diantara IDU mempunyai beberapa gambaran :

- Telah terjadi peledakan : Prevalensi HIV para IDU di Bangkok meningkat dari 2- 40% selama 6 bulan di tahun 1989, menunjukkan ancaman kesehatan
- Penyebaran transnasional: Prevalensi tertinggi di daerah

Ledakan HIV di Asia diantara IDU mempunyai beberapa gambaran :

- HIV telah menyebar kepada pengguna narkoba non- injeksi, melalui hubungan seks dengan pasangan IDU di China, India, dan Thailand.
- Mereka sulit dan hampir tak mungkin dikendalikan, sehingga status HIV mudah disebarkan pada keduanya, sementara pencegahan penularan tidak

Sekilas Data

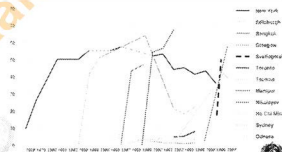
Lihat data pada *appendix* naskah sesi ini

- Data regional prevalensi HIV dikalangan IDU.

Efektivitas VCT pada IDU

- Model efektif – VCT merupakan layanan paket bersama penjangkauan dan kelompok sebaya.
- Kepercayaan yang dibangun oleh program penjangkauan dan VCT dapat dilakukan pada layanan jangkauan keliling maupun menetap.
- Efektif jika dikaitkan dengan program *harm reduction*.

Harm reduction - Menurunkan, mengembalikan dan meningkatkan epidemi



Program VCT mencari perubahan perilaku berisiko yang efektif – dikalangan IDU

- KIE memegang peran kunci dalam meningkatkan kesadaran, dan akses ke klinik dan tempat tes.
- Belajar dalam konteks VCT, termasuk langkah yang dibutuhkan untuk pencegahan infeksi yang berkaitan dengan injeksi dan seks pada pasangan

Konseling Pencegahan

- Tujuan menerapkan komunikasi personal guna membantu IDU memperjelas pikiran dan perasaannya, sehingga mereka mampu mengambil tindakan melindungi diri sendiri dan pasangannya.
- Baik individual ataupun dalam kelompok, IDU dengan HIV positif dapat dinegosiasi untuk meminimalisasi perilaku berisiko dan juga pada pasangannya.

Hasil : VCT & IDU's

- Mengurangi infeksi melalui penggantian jarum suntik termasuk pada program *harm reduction* dan pertukaran jarum suntik
- Meningkatkan penggunaan kondom terutama pada klien HIV positif

UNAIDS (2001) VCT Outcomes

Pertimbangan tes untuk IDU

- Intoksikasi & *informed consent*
- Penilaian risiko- *stereotyping*
- Pertanyaan eksplisit & umpanbalik penggunaan suntikan
- Identifikasi pengguna - Konselor berfokus pada suntikan
- Perilaku ilegal = kewajiban untuk menyinkap
- HIV rapid tests- implikasi untuk HBV & HCV
- Kurangnya Komunikasi Informasi Edukasi (bata huruf)
- Kurangnya alat untuk mengurangi risiko (NESP)

Tes HIV pada fasilitas terapi pengguna zat.

- *Fasilitas Napza & alkohol* -
 - Tes wajib menuju akses terapi Napza dan alkohol
 - Pasangan seringkali menyangkal terapi
 - Kurangnya akses ke layanan HIV
 - Kurangnya ahli mendiagnosis HIV dan dukungan pasca diagnosis HIV
 - Tak ada pengungkapan dalam kelompok rehabilitasi
 - Adanya diskriminasi dukungan kelompok HIV

Sikap konselor yang bekerja dengan IDU

Studi Thai tentang konselor HIV (n= 803 Casey, *in press*)

- Merupakan predictor morbiditas psikologi (p=0.039).
- Terdapat hubungan kuat antara pekerjaan dan penolakan pelatihan dan stres pada konselor
- Kursus singkat konselor dan kompleksitas kasus. komorbiditas psikiatrik (HIV & pre-morbid). kepatuhan berobat dan gangguan kognitif yang berkaitan dengan HIV/napza.

Penghalang perubahan perilaku efektif & dukungan

Umpan balik klien (Casey, 1997)

- Dukungan berpusat pada klien versus Intervensi strategik berbasis bukti .
- Minimnya KIE, NESP dan kondom.
- Kurangnya manajemen nyeri
- Kurangnya rujukan bagi kesejahteraan berkaitan dengan sikap staf yang menghakimi.
- Strategi pengurangan penyebaran yang tak realistis yang dilakukan staff.

Dampak Psikologi HIV pada IDU

IDU dengan HIV positif IDU dan pengendalian HIV positif

- Derajat kerusakan kognitif global lebih tinggi.
- Derajat gangguan mood lebih tinggi.
 - Depresi Mayor (berkaitan dengan penggunaan opioid).
- Derajat tinggi untuk kecenderungan dan tindak bunuh diri.
- Interaksi napza kompleks antara ARVs, pengguna napza rekreasional & medikasi psikiatrik

Pertimbangan Dukungan dan perawatan Pasca VCT

- Kebutuhan pemuasan segera.
- Kelompok dukungan & klien yang intoksikasi (obat resep dan non resep).
- Risiko bunuh diri terbukti tinggi
- Sult menegaskan diagnosis gangguan mood dalam differential diagnosis.
- Gangguan kognitif berkaitan dengan napza dan HIV

Kepatuhan , rencana pemulangan, gangguan sosial & ekonomi.

Mereka yang terdiagnosis pada stadium lanjut

Kerusakan kognitif (HIV/napza)

- Kemampuan perencanaan buruk
- *Short term memory*.
- Gangguan kendali impuls (lobus frontal).
- Dis-inhibition (lobus frontal).
- Toleransi terhadap frustrasi rendah
- Dalam konseling digali hambatan dan strategi pemecahan masalah

Strategi konseling

Edukasi Pengurangan Transmisi

Konselor perlu waspada penggunaan suntikan dan isu budaya yang berkaitan dengannya.

- Misal *shooting galleries, frontloading*, dsb
- Harm reduction.
- *Prevensi overdosis & manajemennya.*
- Pilihan terapi ketergantungan

Intervensi Klinis Intervensi Berbasis Bukti

- Pemecahan masalah.
 - eksplorasi hambatan untuk berperilaku aman seks/suntikan.
- Wawancara Motivational.
 - Tahapan model perubahan
- *Brief structured therapy*.
- Penilaian gangguan mood, PTSD yang mungkin melatarbelakangi , baik kasual & pola penggunaan adiktif (rujukan).
- *Suicide risk assessment* –ko-morbiditas tinggi.

Aktivitas

Kelompok 1

Curah pendapat *key issues & strategies* dalam tatalaksana problem IDU yang ditampilkan di layanan VCT umum

Aktivitas

Kelompok 2

Ketika anda mendirikan layanan VCT. Pelatihan staf apa yang anda perlukan ?

- Pertimbangkan kebutuhan setiap level staf VCT.
- Penerimaan , pengambil darah, konselor, dokter.

Aktivitas

Kelompok 3

Rancang pamflet VCT untuk pengguna jalanan.

- Termasuk pesan tentang seks, penggunaan suntikan aman dan hubungannya dengan HIV.

Perpustakaan BNN

Modul 3

Sub modul 1

Intervensi VCT Bersasaran – pengguna napza dengan jarum suntik (*injecting drug users =IDU*)

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Mengenali penularan HIV spesifik akibat perilaku berisiko dari IDU
- Memahami layanan VCT akan kebutuhan spesifik IDU

Introduksi

Injecting drug users (IDU) melakukan suntikan di vena, sub kutan, intramuskular atau dimanapun mereka menyuntikkan, seringkali dengan pemompaan berulang dari semprit suntik (*popping*). Menyuntikkan napza seringkali mereka lakukan bergantian, baik bergantian alat suntik maupun bergantian menyuntik, artinya satu alat suntik dapat digunakan oleh banyak pengguna. Berkaitan dengan perilaku demikian, maka hampir dapat dipastikan terjadi penularan HIV dari satu orang ODHA ke banyak pengguna napza. Penularan lewat alat suntik seperti ini lebih besar jumlahnya daripada penularan seksual. Oleh karena itu sekali terjadi penyebaran lewat IDU, akan sangat cepat penularan dalam masyarakat.¹

Injecting drug use, HIV dan wilayah Asia

Kelompok kerja penggunaan napza dan kerentanannya terhadap HIV pada wilayah kerja UN regional berkesimpulan, *"Pengguna napza di Asia sangat rentan penularan HIV mengingat alasan situasi legal, politik, sosio-ekonomi, layanan kesehatan dan budaya tempat mereka hidup"*. Angka ketergantungan opioid dan penggunaan napza melalui alat suntik bervariasi di banyak negara Asia, data dapat dilihat pada appendix diakhir dokumen ini.

Konfirmasi data kasus infeksi HIV dan AIDS diantara pengguna alat suntik terus meningkat di seluruh wilayah. Beberapa negara sekarang menghadapi epidemi yang serius. Negara dengan prevalensi tinggi infeksi HIV pada pengguna napza dengan alat suntik adalah: Myanmar, Vietnam, China, Thailand, Malaysia, Indonesia, Nepal, India dan Iran³.

Prevalensi HIV dikalangan pengguna napza melalui alat suntik mencapai 60-90% di beberapa negara dalam enam bulan sampai setahun terakhir ini. Pada beberapa tempat, 60% IDUs terinfeksi pada dua tahun pertama sejak menggunakan suntikan. Situasi seroprevalensi diantara IDU dapat dilihat dalam tabel pada appendix dokumen ini.⁴

HIV pada IDU di Asia mempunyai beberapa gambaran tetap⁵:

- Sudah merebak : di Bangkok prevalensi HIV pada IDU naik dari 2 ke 40% dalam 6 bulan di tahun 1989, jelas menimbulkan penderitaan.
- Terjadi perpindahan dari satu tempat ke tempat lain: Zona berprevalensi tinggi di China dan India (Yunnan dan Manipur secara timbal balik), keduanya diperbatasan dengan Myanmar.
- Terjadi penularan pada pasangan seksual IDU di China, India, dan Thailand.

- Sangat sulit dan tidak dapat dikendalikan, mengingat situasi layanan pemberi terapi dan minimnya indikator pengukuran pencegahan HIV diantara IDU..

Banyak intervensi yang dapat digunakan untuk menurunkan risiko penularan HIV diantara IDU. Intervensi yang kini banyak digunakan adalah pertukaran jarum dan semprit suntik, penjangkauan; *voluntary counselling* dan edukasi sebaya.; farmakoterapi substitusi opioid dsb. Terdapat bukti bahwa perilaku berisiko mereka dapat dialihkan atau dikurangi kepada yang risiko lebih rendah.⁶ Hal ini mendorong para profesi dalam bidang ini untuk melakukan pencegahan.

Bukti ilmiah menunjukkan kemauan politik yang kuat akan sangat membantu mencegah meluas dan membesarnya epidemi melalui strategi program pencegahan dampak buruk.

Isu sosial dan etik dalam melaksanakan VCT dan layanan untuk IDU

Pengguna napza secara umum sering dianggap sebagai pelanggar moral atau dianggap sebagai penyakit yang dibuat sendiri. Anggapan ini juga datang dari petugas kesehatan dan konselor. Banyak orang dapat berpotensi untuk jadi pengguna napza melalui alat suntik, atau orangtua, saudara kandung, anak, sejawat atau teman pada suatu saat akan berhadapan dengan para pengguna di lingkungan hidupnya sendiri. Stigmatisasi dan marginalisasi IDU membuat mereka terbuang dalam keterasingan, ketakutan, dan tak terjangkau, tanpa dukungan dan layanan yang sebenarnya sangat mereka perlukan. Ini juga memberi dampak pada strategi penurunan risiko penularan HIV.

Faktor legal dan etik juga membuat tantangan untuk memungkinkan strategi pengurangan risiko dan penularan dapat dilaksanakan.⁷ Misal, faktor ilegal membuat para pengguna tidak tampil berani melaporkan diri berobat dan sulitnya mendapatkan napza membuat mereka memutuskan menggunakan alat suntik guna mendapatkan efek opioid yang secara ekonomis lebih murah, sementara jika di 'drag' akan lebih mahal. Risiko menyuntik lebih besar daripada 'drag' (dibakar dan dihisap asapnya) bagi penyebaran HIV.

Pada banyak negara penggunaan napza adalah tindakan kriminal, dan diancam dengan hukuman. Kriminalisasi penggunaan napza membuat zat sulit didapat, maka solusi hemat adalah melalui penggunaan alat suntik. Kriminalisasi juga menyulitkan para penolong menjangkau klien, dan merupakan isu legal serta etik. Dengan kriminalisasi penggunaan , maka terjadi juga hambatan untuk melakukan VCT , karena klien tak ingin mengungkapkan faktor risiko yang berkaitan dengan IDU dan melakukan penilaian risiko serta layanan .

Peran VCT dan konseling pencegahan

(i) Akses ke fasilitas tes HIV dan konseling

Program VCT bertugas mengubah perilaku berisiko berkaitan dengan HIV/AIDS pada IDU. KIE merupakan kunci utama membangun kesadaran dan akses ke klinik dan tempat tes dimana layanan VCT dapat diperoleh. Juga dapat digunakan untuk membantu memfasilitasi proses belajar dalam melaksanakan VCT, termasuk langkah-langkah yang dibutuhkan untuk mencegah penularan melalui jarum suntik dan menyebarkannya ke pasangan seksual.

(ii) Konseling pengurangan risiko

Konseling menuju perilaku pengurangan risiko bertujuan membangun komunikasi interpersonal yang membantu IDU menjelaskan pada dirinya perasaan dan pikiran mereka, sehingga dapat mengambil tindakan melindungi diri sendiri dan pasangannya dari penularan. Konseling berbasis individual atau kelompok guna mengurangi risiko , disertai

dengan edukasi serta komunikasi, dapat juga membantu IDU dengan HIV positif untuk bernegosiasi dengan pasangannya sehingga menurunkan risiko penularan lewat hubungan seksual.

Seberapa efektif VCT dalam pencegahan HIV antara IDU dan pasangannya?**Kesimpulan bukti efektivitas VCT pada IDU¹**

- Menjadikan model efektif – VCT biasanya satu paket terkait dengan layanan penjangkauan dan sebaya.
- Program penjangkauan membangun kepercayaan dan VCT dapat diberikan ditempat manapun, baik lapangan atau tempat yang menetap
- Efektif jika dihubungkan dengan pengurangan dampak buruk
- Pengurangan dampak buruk dapat melalui pencucian atau pertukaran alat suntik
- Tingkatkan penggunaan kondom terutama pada mereka yang HIV positif

Sebuah tinjauan tentang bukti VCT sebagai komponen efektif dari strategi pencegahan dibawah ini :

Hasil studi VCT tentang penggunaan jarum suntik pada IDU yang dilaporkan¹

Pengarang (tahun)	Tempat	n	Hasil (dalam perubahan praktek menyuntik=IP)
Casadonte (1990) ♦	New York, USA	81	Tak ada perubahan IP setelah VCT
Magura (1990) ♦	New York, USA	48	↓ risiko IP setelah VCT
Magura (1991) ♦	New York, USA	287	T(-) ↓ dalam risiko IP setelah VCT cf. T(+) & UT
Nicolosi (1991) ♦	Northern Italy	933	↓ risiko IP setelah VCT
Calsyn (1992) ♦	Seattle, USA	313	↓ risiko IP tetapi tak ada perbedaan antara VCT atau edukasi kelompok
Desenclos (1993) ♦	12 European countries	1456	T(-) ↓ risiko IP setelah VCT cf. UT T(+) lebih sedikit bertukar alat suntik setelah VCT cf. UT
Watters (1994) ♦	California, USA	5644	↓ risiko IP setelah VCT
McCusker (1996) ♦	Worcester, Mass, USA	4267 (207)	↓ risiko IP setelah VCT
Colon (1996) ♦	Puerto Rico	261	Tak ada perubahan IP setelah VCT
MacGowan (1996) ♦	Connecticut & Massachusetts	674	N/S ada perbedaan di tempat terapi inap di T(+), T(-) dan UT
Dea Jarlais (2000) ♦	New York City, USA (meta analysis)	>11,000	↓ risiko IP setelah VCT, kadang berkaitan dengan ↓ dalam sero-incidence
Sabin (2000) ♦	Multi-centre, USA	1174	Tak ada perubahan IP setelah VCT

N/S = No significant differences= tak ada perbedaan bermakna

↓ = Menurun

↑ = Meningkatkan

T = Tes dilakukan dan klien sadar status HIV nya

UN = Unaware of HIV status=tak sadar akan status HIV nya

IP = Injecting practices= praktek penyuntikan

♦ = N/s / inconclusive studies= inklusif dalam studi

◆ = Risiko menurun setelah VCT

Laporan hasil studi VCT akan perilaku seksual para IDU

Penulis (tahun)	Tempat	n	Hasil (dalam perubahan perilaku seksual)
Magura (1991) ♦	New York, USA	287	T(+) ¹ penggunaan kondom sesudah VCT cf. UT & T(-)
Nicolosi (1991) ♦	Itali Utara	933	Tak ada perubahan perilaku seksual sesudah VCT
Calsyn (1992) ♦	Seattle, USA	313	Tak ada perubahan perilaku seksual sesudah VCT
Desenclos (1993) ♦	12 Negara-negara Eropa	1456	T(-) N/S perbedaan penggunaan kondom sesudah VCT cf. UT T(+) ¹ penggunaan kondom sesudah VCT cf. UT
Friedman (1994) ♦	New York City, USA	317	T(+) ¹ N/S perbedaan penggunaan kondom setelah VCT cf. UT +ve T(-) ¹ penggunaan kondom setelah VCT cf. UT(-) T(+) ¹ penggunaan kondom dengan pasangan non-IDU cf. T(-)
McCusker (1996) ♦	Worcester, USA	4267	Tak ada perubahan perilaku seksual sesudah VCT
Colon (1996) ♦	Puerto Rico	374	¹ penggunaan kondom dan ↓ # pasangan seksual sesudah VCT
Vanichseni (1992) ♦	Bangkok, Thailand	601	T(+) ¹ penggunaan kondom dan penggunaan FP cf. T(-) dan UT

¹ Sumber dari The impact of Voluntary Counseling and Testing: A global review of the benefits and challenges. <http://ibid.www.unaids.org/publications/documents/health/counseling/index.html> p30 and UNAIDS (2001) p31

Vanichsenl (1993)	Bangkok, Thailand New York	1558	T(+) ↓risiko seksual sesudah VCT cf. T(-) dan UT
-------------------	-------------------------------	------	--

Pengurangan dampak buruk (*Harm reduction*) penyuntikan aman kombinasi dengan VCT

Beberapa studi menemukan peningkatan cara menyuntik aman sesudah VCT. ⁸

- Dalam studi 933 IDU yang datang ke layanan untuk detoksifikasi di pusat pencegahan berbasis VCT di Milan (Nicolosi et al 1991⁹), setelah mendapatkan VCT dijumpai pengurangan penggunaan alat suntik bersama dan penggunaan alat suntik tak aman lainnya, dibandingkan IDU yang tak mendapatkan VCT. IDU non VCT tidak berubah perilakunya atau bahkan terjadi peningkatan penggunaan alat suntik bersama atau tak aman, meski diberi kampanye informasi umum dan edukasi HIV.
- Dalam kelompok kecil studi IDU yang mengunjungi layanan kesehatan untuk detoksifikasi di Long Island USA kedua kelompok seropositif dan seronegatif melakukan penurunan perilaku berisiko (Magura et al 1990¹⁰). Tak dilakukan pembandingan *un-tested* sebagai kelompok kontrol.
- Pada studi dari New York City IDU dengan seronegatif yang mengunjungi *methadone maintenance treatment programme* (MMTP) lebih sedikit melakukan injeksi tidak aman dibanding IDU seropositif atau tak di tes (Magura et al 1991¹¹).
- Pada studi dari 12 negara Eropa IDU seronegatif dibanding IDU seropositif, dan IDU yang tak pernah menerima VCT (Desenclos et al 1993¹²). Melaporkan IDU seronegatif lebih banyak melakukan penyuntikan aman dibanding IDU yang tak di tes. IDU seropositif juga lebih sedikit bertukar alat suntik dengan IDU lainnya dibanding IDU yang tak pernah menerima VCT.
- Dalam studi 5644 pengunjung pusat *needle exchange programmes* (NEP) dan detoksifikasi di California mereka yang mengunjungi VCT lebih banyak tidak bertukar alat suntik. (Watters et al 1994¹³)
- VCT dan *needle-exchange programmes* (NEP) di New York sangat luas jaringannya. Persentase IDU yang masuk dalam program NEP meningkat dari 20-54% dan ketika menggunakan VCT menjadi 51%-81% selama tahun 1990-1997 (Des Jarlais et al 2000¹⁴). Meta-analisis dari studi menunjukkan 11,000 IDU dari New York selama 1990-1997 dengan pemahaman akan status HIV dan mengikuti NEP, perilaku berisiko mereka menurun. Menggunakan NEP mempunyai OR=0.64 ($p < 0.001$) untuk pemakaian alat suntik bersama terakhir kalinya dan memahami status seropositif mempunyai OR=0.35 ($p < 0.001$) untuk seks tidak aman dengan pasangan seksual primer. Selama waktu ini, insidensi HIV turun dari 4.4 per 100 orang tahun ke 0.8 per 100 orang tahun yang berisiko. Penulis menyimpulkan penurunan kasus HIV terjadi atas kontribusi berbagai faktor pada IDU di New York namun jelas masuk juga pola derasnya mereka masuk dalam NEP dan VCT, yang secara temporer bersama dengan penurunan insiden HIV.

Perubahan risiko seksual para IDU sesudah VCT

Sebagian besar studi menunjukkan penurunan perilaku seksual berisiko sesudah mereka tersentuh VCT.

- Studi di 12 negara Eropa, membandingkan seronegatif dan seropositif, IDU dengan seronegatif IDU dan IDU yang tak menerima VCT (**Desenclos et al 1993**). IDU dengan seropositif dilaporkan lebih banyak menggunakan kondom dibanding dengan yang seronegatif dan IDU yang tak menjalani tes.
- Dalam studi di New York City, IDU dengan seropositif yang mengikuti *methadone maintenance treatment programme* lebih banyak menggunakan kondom daripada mereka yang seronegatif atau tidak di tes. (**Magura et al 1991**).
- Studi di Bangkok dan kota New York menunjukkan IDU yang berstatus seropositif lebih melakukan praktek seks aman daripada IDU yang seronegatif atau tak di tes. (**Vanichsenl et al 1992¹⁵, 1993¹⁶**).
- Di Puerto Rico, sesudah VCT para IDU dengan seropositif lebih sedikit melakukan aktivitas seks dan jika melakukan seks lebih menggunakan kondom daripada IDU yang tak di tes atau seronegatif. (**Colon et al 1996**).
- Studi dari New York menemukan IDU dengan seronegatif yang menerima VCT hampir selalu menggunakan kondom daripada mereka yang seronegatif yang tak pernah mendapat VCT (**Friedman et al 1994¹⁷**). Perbedaan ini tidak terlihat pada IDU seropositif yang mendapatkan VCT dibanding dengan mereka yang seropositif namun tak menyadari statusnya. Penulis membuktikan bahwa penggunaan kondom pada IDU yang di tes dan tidak di tes, tak berbeda, sampai mereka dikatakan terinfeksi HIV barulah berubah perilaku seksualnya.

Penemuan ini memberikan gambaran bahwa intervensi masyarakat melalui VCT, pendeteksian seropositif IDU, konseling pada mereka tentang status HIV dan membantu mereka mengurangi risiko penularan HIV, sangat efektif dalam mengurangi penyebaran HIV dari IDU kepada pasangan seksualnya.

Pada sebagian besar studi, perubahan perilaku seksual lebih nyata terjadi pada IDU yang memahami status seropositif mereka, daripada IDU yang seronegatif. Ini membuktikan bahwa IDU seronegatif akan senantiasa melanjutkan perilaku seksual berisiko (terutama jika pasangan seksual mereka juga IDU). Dalam konseling pencegahan perlu ditekankan bahwa pencegahan sangatlah efektif dilakukan melalui hubungan seksual aman pada IDU berstatus seronegatif.

Tantangan tempat layanan VCT dan IDU

1. Intoksikasi dan *informed consent*
2. Penilaian risiko – stereotipik
3. Pertanyaan eksplisit dan umpan balik pada praktek penyuntikan
4. Kenali pengguna – Konselor terlalu memusatkan perhatian pada suntikan
5. Perilaku melanggar hukum – wajib untuk diungkapkan
6. *HIV rapid tests* – implikasi untuk HBV dan HCV
7. Kurangnya materi informasi, edukasi dan komunikasi (kurangnya tulisan)
8. Kurangnya sarana untuk mengurangi penggunaan alat suntik (misal *Needle exchange programs*)

Tantangan tes HIV pada fasilitas terapi pengguna napza

1. Ada yang mewajibkan tes untuk dapat masuk dalam terapi napza termasuk alkohol
2. Pasangan seringkali menyangkal memerlukan terapi
3. Layanan HIV kurang terjangkau

4. Kurangnya kemampuan mendiagnosis HIV dan dukungan pasca diagnosis
5. Tak adanya pengungkapan status dalam kelompok rehabilitasi
6. Kelompok dukungan sebaya HIV dan diskriminasi

Sikap konselor terhadap IDU

Konselor HIV di Thailand melakukan konseling cara penyuntikan¹⁸

1. Prediktor morbiditas psikososial ($p=0.039$)
2. Relasi kuat antara menghindari tugas, kurangnya pelatihan dan stres konselor
3. Kursus konseling singkat sementara kebutuhan konseling kompleks
 - a. Adanya komorbiditas dengan gangguan psikiatri (HIV dan pre-morbid)
 - b. Kepatuhan terapi dan kerusakan kognitif berkaitan dengan HIV/ napza

Umpan balik klien dari studi

1. Dukungan terpusat pada klien versus intervensi berbasis bukti
2. Kurangnya KIE, Program Pertukaran Jarum dan kondom
3. Buruknya kendali nyeri dan tatalaksananya
4. Kurangnya rujukan yang berkaitan dengan kesejahteraan berkaitan dengan sikap petugas yang menghakimi
5. Pengajuan strategi pengurangan penularan oleh petugas yang tak realistis

Dampak psikologi HIV pada IDU¹⁹

HIV positif pada IDU dan kendali HIV positif.

- Gangguan kognitif global lebih buruk²⁰²¹
- Gangguan mood lebih buruk
- Depresi mayor (berkaitan dengan penggunaan opioid)
- Ancaman dan tindak bunuh diri lebih buruk
- Interaksi kompleks napza dengan ARV, penggunaan napza rekreasi dan medikasi psikiatrik

Dukungan pasca VCT dan pertimbangan layanan

Sesudah VCT, layanan perlu untuk menghadapi berbagai isu, seperti :

- Kebutuhan pemuasan segera
- Kelompok dukungan dan klien yang intoksikasi (obat resep maupun non resep)
- Risiko bunuh diri jelas tinggi
- Kacau dengan gangguan mood dan diagnosis bandingnya
- Gangguan kognisi berkaitan dengan HIV dan penggunaan zat
- Kepatuhan berobat, rencana perawatan sesudah keluar rumah sakit, buruknya sosial-ekonomi

Mereka yang didiagnosis pada stadium lanjut²²

Menunjukkan keadaan

- Gangguan kognitif (HIV/napza)
- Kemampuan perencanaan yang buruk
- *Short term memory*
- Buruknya kendali impuls (lobus frontalis)
- Dis-inhibition (lobus frontalis)
- Buruknya toleransi terhadap frustrasi

Konseling membutuhkan eksplorasi dari hambatan dan strategi pemecahan masalah yang aktif.

Edukasi kesehatan dan intervensi klinis²³

Muatan dari edukasi serta intervensi klinis adalah :

- 1) Edukasi pengurangan penularan – Konselor harus waspada akan semua praktek menyuntik dan isu budaya berkaitan dengan penggunaan misal *shooting galleries, frontloading practices* dsb²⁴
- 2) *Harm reduction*
- 3) Pencegahan overdosis dan tatalaksananya
- 4) Opsi terapi untuk ketergantungan

Intervensi konseling berbasis bukti^{25,26}

Melakukan :

- Pemecahan masalah terstruktur
- Eksplorasi hambatan untuk melaksanakan seks/penyuntikan aman
- Wawancara motivasi^{27,28}
- Model tahap perubahan perilaku
- *Brief structured therapy*
- Penilaian gangguan mood, gangguan stres pasca trauma (PTSD) yang dapat bersama atau mendorong pola penggunaan narkoba biasa maupun ketergantungan (rujuk)
- Penilaian risiko bunuh diri – komorbiditas tinggi

Studi kasus memasukkan program NEP ke dalam VCT

Shakti Dhaka, Bangladesh – Intervensi bersasaran Injecting drug users, pekerja seks, pekerja transportasi

Shakti memberikan layanan kesehatan luas kepada para IDU untuk mengurangi risiko penularan HIV dan infeksi yang ditularkan melalui darah lainnya; mengobati semua gangguan yang berkaitan dengan IDU dan seks, dan membuat lingkungan kondusif untuk mengubah perilaku.

Petugas penjangkauan menghubungkan layanan penjangkauan di masyarakat dengan layanan menetap, tempat detoksifikasi berbasis masyarakat dan, *drop in centre*.

Layanan pertukaran alat suntik juga menawarkan kondom, terdapat rujukan dan rujukan silang antara layanan kesehatan dan VCT.

Sumber: UNAIDS/UNODC/AHRN Preventing HIV/AIDS Among drug users – case studies from Asia 2002 pp25-32

Studi kasus – Integrasi pencegahan, VCT, terapi dan layanan untuk *Injecting drug users (IDU)*

SASO-AIDS Manipur, India – Integrasi advokasi pencegahan, layanan intervensi dan berbasis rumah

Didirikan pada 1990 oleh kelompok mantan pengguna merupakan *self-help group*. Melakukan pencegahan, terapi dan advokasi untuk odha. Aktivitas utama termasuk edukasi cara menyuntik dan seks aman, konseling pra dan pasca tes; kunjungan rumah untuk klien yang sakit; terapi infeksi oportunistik oleh dokter klinik bebas bayar; detoksifikasi di rumah klien; edukasi, konseling dan dukungan untuk odha dan anggota keluarganya; rujukan ke layanan terapi pengguna napza, layanan rumah sakit atau VCT di tempat lain. Layanan juga menerima telepon serta menjawabnya bantuan melalui telepon, membagikan kondom dan mengobati IMS. Dukungan profesional untuk kelompok bantu diri dan relawan.

Advokasi untuk meningkatkan dukungan kepada odha dan menjawab masalah jhukum serta hambatan sosial dalam pencegahan, terapi dan perawatan.

Sumber: UNAIDS/UNODC/AHRN Preventing HIV/AIDS Among drug users – Case studies from Asia 2002 pp15-23

Rujukan

- ¹ UNDP(2000) HIV and Injecting Drug Use: www.undp.org/hiv/publications/deany.htm
- ² UNAIDS/UNODC/AHRN Preventing HIV/AIDS Among drug users – Case studies from Asia 2002
- ³ The Centre for Harm Reduction, McFarlane Burnet Centre for Medical Research/AHRN Manual for Reducing drug related harm in Asia. FHI USA 2003
- ⁴ The Centre for Harm Reduction, McFarlane Burnet Centre for Medical Research/AHRN *ibid* p17
- ⁵ The World Bank Thailand's Response to AIDS: Building on Success, Confronting the Future 2002
- ⁶ UNAIDS/UNODC/AHRN Preventing HIV/AIDS Among drug users – Case studies from Asia 2002
- ⁷ UNAIDS/UNODC/AHRN *ibid*.p72
- ⁸ UNAIDS (2001) The impact of Voluntary Counselling and Testing: A global review of the benefits and challenges. <http://www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/index.html>
- ⁹ Nicolosi A., Molinari S., Musico M., Saracco A., Zilliani N., Lazzarin A., (1991) Positive modification of injecting behaviour among intravenous heroin users from Milan and Northern Italy 1987-89 *Br J Addict* 86 91-102
- ¹⁰ Magura S., Shapiro J., Grossman J., (1990) Reactions of methadone patients to HIV antibody testing *Adv Alcohol Subst Abuse* 8 97-111
- ¹¹ Magura S., Siddiqi Q., Shapiro J., (1991) Outcomes of AIDS prevention programme for methadone patients *International Journal of Addiction* 26 629-655
- ¹² Desendos J., Papaevangelou G., Ancelle-Park R., (1993) Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users *AIDS* 7 1371-1377
- ¹³ Watters J., Estilo M., Clarke G., Lovrich J., (1994) Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injecting drug users *JAMA* 271 115-120
- ¹⁴ Des Jarlais D., Perlis T., Friedman S., (2000) The roles of syringe exchange and HIV counselling and testing in the declining HIV epidemic among IDUs in New York City Abstract D1124, presented at the 13th International Conference on HIV/AIDS, Durban South Africa
- ¹⁵ Vanichseni S., Coopanya K., Desjarlais D., Plangsringarm K., Sonchai W., Carballo M., Friedman P., Friedman S (1992) HIV testing and sexual behaviour among intravenous drug users, Bangkok, Thailand *Journal of AIDS* 5 119-123
- ¹⁶ Vanichseni S., Desjarlais D., Coopanya K., Friedman P., Weston J., Sonchai W., Raktham S., Carballo M., Friedman S (1993) condom use with primary partners among injecting drug users in Bangkok, Thailand and New York City, USA *AIDS* 7 887-891
- ¹⁷ Friedman S., Jose B., Neaigus A., (1994) Consistent condom use in relationships between seropositive injecting drug users and sexual partners who do not use drugs *AIDS* 8 375-361

- ¹⁸ Casey, K. (In press) HIV Counselling in Thailand: The relationship between training, work and Locus of Control. University of Wollongong, Australia
- ¹⁹ Kalichman, S. (1995) Understanding AIDS A guide for Mental Health Professionals. American Psychological Association.
- ²⁰ Burd, Marc Allen. Assessing HIV-related cognitive impairment among incarcerated chronic substance abusers. [Dissertation Abstract] *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. Vol 61(7-B), Feb 2001, 3833, US: Univ Microfilms International.
- ²¹ Marder K. Stern Y. Malouf R. Tang MX. Bell K. Dooneief G. el-Sadr W. Goldstein S. Gorman J. Richards M. et al. (1992) Neurologic and neuropsychological manifestations of human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users without acquired immunodeficiency syndrome. Relationship to head injury. *Archives of Neurology*. 49(11):1169-75.
- ²² Starace, F; Baldassarre, C; Biancolilli, V; Fea, M; Serpelloni, G; Bartoli, L; Maj, M. (1998) Early neuropsychological impairment in HIV-seropositive intravenous drug users: Evidence from the Italian Multicentre Neuropsychological HIV Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol 97(2) 132-138.
- ²³ Kalichman, S. (1995) Understanding AIDS A guide for Mental Health Professionals. American Psychological Association.
- ²⁴ The Centre for Harm Reduction, McFarlane Burnet Centre for Medical Research and the Asian Harm Reduction Network (1999) Manual for reducing drug related harm in Asia. Centre for Harm Reduction.
- ²⁵ Cranfield and Dixon, A. (1990) Drug Training, HIV & AIDS in the 1990's A guide for training Professionals. Health Education Authority, London UK.
- ²⁶ Kalichman, S. (1995) Understanding AIDS A guide for Mental Health Professionals. American Psychological Association.
- ²⁷ Carroll, Kathleen M; Libby, Bryce; Sheehan, Joseph; Hyland, Nancy. (2001) Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: An effectiveness study. *American Journal on Addictions*. Vol 10(4) Fall, 335-339. Taylor & Francis, United Kingdom
- ²⁸ Velasquez, Mary Marden; Maurer, Gaylyn Gaddy; Crouch, Cathy; DiClemente, Carlo C. (2001). Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual. New York, NY, US: Guilford Press.

Appendix 1

South and South-East Asia. Size of population and prevalence of IDU. 2001/2002

Country	City	Population	IDU population			IDUs prevalence (%)		
			MID	Range		MID	Low	High
				Low	High			
Afghanistan	National	22 474 000	34 080	23 000	45 500	.15	.10	.20
Bangladesh	National	140 369 000	95 000	20 000	170 000	.06	.01	.12
	Central Bangladesh	-	25 000	-			-	
	Chapainawabgonj	-	1 000	-			-	
	Dhaka*	6 164 000	7 650	-		.12	-	
	Northen Bangladesh	-	13 500	12 000	15 000			
	Rajshahi*	507 400	2000	-		.39	-	
Bhutan	National	2 141 000	0	-		.00	-	
Brunei D.	National	335 000	3250	2 500	4 000	.97	.74	1.19
Cambodia	National	13 441 000	650	300	1 000	.004	.002	.007
East Timor	National	857 000	110	100	120	.011	.011	.014
India	National	1 025 096 000	1 602 500	100 000	2 025 000	.15	.009	.19
	Chennai	-	12 500	10 000	15 000			
	Delhi	13 783 000	30 000	-		.21	-	

	Imphal	-	12000	-	-	-	-	-
	Kolkata	-	12 500	10 000	15 000	-	-	-
	Manipur	2 388 600	17 500	15 000	20 000	.73	.62	.83
	Mumbai	-	38 000	-	-	-	-	-
Indonesia	New Delhi	-	27 500	25 000	30 000	-	-	-
	National	214 840 000	515 000	30 000	1,000 000	.23	.01	.46
	Aceh**	3 416 200	2 000	1 000	3 000	.05	.02	.08
	Bali**	2 777 800	4 500	2 000	7 000	.16	.071	.25
	Bangka Belitung**	763 700	270	200	340	.03	.02	.04
	Banten**	7,472 400	6 000	4100	7 900	.08	.05	.10
	Bengkulu**	1,179 100	600	-	-	.05	-	-
	Botabek	-	10 300	-	-	-	-	-
	Gorontalo**	693 300	240	20	460	.03	.002	.06
	Jakarta	9 373 900	27 500	27 000	28 000	-	-	-
	Jambi	427 800	4 000	-	-	.93	-	-
	Jawa Tengah**	28 520 000	15 000	13 000	17 000	.052	.04	.059
	Jawa Barat**	27 912 000	22 150	17 600	26 700	.07	.06	.09
	Jawa Timur**	32 504 000	14 500	14 000	15 000	.044	.043	.046
	Jogjakarta	-	11 800	7 400	16 200	-	-	-
	Kalimantan Selatan**	2 597 600	1 650	1 200	2 100	.06	.04	.08
	Kalimantan	1 396 500	95	50	140	.006	.003	.01
	Kalimantan Barat**	3 229 200	1 450	1 300	1 600	.044	.040	.049
	Kalimantan Timur**	1 876 700	1 065	830	1 300	.05	.04	.06
	Lampung**	6 017 600	3 500	2 000	5 000	.05	.03	.08
	Maluku**	1 136 800	1 315	30	2 600	.11	.002	.22
	Maluku Utara**	721 000	1 860	20	3 700	.25	.002	.51
	NTB**	3 369 600	1 500	-	-	.04	-	-
	NTT**	3 268 600	180	60	300	.005	.001	.009
	Papua**	1 648 700	920	40	1 800	.05	.002	.11
	Riau**	2 764 700	5 650	1300	10 000	.2	.04	.36
	Sulawesi Utara**	1 784 800	4 820	40	9 600	.27	.002	.53
	Sumatra Selatan**	6 981 600	11 650	300	23 300	.16	.004	.33
Iran	National	71 369 000	166 000	32 000	300 000	.23	.04	.42
Lao	National	5 403 000	8 250	5 500	11 000	.15	.10	.20
Malaysia	National	21 410 000	190 000	150 000	240 000	.88	.70	1.12
Maldives	National	271 000	0	-	-	.00	-	-
Myanmar	National	44 497 000	157 000	14 000	300 000	.35	.03	.67
Nepal	National	22 847 000	262 000	15 000	374 000	.11	.06	.16
Pakistan	National	148 166 000	462 000	54 000	870 000	.31	.03	.58
Philippines	National	72 944 000	17 000	10 000	24 000	.02	.01	.03
Singapore	National	3 476 000	10 158	315	20 000	.29	.009	.57
Sri Lanka	National	18 455 000	19 300	600	38 000	.10	.003	.20
Taiwan	National	21 908 135	60 000	-	-	.27	-	-
Thailand	National	60 300 000	400 000	38 000	762 000	.66	.006	1.26
	Bangkok	-	36 000	-	-	-	-	-
Vietnam	National	77 562 000	130 000	100 000	160 000	.16	.12	.20

*: 1991 census population

**: 1990 census population

Sources: "Inventory of Needle Exchange/Outreach Projects", "Asia Update Critical Issues and Challenges", "The Vaccine Meeting: IDU estimates (22/11/01)", "Indonesia National Estimates", "UN Internal Document", "Revisiting the Hidden Epidemic. A Situation Assessment of Drug Use in Asia in the Context of HIV/AIDS", "WHO meeting on treatment and Psychosocial support Guidelines for

People Living with HIV/AIDS who are Substance Dependent. Background document number 11. Case Study Report - Ho Chi Min City, Viet Nam", "Re-estimation of Injecting Drug User Population in Rajshahi and Chapai Nawabganj. SHAKTI", "Injecting drug users interventions. Activity Report. March 1998-June 1999. SHAKTI Project Care", "HIV and Injecting Drug Use. A new challenge to sustainable human development", "A multicentre rapid assessment of injecting drug use in India", "Rapid situational assessment of injecting drug use and HIV risk in Northern Bangladesh. Part 2", "Indonesia: Drugs Rampant in SE Sulawesi", "Report on the sero-surveillance and behavioural surveillance on STD and AIDS in Bangladesh. 1998-1999", "Temporal trends on molecular epidemiology of HIV infection in Taiwan from 1988 to 1998" & "The Asian Harm Reduction Network. Supporting Responses to HIV and Injecting Drug Use in Asia".

East Asia and Pacific. Size of population and prevalence of IDU. 2001/2002

Country	City	Population	IDU population			IDUs prevalence (%)		
			MID	Range		MID	Low	High
				Low	High			
China	National	1 274 982 000	1 928 200	356 400	3 500 000	.15	.02	.27
	Hong Kong	8 843 000	12 600	26 300	40 000	.18	.38	.58
	Macau	438 000	473	710	946	.10	.16	.21
	Yunnan*	3 670 000	15 247	-	-	.41	-	-
Fiji	National	823 000	131	112	150	.015	.013	.018
Japan	National	127 335 000	325 000	150 000	500 000	.25	.11	.39
Korea (Dem. Rep.)	National	22 428 000	0	0	0	.00	.00	.00
Korea (Republic of)	National	47 079 000	3 000	1 000	5 000	.006	.002	.010
Mongolia	National	2 559 000	0	0	0	.00	.00	.00
Papua New Guinea	National	4 920 000	7 500	5 000	10 000	.15	.10	.20

*: 1990 census population

Sources: "The Practices and Context of the Pharmacotherapy of opoid dependence in South-East Asia and Western Pacific Regions", "The Vaccine Meeting. IDU estimates (22/11/01)", "UN Internal Document", "Revisiting the Hidden Epidemic. A Situation Assessment of Drug Use in Asia in the Context of HIV/AIDS" & "The Asian Harm Reduction Network. Supporting Responses to HIV and Injecting Drug Use in Asia".



Module 3
Sub Modul 1
Lembar Aktivitas 19

Peserta dibagi dalam 3 kelompok dan mendiskusikan:

Kelompok 1: Curah Pendapat isu utama dan *strategi* penanganan masalah yang diajukan oleh IDU pada layanan VCT umum.

Kelompok 2: Saudara diminta untuk membangun layanan VCT bagi IDU.

- Pelatihan petugas apa yang dibutuhkan? Pertimbangkan berbagai tingkat kebutuhan staf VCT f (resepsionis, petugas pengambil darah, konselor, petugasmedik.)

Kelompok 3 : Merancang pamflet VCT untuk pengguna jalanan. Termasuk pesan tentang seks, suntikan yang aman dan hubungannya dengan HIV.

Perpustakaan BNN

Intervensi VCT pada Sasaran - Pekerja Seks

MODUL 3
Sub Modul 2
TARGET INTERVENSI VCT

MODUL 3
Sub modul 2
Target Intervensi VCT – Pekerja Seksual

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Mengidentifikasi risiko penularan HIV yang spesifik terhadap perilaku pekerja seksual.
 - Memahami masalah psikososial para pekerja seksual.
 - Memperlihatkan keinginan untuk mengadaptasi VCT secara spesifik sesuai keinginan para pekerja seksual.
-

Waktu yang dibutuhkan

2 jam

Materi Pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT19)
 - Naskah (HO18)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak pengumpulan formulir evaluasi
-

Isi

- Siapa pekerja seksual?
 - Pekerja seksual dan risiko HIV
 - Layanan VCT dan perawatan psikososial oleh pekerja sosial
 - Memberikan pelayanan dengan cara mendatangi klien
 - Konseling pencegahan
 - Infeksi HIV pada pekerja seksual
 - Pekerja seksual dan morbiditas psikologis
 - Data keluaran pada VCT dan edukasi yang berhubungan dengan pekerja seksual
-

Petunjuk Diskusi

1. Kegiatan:
 - Menanyakan peserta untuk membayangkan gambaran layanan VCT yang menarik dan sesuai dengan keinginan para pekerja seksual.
 - Menanyakan para peserta elemen penting yang dapat memberanikan pekerja seksual untuk menggunakan pelayanan VCT.
2. Memberikan informasi dengan menggunakan PowerPoint (PPT19). Aktifkan peran serta peserta dalam diskusi
3. Kegiatan:
 - Meminta setiap kelompok untuk mempresentasikan apa yang sudah mereka buat dan membagi pengalaman selama bersama pekerja seksual.
4. Menanyakan pada kelompok jika masih ada pertanyaan dan mengingatkan mereka tentang kotak pertanyaan.
5. Meminta para peserta untuk melengkapi formulir evaluasi dan meletakkannya pada kotak pengumpulan formulir.

Intervensi VCT pada Target Pekerja Seks Komersial

Module 3 Sub module 2 / PPT19

Aktivitas

Tujuan

- Mengenali perilaku berisiko spesifik pada pekerja seks komersial (PSK).
- Memahami isu psikososial PSK.
- Menerapkan layanan VCT sesuai dengan kebutuhan spesifik PSK.

Siapa PSK?

- Banyak kelompok (jalanan, tempat pelacuran, tak langsung).
- Biasanya berpendidikan rendah
- Siswa/mahasiswa.
- Perempuan menikah.
- Lajang.
- Pekerja rangkap.
- Laki/Perempuan/Waria.

PSK & Risiko HIV

Populasi rentan karena:

- Berhubungan seksual dengan banyak orang.
- Berpotensi tinggi STI/ Penyakit Infeksi Seksual.
- Penghasilan bergantung pada pekerjaan seks, sehingga sulit untuk mengontrol diri.
- Kadang tumpang tindih antara IDU dan PSK (risiko ganda).

Mengapa merupakan target intervensi?

- Melindungi PSK.
- Mengurangi penularan dari klien ke mitranya.
- Menjalankan program ini terbukti menurunkan risiko penularan HIV

Layanan PSK

- Intervensi berbeda pada tempat dan kebutuhan yang berbeda.
- Tergantung pada lokasi apakah penjangkauan atau jalanan.
- Layanan mandiri atau terintegrasi
- Sulit menjangkau PSK :

Layanan PSK

- FHI merekomendasikan layanan minimal :
 - Informasi & pesan perubahan perilaku.
 - Kondoms & cara pengaman lainnya.
 - Layanan kesehatan seksual.
- Anonimitas.

Contoh Target Layanan VCT

- Di **Perempuan**, organisasi seperti Sristi (PSK perempuan) dan Bandhu (MSM dan PSK laki-laki) telah mengadopsi pesan perubahan perilaku dan aktivitasnya dalam layanan penjangkauan, kondom, serta rujukan pada layanan VCT yang tersedia.
- Di **Perempuan**, PSK menerima tes dan pengobatan gratis dari klinik pemerintah.
 - Meski PSK harus mempunyai tanda pengenal sebagai PSK.
 - Dua organisasi yang melakukan penjangkauan PSK perempuan dan lelaki.

Contoh Bada Tempat Bada Layanan

- di berbagai daerah di Asia. Petugas kesehatan dikontrak untuk melakukan pemeliharaan kesehatan secara teratur dan memberikan terapi bagi yang membutuhkan di bordir.
- Di Tamil Nadu, India, berdasarkan survei oleh NGO, para PSK bekerja jauh dari rumah asal.
 - Maka klinik di daerah tetangga harus memberikan layanan ini menyulitkan. Dibentuklah klinik ambulatori dengan mobil sehingga PSK dapat diterapi IMS di luar komunitasnya.

Source: FHI - Innovative Approaches to STD Control.

Contoh Bada Tempat Bada Layanan

- Di **Madras, India**, the *AIDS Control and Community Education Programmes Trust* memulai program penjangkauan PSK di area stasiun sentral.
 - Edukator Kesehatan Sebayak akan menghampiri mereka satu per satu memberi informasi preventif pada PSK dengan keluhan STI dan menunjuk mereka dengan surat ke RSU untuk dapat terapi gratis.
 - Surat rujukan juga membantu untuk memastikan bahwa mereka telah menerima pengobatan dari staf klinik pemerintah tsb.

Source: FHI - Innovative Approaches to STD Control.

Konseling Preventif

- Menjawab kebutuhan mereka secara holistik, bukan hanya mengangap mereka PSK.
- Strategi negosiasi klien-pekerja.
- Negosiasi personal dengan mitra.
- Strategi untuk mendorong pemilik bordir untuk mengizinkan penggunaan kondom.
- Keamanan Seksual dalam aktivitas PSK.
- Seks aman transgender.
- Program pengurangan dampak buruk untuk pengguna narkoba & alkohol.
- PSK tak langsung, langsung dan mantan

Strategi Intervensi

- Prpgram berbasis kelompok sebaya sangat efektif.
- Gunakan kontak informal,informan kunci & 'leaders' untuk mengakses populasi tsb
- Kembangkan pelatihankelompok sebaya.
- Targetkan juga klien potensial – mis. Supirtruk



PSK terinfeksi HIV

- Pengungkapan status ke pelanggan
- Dukungan terus menerus dan membuat rencana ke masa depan.
- Rujuk ke program pendukung.
- Projek pendapatan alternatif – hambatan :
 - Penyandang dana PSK untuk ARV.
 - Kebutuhan dukungan keluarga.
 - Pekerja ganda.



PSK & Morbiditas Psikologik

- Terbukti merupakan populasi dengan riwayat gangguan mood dan kepribadian.
- Pengguna napza.
- Riwayat kekerasan.
- Riwayat kekerasan/perkosaan masa kanak.



Data Hyasil VCT & Edukasi Sebaya untuk PSK

- Di KwaZulu Natal, South Africa, VCT dilakukan di pemberhentian truk.
 - Tak me ↑ seks aman.
 - Tak mau menerima hasil tes positif.
 - Hambatan Sosial dan ekonomi & limitasi hanya pada PSK, tak kepada pelanggannya.
- Program prevensi IMS di Kinshasa, Congo DR.
 - ↑ penggunaan kondom.
 - ↓ insidens HIV dan bukan IMS lain.



Aktivitas



Modul 3
Sub modul 2
Intervensi VCT Bersasaran – pekerja seks

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Mengenali penularan HIV melalui perilaku berisiko spesifik : pekerja seks
- Memahami isu psikososial pekerja seks
- Memahami kebutuhan spesifik layanan VCT untuk pekerja seks

Slapakah pekerja seks ?

Pekerja seks merupakan kelompok luas bermacam-macam orang sehingga sulit membuat suatu generalisasi tentang perilaku dan sikap mereka terhadap pencegahan HIV dan layanannya. Misalnya, mungkin mereka juga menggunakan napza melalui alat suntik, seorang isteri, pekerja sambilan, (misal mereka mempunyai pekerjaan tetap, dan melakukan pekerjaan seks sambilan, atau bekerja ke negara lain), pelajar/mahasiswa, kelompok minor dari semua jenis kelamin (laki-laki, waria, perempuan). Dapat sebagai pekerja paruh atau purna waktu. Intervensi VCT efektif membutuhkan pemahaman bahwa pekerja seks bukan hanya melakukan pekerjaan seks, tetapi berbagai dimensi kehidupan mempengaruhinya, pasangannya , angtuanya dan keluarganya.

Pekerja seks dan risiko HIV

Pekerja seks rentan terhadap penularan HIV mengingat banyaknya orang yang berhubungan seks dengannya dan biasanya mereka mempunyai kemungkinan tinggi menularkan IMS. Di Kamboja, prevalensi HIV pada pekerja seks perempuan (sampai 38%) 14 kali lebih tinggi daripada perempuan yang datang ke klinik untuk perawatan ante natal (2.54%).¹ Pekerja seks merasa diri tak berdaya untuk bernegosiasi dalam hal praktek seks aman karena berkaitan dengan pendapatan yang mereka peroleh. Pada beberapa kasus, pekerja seks menerima penghasilan lebih tinggi ketika ia melakukan hubungan seks dengan laki-laki tanpa kondom.

Riset di Indonesia menunjukkan bahwa ada perbedaan antara relasi yang telah bermuatan emosional dengan negosiasi seks aman. Ketika mereka berhadapan dengan pelanggan baru, mereka lebih mudah dapat bernegosiasi menggunakan kondom dalam hubungan seks. Tetapi ketika pelanggan tersebut telah menjadi pelanggan sering/tetap bahkan menjadi 'kekasih', yakni dimana muatan emosi telah mewarnai hubungan keduanya, maka mereka seringkali mengabaikan penggunaan kondom.²

Pada beberapa situasi, ada tumpang tindih antara risiko pekerja seksual dengan pekerja seksual komersial dan pengguna napza melalui alat suntik. Ini membutuhkan penerapan simultan strategi prevensi dua disiplin – pengurangan dampak buruk untuk IDU dan pengurangan penularan infeksi melalui hubungan seksual- mengingat ada dua sumber risiko.³

Pekerja seks mempunyai kebutuhan VCT dan intervensi psikososial tertentu yang sesuai dengan kebutuhan spesifik mereka satu per satu agar efektif dampaknya. Berbagai kepentingan yang harus dipikirkan yakni melindungi pekerja seks dari penularan HIV dan IMS, serta melindungi pasangannya dan pasangannya dari penularan yang sama. Terdapat peningkatan bukti bahwa target program menurunkan penularan infeksi HIV

dalam kelompok inti ini dimungkinkan, efektif dan berhasil menurunkan risiko serta menurunkan tingkat infeksi.⁴

Mengapa layanan VCT dan psikososial berbeda bagi pekerja seks ?

Hanya sedikit studi tentang VCT khusus untuk pekerja seks. Kebanyakan dari studi ini menunjukkan bahwa VCT dapat diterima dan perubahan perilaku seksual ternyata mengurangi penularan. Namun, pada beberapa *setting* dimana faktor sosial dan ekonomi sangat menekan, maka pekerja seks sulit melaksanakan praktek seks aman. Juga penting diketahui bahwa melalui VCT terjadi peningkatan edukasi tentang penggunaan kondom. Program pendidikan sebaya sangat efektif untuk pekerja seksual laki-laki dan perempuan.

Meski VCT (seperti juga intervensi lainnya, maka ketersediaan kondom, uji saring dan terapi IMS) sangat penting dan efektif dari segi biaya, masih kurang adanya layanan khusus sesuai kebutuhan masing-masing pekerja seks.⁶

Setting layanan menjemput bola

Berbagai macam jenis layanan VCT dan psikososial dilakukan kepada pekerja seks, tergantung pada lingkungannya. Semua cara pencegahan dan pemberian layanan haruslah disesuaikan dengan situasi yang berbeda-beda mengingat tak ada satu jenis pendekatan layanan dengan semua keadaan pekerja seks, pasangannya, dan pelanggannya.⁵

Mengingat anonimitas layanan kepada pekerja seks, dimana mereka tak ingin dikenali pekerjaannya (di beberapa negara pekerjaan ini dianggap melanggar hukum) maka kepada mereka didorong untuk mengakses layanan yang mereka pikir lingkungannya dapat memberikan rasa aman. Bagi pekerja seksual yang menjalankan aktivitas dari jalanan, fasilitas penjangkauan lebih dapat diakses, sementara pekerja seks dengan layanan tempat-tempat tertentu seperti kelab malam, bar, karaoke, diperlukan layanan *liaison* yang sesuai. Pada beberapa *settings*, akan sangat membantu jika dilakukan integrasi layanan ke dalam fasilitas kesehatan yang ada dan layanan masyarakat lainnya. Penting bagi pekerja seks mengakses layanan kesehatan seksual, namun masih banyak pertanyaan dan pendapat yang belum terselesaikan apakah layanan akan diintegrasikan dalam layanan IMS di fasilitas kesehatan atau khusus tersendiri untuk golongan rentan ini.⁶

Tantangan tertentu termasuk layanan dan program yang dirancang khusus termasuk layanan kepada mereka yang sulit dijangkau, pekerja seks terselubung, seperti pekerja seks dengan status isteri/suami, pengungsi, migran tanpa kartu pengenal atau bordil beroperasi tanpa izin. Di kota Ho Chi Minh di Vietnam, kebanyakan pekerja seks tidak bekerja di bordil, akibatnya sulit dijangkau sebagai sasaran pencegahan karena keberadaan mereka tersebar di masyarakat.⁷ Pekerja seks tak selalu tidak menikah, dan sering tak dapat dikenali.

Opsi dari layanan menjemput bola termasuk :

- Penjangkauan misal layanan dilakukan mendekati tempat pekerja seks atau kliennya.
- VCT tak terkait dengan institusi manapun
- Klinik IMS
- Penjara

- Pengungsi/ migran di tempat penampungan
- VCT terintegrasi dalam layanan kesehatan umum
- Layanan penanggulangan napza dan alkohol
- Layanan kesehatan terhadap Gay & Lesbian
- Klinik perempuan

Family Health International (FHI) merekomendasikan bahwa prevensi HIV akan efektif bila dilakukan dalam layanan kepada pekerja seks, klien mereka dan para pasangannya, dan bukan sekedar pemberian informasi namun meliputi tiga elemen kunci dibawah ini ::

- Informasi dengan pesan perubahan perilaku
- Penggunaan kondom dan alat pelindung lainnya
- Layanan kesehatan seksual.⁸

Strategi untuk meningkatkan efektivitas layanan bersasaran populasi ini termasuk:

- Kontak informal, menggunakan informan kunci dan “tokoh” yang dapat mengakses populasi ini.
- Promosi dan edukasi kelompok sebaya.
- Kegiatan penjangkauan.
- Distribusi dan pemasaran/ sosialisasi kondom.
- Kemudahan akses pada layanan kesehatan seksual.⁹

Contoh layanan VCT bersasaran

Layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Bangladesh sangat terbatas. Dua organisasi yang turut memberikan layanan adalah Sristi (pekerja seks perempuan) dan Bandhu (MSM dan pekerja seksual laki-laki). Layanan berbentuk penjangkauan dengan pesan perubahan perilaku, pemberian kondom, juga VCT dengan merujuk ke fasilitas VCT.

Di Bangkok, pekerja seks dapat layanan tes darah dan terapi gratis dari klinik pemerintah. Namun, para pekerja seks ini harus tercatat sebagai pekerja seks di klinik tersebut. Kebanyakan dari mereka lebih memilih layanan klinik “dekat dari rumah, namun tak terlalu dekat”, mengingat mereka tak ingin dikenali identitas dan pekerjaannya. Dua organisasi yang melakukan layanan terhadap pekerja seks laki-laki dan perempuan adalah EMPOWER dan Rainbow Sky. Layanan mereka berupa pesan perubahan perilaku, informasi, pemberian kondom, rujukan pada klinik yang bereputasi dan menyediakan layanan luas untuk tes dan terapi.

Contoh layanan penjangkauan pekerja seks

- *Bordil berbasis layanan IMS* – Di banyak negara Asia seperti Thailand, Indonesia dan Filipina, pemilik bordil yang mapan mengontrak dokter praktek swasta untuk memberikan layanan pemeriksaan dan pengobatan kepada seluruh pekerja secara teratur di bordil mereka¹⁰
- *Mobile vans* – Di Tamil Nadu, India berdasar beberapa survei LSM, menunjukkan bahwa pekerja seks bekerja jauh dari rumah mereka dan memilih tinggal di tempat yang mereka tak dikenali pekerjaannya. Mereka berobat di klinik disekitar tempat yang dapat dijangkau mereka, untuk tidak terlalu menarik perhatian orang. Karena itu LSM, memberikan layanan ambulasi dengan mobil klinik guna menjangkau mereka dalam terapi IMS di luar komunitas mereka.¹¹

- Edukator kesehatan sebaya dan pekerja penjangkauan- di Madras, India, *the AIDS Control and Community Education Programmes Trust* telah memulai layanan penjangkauan bagi pekerja seks di wilayah stasiun kereta api pusat. Edukator kesehatan sebaya memberikan informasi pencegahan secara tatap muka kepada pekerja dengan keluhan IMS dan merujuk mereka dengan surat ke rumah sakit pemerintah untuk mendapatkan terapi cuma-cuma. Dengan surat rujukan dapat dipastikan mereka dapat dilayani oleh klinik tersebut.¹²

Konseling Pencegahan

Konseling pencegahan penularan dapat menawarkan strategi luas dan menyampaikan informasi serta pesan perubahan perilaku. Tujuannya adalah memberikan pengetahuan tentang penularan HIV, cara mengurungi penularan, misalnya dengan praktek seks alternatif, penggunaan kondom dan pelubrikan, mengenali gejala IMS dan menjawab berbagai hal yang masih menimbulkan pertanyaan akan mitos dan praktek seks tradisional yang tak aman, kepada pekerja seks.¹³

Lebih lanjut, konseling memainkan peran penting dalam mengembangkan ketrampilan komunikasi dan negosiasi, guna keberhasilan praktek seks aman dengan:

- Klien
- Pasangan atau mereka yang mempunyai hubungan pribadi dengannya
- Pemilik bordil agar ,menekankan dan mengizinkan penggunaan kondom

Dalam beberapa hal khusus, pesan perubahan perilaku penting dalam mengantarkan pesan penggunaan kondom secara konsisten, dan tidak menghakimi pekerja seks dan pelanggannya. Aktivitas seks aman seringkali sukar dijalankan oleh pekerja seks ketika mereka berhadapan dengan orang yang telah dekat dengannya seperti pasangannya dan pelanggan dekatnya., sehingga dengan mereka ini risiko IMS dan HIV nya tinggi.¹⁴ Ketika muatan emosi mewarnai relasi antara pekerja seks dan pasangan/pelanggan dekatnya, maka nilai komersial tersingkirkan dan demikian juga kemampuan negosiasi seks aman. Konseling dimaksud sebagai sarana pendekatan kepada pekerja seksual secara holistik bukan semata menggarap sisi aktivitas kerja profesional pekerja seks misal strategi bagaimana mempengaruhi pelanggan agar setuju penggunaan kondom kepada semua orang yang berhubungan seksual dengannya sekarang dan dalam jangka waktu panjang. Beberapa pekerja seksual dapat melakukannya secara efektif kepada pelanggannya, tetapi tidak dapat melakukannya kepada mereka yang ytelah menjalin hubungan dekat dengannya.

Program berbasis kemitraan, dapat secara efektif berlaku sebagai pintu masuk dan alat untuk mempengaruhi cara pandang mereka berdasar pengalaman mereka. Contoh lain dari strategi kreatif termasuk : memberikan jawaban atas pertanyaan tentang IMS dan HIV melalui informasi tertulis/leaflet/booklet pada pelaku survei pekerja seks perempuan , pelatihan kemitraan sebagai edukator AIDS dan distributor kondom.¹⁵ Program berbasis teman sebaya memerlukan pelatihan bagi pekerja seks mitra.

Pekerja seks terinfeksi HIV

Konseling pekerja seks terinfeksi HIV akan membantu mereka untuk:

- Memutuskan untuk mengungkapkan status atau tidak
- Strategi untuk mengungkapkan statusnya kepada pasangan
- Melakukan dukungan dan perencanaan untuk masa depan

- Rujukan ke program dukungan
- Memilih kegiatan alternatif peningkatan pendapatan

Peningkatan pendapatan alternatif dapat membuat pekerja seks mempunyai alternatif ketrampilan untuk mencari nafkah, biasanya pekerjaan seks dikaitkan dengan kemiskinan dan tak adanya pilihan pekerjaan lain.

Pekerja seks dan morbiditas gangguan psikologi

Kebanyakan mereka adalah orang yang mengalami gangguan mood dan kepribadian. Ini mungkin berhubungan dengan penggunaan napza, atau pada masa lalunya mempunyai riwayat kekerasan fisik dan seksual masa kanak.

Data hasil intervensi VCT dan edukasi sebaya pada pekerja seks

Di banyak negara layanan dan dukungan langsung kepada pekerja seks merupakan pendekatan penting untuk pencegahan. *Voluntary counselling and testing* terintegrasi dalam program bagi pekerja seks perempuan di Kamboja oleh MSF. Peningkatan penggunaan kondom dilaporkan mengikuti peningkatan pemeriksaan kesehatan pekerja seks.¹⁶

Di Gambia, pelaksanaan VCT tidak diikuti oleh peningkatan penggunaan kondom.¹⁷ Namun, peningkatan kondom sebetulnya telah terjadi sebelum penanganan VCT, (89% perempuan yang secara berkala di tes dengan hasil seropositive dilaporkan menggunakan kondom sebelum VCT) dan ini membuat setelah penanganan VCT tak terlihat adanya peningkatan. Lebih lanjut, infeksi HIV di Gambia dari jenis HIV-2 dan tingkat mortalitas dan morbiditasnya rendah. Karenanya efek infeksi diterima sebagai kurang merugikan dibanding area dengan morbiditas dan mortalitas tinggi karena HIV-1.

Sebuah proyek dari KwaZulu Natal di Afrika Selatan menawarkan konseling dan tes kepada pekerja seks pada tempat-tempat pemberhentian truk.¹⁸ Meski pengambilan tes dapat dilakukan, namun hasil positif tak ingin mereka dengar, mengingat sulitnya perubahan perilaku atas alasan sosial dan ekonomi. Setelah VCT perilaku tetap berisiko. Aktivitas ini menggambarkan betapa sulitnya melewati hambatan sosial-ekonomi dan intervensi selayaknya tidak hanya kepada pekerja seks, juga dilakukan bagi pelanggan.

Dua studi pada pekerja seks dari Amerika Serikat melaporkan bahwa peningkatan penggunaan kondom dan penurunan risiko perilaku seksual adalah hasil dari intervensi VCT.^{19 20}

Proyek ini menawarkan konseling bagi pekerja seks (tanpa tes) dan dapat diterima dengan baik dan memberikan informasi kepada pekerja seks tentang cara seks aman dan prevensi HIV.²¹

Rujukan

- ¹ Phalla T., Leng H., Mills S. et al. (1998), HIV and STD epidemiology, risk behaviours, and prevention and care response in Cambodia, *AIDS* 12: S11 – S18
- ² Wotffers I., Triyoga R., Deville W. et al. (1999), Pacar and Tamu: Indonesian women sex workers' relationships with men, *Culture, Health & Sexuality* 1(1): 39-53
- ³ Lamptey P., and Gayle H. (eds.) (2001), *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, Family Health International, Arlington, p. 203
- ⁴ Lamptey et al 2001, p. 187
- ⁵ Lamptey et al 2001, p. 187

- ⁸ Lampley et al 2001, p. 200
- ⁷ Lindan C., Lieu T., Giang L., (1997) Rising HIV infection rates in ho chi Minh City herald emerging AIDS epidemic in Vietnam, *AIDS* 11: S5 – S13
- ⁸ Lampley et al 2001, p. 198
- ⁹ FHI, pp. 187-188
- ¹⁰ FHI – Innovative Approaches to STD Control. www.fhi.org. Accessed 23 July 2003
- ¹¹ FHI – Innovative Approaches to STD Control. www.fhi.org. Accessed 23 July 2003
- ¹² FHI – Innovative Approaches to STD Control. www.fhi.org. Accessed 23 July 2003.
- ¹³ Lampley et al 2001, p. 195
- ¹⁴ Wolfers I., Triyoga R., Deville W. et al. (1999), Pacar and Tamu: Indonesian women sex workers' relationships with men, *Culture, Health & Sexuality* 1(1): 39-53
- ¹⁵ Lampley et al 2001, p. 195 and p. 198
- ¹⁶ P Ir Por, W Van Damme, S T Kheang et al. (2002) Regular visits by female sex workers for STI control at special clinics are achievable on a voluntary basis. MSF's experience in Cambodia. Abstract, XIVth International AIDS Conference, Barcelona 2002.
- ¹⁷ Pickering H., Quigley M., Pepin J., Todd J., Wilkins A., (1993) The effects of post-test counselling on condom use among prostitutes in the Gambia. *AIDS* 7 271-273
- ¹⁸ Morar N., Ramjee G., (2000) Impact of voluntary counselling and testing among sex workers Abstract C1030, presented at the 13th International Conference on HIV/AIDS, Durban South Africa
- ¹⁹ Corby N., Barchi P., Wolitski R., Smith P., Martin D., (1990) Effect of condom-skills training and HIV testing on AIDS prevention behaviours in sex workers Presented at the Vth international conference on AIDS, San Francisco
- ²⁰ Cohen J., Poole L., Donnan L., Lyons C., Kelly T., Wofsy C., (1998) Changes in risk behaviour for HIV infection and transmission in a prospective study of 240 sexually active women in San Francisco Presented at the IVth international conference on AIDS, Stockholm, Sweden
- ²¹ Cantillo C., The role of peer counselling on HIV/AIDS education among prostituted women in Davao City Abstract 24326 presented at the 12th International Conference on HIV/AIDS, Geneva, Switzerland

Intervensi VCT pada Sasaran - Remaja dan Anak

MODUL 3
Sub Modul 3
TARGET INTERVENSI VCT

MODUL 3
Sub modul 3
Intervensi VCT Bersasaran – Remaja dan Anak-anak

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Mengadaptasi VCT secara spesifik sesuai keinginan para remaja dan anak-anak.
 - Mengidentifikasi strategi VCT untuk menurunkan risiko penularan HIV secara spesifik di lingkungan remaja.
-

Waktu yang dibutuhkan

2 jam

Materi Pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT20)
 - Naskah (HO19)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak tempat mengumpulkan formulir evaluasi
-

Isi

- Definisi
 - Mengapa mengambil target dewasa muda?
 - Pelayanan VCT untuk dewasa muda
 - Elemen dari pelayanan remaja yang bersahabat
 - Masalah pelayanan untuk para dewasa muda
 - Masalah psikososial untuk dewasa muda
 - Anak-anak yang terinfeksi oleh dan pengaruh HIV
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Menerangkan dengan menggunakan tayangan PowerPoint (PPT20)
2. Kegiatan:
 - Menanyakan kepada para peserta pada usia berapa merupakan usia yang menjadi perhatian di daerahnya masing-masing.
3. Kegiatan: Aturan permainan.
 - Membagi peserta menjadi 4 kelompok, satu orang menjadi konselor, satu orang menjadi klien (usia 15 tahun), dan dua orang menjadi orang tua.
 - Klien merupakan gambaran dari kelompok usia yang diprioritaskan melakukan tes HIV. Ia mengatakan kepada konselor bahwa ingin menjalani tes HIV tetapi tidak ingin kedua orang tuanya mengetahui. Apa yang seharusnya konselor lakukan ?
4. Menanyakan kepada setiap kelompok jika masih ada pertanyaan dan mengingatkan mereka tentang kotak pertanyaan.
5. Meminta para peserta untuk melengkapi formulir evaluasi dan meletakkannya di kotak tempat pengumpulan formulir evaluasi.

Intervensi VCT Pada

Kawula Muda dan anak

Module 3 Sub module 3 / PPT20

Tujuan

- Memahami kebutuhan adaptasi VCT sesuai kebutuhan spesifik pada kawula muda dan anak.
- Mengenali strategi VCT untuk mengurangi transmisi HIV akibat perilaku berisiko para kawula muda

Mengapa kawula muda?

Anak : 4 - 12 tahun.

- Remaja : 12 - 15 tahun.
- kawula muda : 15 - 24 tahun.
- kawula muda berusia 15- 24 tahun merupakan penderita >50% penderita HIV diseluruh dunia.
 - Hanya sebagian kecil yang tahu bahwa mereka terinfeksi.
- Aktivitas seksual sebagian besar dimulai pada usia remaja.

kawula muda di Asia

- Di Thailand, diperkirakan prevalensi HIV 1999 :
 - Perempuan muda 1.53 - 3.11
 - Lelaki muda 0.47 - 1.89
- Di India:
 - Perempuan muda 0.4 - 0.82
 - Lelaki muda 0.14 - 0.58

Sources: UNAIDS (June 2000), Report on the Global AIDS Epidemic; UNICEF, UNAIDS and WHO (2002), Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis.

Mengapa kawula muda?

- kawula muda adalah simpul penting untuk menerapkan berbagai tindakan aman untuk menurunkan penyebaran.
 - Usia pembentukan diri.
 - Haus informasi.
 - Di daerah dimana angka HIV tinggi, menunjukkan peran kawula muda yang sangat besar.
- Layanan VCT tidak selalu dirancang khusus memenuhi kebutuhan orang muda.

kawula muda....

- Memerlukan akses informasi tentang seks dan seksualitas.
- Percaya kepada informasi kawan sebaya, yang seringkali miskonsepsi.
- Persepsi tak dapat menangkap bahaya, sehingga risiko sering diambil.
- kawula muda berasal dari berbagai kalangan, - MSM; IDU ; Populasi yang berpindah-pindah; jalanan; PSK

Layanan VCT untuk kawula muda

- Terintegrasi pada layanan kesehatan yang ada mis. Puskesmas, klinik PMS dan TB) yang dirancang "Pojoik sahabat kawula muda = *Youth-friendly corners*".
- Terintegrasi kedalam layanan kesehatan sekolah.
- Penjangkauan yang terikat pada layanan menetap.
- Layanan kawula muda di gelanggang kawula muda/remaja atau kafe.
- Edukasi kelompok sebaya dan profesional muda yang bersahabat.
- Kampanye dengan sasaran kelompok tertentu (sepakbola, basket, disko,,dll).



Youth friendly services di Bangkok

- Beberapa sekolah kejuruan dan SLTP di Bangkok Metropolitan Area mempunyai "Youth Corners".
- Pelajar mempunyai akses informasi demikian mudah pada kesehatan reproduksi, HIV/AIDS, STI dan rujukan ke layanan *voluntary counseling and testing* yang dipercaya.
- Guru-guru terlatih VCT memberi layanan di tempat-tempat seperti ini.
- Kondom untuk pelajar tersedia.

Source: Personal communication with UNICEF Officer, Carl G., May 2003



Kawula muda & HIV di Cambodia

- Secara luas kampanye VCT di media massa telah dijalankan diseluruh negeri.
- *Hotline HIV/AIDS* didukung UNICEF dan perusahaan telepon swasta, MOBITEL, memberikan konseling HIV/AIDS dan rujukan ke layanan VCT melalui layanan bebas pulsa.

Source: Personal communication with UNICEF Officer, Carl G., May 2003



Program anak jalanan di Phnom Penh - Mith Samlanh

- Aktivitas layanan kesehatan bagi kawula muda jalanan terintegrasi pada:
 - Fasilitas medik dengan tes-HIV, konseling, dan layanan dasar.
 - Kelas masak untuk restoran umum
 - Pelatihan ketrampilan seperti menjahit, salon, elektronik, keramik, ubin.
 - Sekolah dengan beberapa kelas, sebuah perpustakaan dan 250 siswa kelas tujuh
 - Proyek pengguna narkoba.

Source: UNAIDS/UNODC Regional Task Force on Drug Use and HIV vulnerability



Elemen pada layanan *Youth Friendly*

- Menawarkan layanan luas bagi kawula muda, termasuk konseling dan pelatihan ketrampilan hidup.
- Edukasi kesehatan yang tak menghakimkan realistik. Tanyakan beberapa pertanyaan
- Menawarkan tes HIV gratis (dan kondom). Meski demikian jika kawula muda tak punya penghasilan, maka akses menjadi terhambat.



Elemen pada layanan *Kawula Muda bersahabat*

- Tempat dan waktu yang nyaman (mudah dijangkau dengan transportasi umum).
- VCT bagi pasangan.
- Rahasia dijamin.
- Tidak membutuhkan persetujuan orangtua.
- Menawarkan pilihan tes oral/darah.
- Memungkinkan kawula muda berpartisipasi mengambil keputusan.
- Rujuk pada layanan lain.



Isu Layanan

- Peraturan hukum menyatakan bahwa untuk anak dibawah umur, persetujuan orangtua diperlukan dalam memberikan *informed consent* sebelum prosedur medik dilakukan.
- Lebih disukai kawula muda dapat melakukan consent tanpa orangtua.
 - Dapat merupakan hambatan untuk melaksanakan VCT.
- Medical confidentiality
 - Diizinkan oleh *UN Rights of the Child*.
- Wajib bagi korban kekerasan seksual pada anak dan pekerja seks ganda.

Isu Psikososial

- Percaya pada persepsi/risiko tak akurat mereka sendiri.
- Tak mampu melakukan negosiasi seks aman.
- Sulit untuk mengungkapkan status kepada orangtua, pasangan dll.
- *Abuse* oleh provider layanan kesehatan.
- Tugas remaja normal.
- Besarnya pengaruh teman sebaya.
- Kesadaran citra diri.

Anak terpapar dan terinfeksi HIV

- *Mother to child transmission (MTCT)* – selama kehamilan, melahirkan atau melalui pemberian ASI.
- Kecepatannya berkisar antara 15% - 30% tanpa ASI dan 30 - 45% pemberian ASI jangka panjang.
- Semua bayi yang dilahirkan dari ibu dengan HIV +, akan pos HIV sampai berumur 15 - 18 bulan. Setelah masa ini, tes standar HIV baru akan menyatakan status sesungguhnya.
 - Perhatikan masa anxietas orangtua

Anak terinfeksi HIV

Menyatakan kapan diungkapkan :

- Tergantung kematangan dan kesehatan anak.
- Kemampuan anak untuk menerima isu stigma dan diskriminasi.
- Lebih baik jujur diberitahu daripada ketakutan tak jelas sumbernya.
- Remaja saat menuju aktivitas seksual

Anak Terinfeksi HIV

- Gunakan bahasa dan konsep sesuai daya tangkap umumnya.
- Tanyakan lebih dahulu apa pikiran, pengetahuan, dan diskusikan tentang pemahamannya akan HIV/AIDS.
- Gunakan kata, gambar, dan gambaran untuk menerangkan HIV.
- Gunakan bahasa dan pemberitahuan langsung yang dapat ditanggapi pengertiannya.
- Tanyakan apa yang belum dimengerti sesuai kebutuhan mereka
- Mintalah mereka memberi gambaran tentang apa yang mereka ketahui (melalui gambar)

Aktivitas

Modul 3
Sub modul 3
Intervensi VCT Bersasaran – kawula muda dan anak

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Memahami adaptasi VCT spesifik pada sasaran kawula muda dan anak
- Memahami strategi VCT spesifik dalam pengurangan penularan HIV melalui perubahan perilaku berisiko pada kawula muda

Definisi

Anak adalah mereka yang berusia 4 -12 tahun, remaja berusia 12 -15 tahun, dan kawula muda berusia 15 -24 tahun.

Mengapa melakukan intervensi pada kawula muda ?

Kawula muda merupakan populasi yang rentan penularan HIV di setiap negara. Kawula muda berumur 15 -24 tahun menduduki hampir 50 persen dari semua penderita HIV di seluruh dunia (tidak termasuk kasus perinatal) dan lebih dari 6,000 kawula muda baru terinfeksi HIV setiap hari.¹ Sayangnya, hanya sebagian kecil dari mereka yang tahu dirinya terinfeksi. Di Thailand, diperkirakan prevalensi HIV pada tahun 1999 untuk perempuan muda 1.53 - 3.11 dan laki-laki muda 0.47 - 1.89, dan di India perempuan muda 0.4 - 0.82 dan laki-laki muda 0.14 - 0.58.² Aktivitas seksual sebagian besar dimulai pada masa remaja, dan dalam banyak negara perempuan tidak menikah dan laki-laki aktif secara seksual sebelum berusia 15 tahun.³ Sementara VCT tidak selalu dirancang untuk mereka yang berusia muda.

Ini menggambarkan ada kesempatan yang hilang tak hanya dalam hal tes dan konseling, tetapi juga komunikasi yang memungkinkan perubahan perilaku kearah seks aman selama usia pembentukan. Di wilayah dimana penularan HIV/AIDS menurun, ternyata terutama karena kawula muda dan pemudinya didorong dengan berbagai cara dan insentif untuk mengadopsi perilaku aman.⁴ Di Thailand Utara, seperuh dari laki-laki berusia 21-tahun pergi ke pekerja seks pada tahun 1995 dan telah melakukannya sejak 4 tahun sebelumnya. Mereka yang melakukan seks dengan pekerja yang berasal dari bordil, lebih banyak menggunakan kondom daripada sebelumnya – 93 persen di tahun 1995 dibanding 61 persen di tahun 1991.⁵

Alasan mencari layanan VCT, hasil dan kebutuhan layanannya bervariasi pada bayak kawula muda – misal di Uganda dan Kenya riset menyatakan bahwa 20 persen orang muda yang mendapatkan VCT melaporkan bahwa mereka tak aktif secara seksual dan dan mencari VCT untuk mendapatkan akses informasi.⁶ Akses kepada informasi tentang seks aman dapat lebih menyulitkan untuk kawula muda daripada orang dewasa karena informasi mengenai seks untuk kawula muda secara budaya, sosial, sangat sensitif. Kawula muda belajar dan mendapat informasi tentang seks dari teman sebaya, sehingga tidak jarang terjadi penerimaan yang salah tentang seks dan penularan HIV. Pengaruh teman sebaya sangat kuat pada remaja dan mereka yang berusia muda.

Mereka cenderung membuat persepsi sendiri yang sukar ditawarkan sehingga menimbulkan risiko lebih besar. Karena itu VCT berperan besar dalam memberikan informasi dan ketrampilan kepada kawula muda untuk dapat melakukan negosiasi akan seks aman yang tak mungkin diakses melalui media atau sekolah. Di Thailand, 40 persen dari mereka yang berkunjung ke tempat ATC di Bangkok menyatakan diri sebagai 'pelajar'.⁷

Kawula muda merupakan kelompok heterogen, prinsip ini harus dipegang saat menerapkan VCT bersasaran kawula muda. Beberapa kelompok kawula muda, sangat berisiko diatas rata-rata akan HIV/AIDS. Misal, laki-laki yang melakukan seks dengan laki-laki (dikenali maupun tak dikenali), *injecting drug users (IDU)*, populasi migran, pekerja seks remaja dan kawula muda jalanan. Pada banyak negara dikatakan ilegal bila seorang laki-laki berhubungan dengan laki-laki dibawah usia 18 tahun, karena itu kawula muda yang berhubungan seks sejenis menolak akses ke layanan.

Layanan VCT untuk kawula muda

Kawula muda mempunyai banyak kebutuhan yang luas variasinya berkaitan dengan HIV/AIDS , yang harus dijawab dalam memberikan layanan VCT dan layanan yang mendorong keuntungan bersama. Layanan dapat dilakukan pada "satu atap" bersama program terintegrasi lainnya atau melauai jejaring kuat dengan layanan lainnya. Orang muda seringkali tak akan berkunjung ke layanan formal untuk kebutuhan pencegahan mereka, mereka seringkali datang terlambat dengan kehamilan telah lanjut dan sedikit yang mau melahirkan difasilitas kesehatan.⁸ Tidak ada model layanan terbaik VCT untuk kawula muda. Ada beberapa opsi , termasuk :

- Integrasi kedalam layanan kesehatan yang telah ada (misal Puskesmas, Klinik IMS dan TB) yang dirancang sebagai " Pojok Sahabat Kawula Muda".
- Integrasikan ke layanan kesehatan sekolah dan mahasiswa.
- Penjangkauan atau layanan keliling dengan kerjasama dengan layanan kesehatan yang menetap.
- Lokasi tempat kumpul kawula muda dengan layanan dasar seperti mandi, kafe, atau ganti pakaian.
- Gelanggang Remaja.
- Campuran edukator sebaya /petugas pendukung dan para profesional dalam bidang remaja yang bersahabat.
- Kampanye bersasaran kelompok khusus anak muda (kelompok pemain bola, disko, dsb).

Di beberapa sekolah kejuruan dan lanjutan di daerah Metropolitab Bangkok "Pojok Remaja " telah dibuat , ditempat tersebut para siswa dengan mudah mengakses informasi kesehatan reproduksi , HIV/AIDS, IMS dan rujukan ke layanan VCT yang bereputasi baik . Sesudah melalui seleksi , beberapa guru dilatih untuk memberikan layanan konseling di tempat ini. Kondom juga disediakan tempat ini.⁹

Di Kamboja, *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* untuk HIV beroperasi di 21 institusi kesehatan dengan integrasi layanan VCT di 50% rumah sakit provinsi. Kampanye media massa VCT bersasaran anak muda telah dilakukan secara lkuas di berbagai negara. Sebuah *HIV/AIDS Hotline* didukung oleh UNICEF dan perusahaan

telepon swasta, MOBITEL, menyediakan layanan konseling HIV/AIDS serta rujukan layanan VCT melalui telepon bebas pulsa.¹⁰

Program anak jalanan di Phnom Penh

Mith Samlanh merupakan program anak jalanan di Phnom Penh, mempunyai akses rujukan ke layanan VCT. Tujuan dari kegiatan HIV/AIDS ini meliputi dukungan kepada anak yang terkena HIV/AIDS yang masih berada di jalanan sehingga memungkinkan mereka melindungi diri dari ancaman virus. Kegiatan ini juga dilengkapi dengan layanan pengobatan bagi pengguna Napza agar mereka dapat mengurangi penggunaan dan risiko yang merugikan. Pada studi tahun 1998 didapatkan melalui wawancara 25.5 persen anak jalanan (N = 250) menggunakan zat psikotropik dan 47.4 persen dari mereka menggunakan inhalan. Studi lain pada tahun 2000 terlihat ada peningkatan penggunaan zat psikotropik sampai sebesar 46.6 persen.

Mith Samlanh melakukan beberapa kegiatan terintegrasi yang dibuat untuk mendukung para anak jalanan sehingga mereka diharapkan mempunyai alternatif hidup sehat di jalanan. Aktivitas tersebut adalah :

- Fasilitas medik yang dilayani dokter dan perawat. Tersedia layanan konseling dan tes, serta layanan kesehatan dasar.
- Kelas memasak yang memungkinkan mereka dapat menjadi koki di restoran. Kegiatan ini nampak keberhasilannya selama bertahun-tahun.
- Pelatihan ketrampilan lainnya seperti menjahit, elektronik, ubin dan keramik.
- Sekolah dengan beberapa kelas, perpustakaan dan 250 siswa sampai kelas tujuh.

Source: UNAIDS/UNODC Regional Task Force on Drug Use and HIV vulnerability

Elemen dari layanan kawula muda bersahabat

- Menawarkan layanan luas berorientasi kebutuhan anak muda, seperti konseling dan latihan ketrampilan hidup. Tujuannya adalah membantu menghadapi tekanan kawan sebaya, meningkatkan rasa percaya diri, ketrampilan negosiasi, kemampuan mengambil risiko, dan eksperimentasi terkait pengembangan perilaku yang lebih aman dan membatasi *setting*.
- Menyediakan edukasi kesehatan yang tak menghakimi dan realistis. Bertanyalah hanya dengan sedikit pertanyaan.
- Tawarkan tes gratis (dan kondom). Bagi remaja yang tak punya penghasilan, uang merupakan hambatan utama untuk mengakses layanan dan produk layanan.
- Lokasi (terjangkau angkutan umum) dan waktu yang nyaman
- VCT bagi pasangan
- Yakinkan rahasia terjaga.
- Tidak membutuhkan persetujuan orangtua.
- Tawarkan pilihan tes.
- Memungkinkan peran serta para kawula muda dalam mengambil keputusan membuat perencanaan, dan melaksanakan layanan. Biasanya ketika peran serta mereka dinikmati, maka mereka bekerja lebih baik, karena mereka merasa

memiliki program tersebut dan membantu mengembangkan ketrampilan berorganisasi, mengelola dan membuat keputusan. Meski demikian, menyertakan para pemuda bukanlah hal yang mudah, mengingat mereka mudah berhenti dan masuk dalam program dan apakah ada aspek hukum yang terkait dengannya (beberapa negara mempunyai peraturan mempekerjakan orang dibawah umur).¹¹

- Sediakan rujukan ke layanan lain seperti kesehatan reproduksi terutama pencegahan kehamilan dan terapi IMS.

Isu layanan untuk anak muda

Sebagian besar peraturan hukum banyak negara mengatakan bahwa setiap anak memerlukan persetujuan orangtua dalam melakukan tindakan medik, atau pernyataan persetujuan hanya dilakukan dengan pendampingan orangtua. Pernyataan hukum ini juga berlaku bagi tes HIV yang ditawarkan kepada anak-anak muda. Dengan demikian perlu dipahami dan dipelajari aturan hukum yang berlaku di masing-masing tempat, termasuk dalam layanan VCT dan pernyataan diri akan status. Lebih disukai bila mereka diperkenankan membuat persetujuan (tanpa izin orangtua) untuk mendapatkan layanan VCT, sebab jika orangtua dimintakan persetujuan akan merupakan hambatan pada beberapa anak muda..¹²

Dalam melaksanakan tes HIV, pastikan kerahasiaan medik merupakan hal amat penting dan hak untuk tetap rahasia sesuai dengan UN Convention on the Rights of the Child.¹³ Pertimbangan hukum lainnya untuk VCT bagi anak dan remaja termasuk wajib pada kejadian kekerasan seksual (status perkosaan) dan mereka yang dipekerjakan sebagai pekerja seks.

Isu psikososial untuk kawula muda

Karakteristik psikososial kawula muda yang dapat mempengaruhi layanan VCT, adalah:

- Keyakinan akan persepsi bahwa mereka tidak akan tertular atau tidak akan berisiko
- Minimnya kemampuan negosiasi seks aman
- Kesulitan mengutarakan status pada orangtua, pasangan dsb
- Disalahgunakan oleh petugas kesehatan
- Tugas normal dari remaja
- Besarnya pengaruh kawan sebaya
- Kesadaran akan citradiri

Remaja akan beraksi impulsif karena itu perlu dipertimbangkan adanya risiko bunuh diri. Keadaan lain adalah mereka merasa diperangkap dalam kehidupan dan kemudian melakukan perlawanan melalui pemberontakan dan perilaku berisiko.¹⁴ Perlu ditelusuri dukungan moral dari orang-orang disekitar mereka. Jika orangtua merupakan dukungan moral utama mereka, maka orangtua juga patut dijangkau oleh konseling agar dapat menghadapi gejolak emosi mereka.

Anak yang terinfeksi dan terkena HIV

Banyak anak yang terinfeksi HIV dari ibunya, baik saat ia dikandung, dilahirkan, selama proses dilahirkan, atau sesudah dilahirkan melalui pemberian ASI. Tanpa intervensi apapun, angka penularan HIV dari ibu ke anak sebesar 15% sampai 30% tanpa pemberian ASI, dan mencapai 30% sampai 45% pada pemberian ASI jangka panjang.¹⁵ Pencegahan penularan dari ibu ke anak dibicarakan dalam bab lain dalam modul ini.

Semua anak yang lahir dari ibu dengan HIV positif, akan menunjukkan HIV positif dengan reagen antibodi HIV standar. Pada usia bayi 18 bulan baru dapat digunakan tes antibodi HIV, sehingga dikatakan baru pada usianya yang 18 bulan ia dapat ditentukan HIV positif atau tidak. Ada cara lain dalam melakukan tes HIV pada bayi dibawah usia 18 bulan (misal dengan tes PCR), akan tetapi tes ini tidak secara luas digunakan dan harganya mahal. (Lihat informasi lebih lanjut pada Modul3 Sub Modul 5 :Pencegahan Penularan dari Ibu kepada Anak)

Tenggang waktu antara kelahiran bayi dan sampai umur 18 bulan untuk tes, menimbulkan perasaan tak menentu pada ibunya, stres, cemas, kuatir, gangguan tidur dan mudah tersinggung. Layanan VCT memainkan peran penting dalam membantu orangtua untuk memutuskan apakah anaknya perlu diberitahu status HIV nya atau tidak, dan pemilihan waktu yang tepat untuk menyampaikannya; demikian juga anggota keluarga lainnya perlu mengetahui atau tidak. Beberapa pertimbangan untuk menyampaikannya:

- Kematangan dan kesehatan anak.
- Jika anak masih sangat muda, mereka tak tahu akan arti stigma dan diskriminasi yang disebabkan oleh HIV/AIDS.
- Keadaan sebenarnya akan tidak terlalu menakutkan daripada jika tidak tahu sama sekali. Kadang-kadang jika anak tidak diberitahu, dia akan senantiasa menduga-duga ketika orang disepulturnya membicarakan dirinya atau memperlakukannya dengan cara yang berbeda daripada anak lain di rumah. Anak akan mempunyai mekanisme diri untuk menghadapi kabar yang rumit dan pemberitahuan yang tidak benar. Menghindar dari pemberitahuan status HIV anak dalam keluarga akan mudah bagi orangtua untuk menghadapi, tetapi akan membangkitkan pelbagai perasaan seperti cemas, bersalah, dan marah pada anak. Jika anak tidak dapat membicarakan ketakutannya, akan berakibat lebih menimbulkan masalah.
- Jika anak telah remaja atau berumur sekitar 13-18 tahun, ketika ia secara seksual sudah aktif, mereka memerlukan pengetahuan dan ketrampilan untuk bertanggung jawab akan seks aman.

Ketika menyampaikan informasi kepada anak :

- Gunakan bahasa dan konsep yang sesuai dengan pemahaman pada umurnya.
- Pertama tanyakan apa yang mereka pikirkan dan diskusikan apa yang mereka ketahui tentang HIV/AIDS.
- Gunakan kata-kata dan gambar untuk menjelaskannya

- Bicarakan langsung dan gunakan bahasa yang mereka pahami.
- Tanyakan apakah masih ada hal-hal yang belum jelas atau belum dimengerti, atau mereka ingin mengajukan pertanyaan
- Minta mereka menggambarkan tentang diri dan perasaannya, melalui kegiatan menggambar. Gambar akan membantu terapis untuk memperoleh kerangka pikir dan reaksi mereka. Bicarakan perasaan anak kepada keluarga, sehingga keluarga dapat mendukung dan memahami apa yang terjadi. Banyak yang dapat kita pelajari dari anak dengan mendengarkan ceritanya dan melihat gambar yang mereka goreskan.

Rujukan

¹ UNICEF, UNAIDS and WHO (2002), *Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis*, p. 6

² UNAIDS (June 2000), *Report on the Global AIDS Epidemic*

³ UNICEF, UNAIDS and WHO (2002), *Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis*, p. 11

⁴ UNICEF, UNAIDS and WHO (2002), *Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis*, p. 6

⁵ UNAIDS (1999), *HIV/AIDS: Emerging Issues and Challenges for Women, Young People and Infants*, Second Edition, UNAIDS/99.2; Geneva, p. 13

⁶ Boswell D., and Baggeley R., (June 2002) *Voluntary Counseling and Testing and Young People*, Family Health International, p. 3

⁷ Boswell D., and Baggeley R., p. 5

⁸ Boswell D., and Baggeley R., p. 7

⁹ Personal communication with UNICEF Officer, Carl G., May 2003

¹⁰ Personal communication with UNICEF officer, Carl G., May 2003

¹¹ Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, *Reaching Youth at Special Risk*, Maryland, p. 2

¹² Boswell D., and Baggeley R., p. 21

¹³ Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, *Youth Friendly Voluntary Counselling, Testing and Referral*, p. 1

¹⁴ Bor R., Miller R., and Goldman E., (1993), *Theory and Practice of HIV Counselling: A Systemic Approach*, MacLennan and Petty; Sydney, p. 126

¹⁵ WHO (2002), *Prevention of HIV in Infants and Young Children: Review of Evidence and WHO's Activities*, WHO/HIV/2002.08

Intervensi VCT pada Sasaran - MSM (Homoseksual)

MODUL 3
Sub Modul 4
TARGET INTERVENSI VCT

MODUL 3
Sub modul 4
Intervensi VCT Bersasaran – Laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki (MSM)

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Mengadaptasi VCT sesuai kebutuhan yang spesifik laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (**MSM= Man seks with man**)
 - Lakukan VCT untuk dapat menyaring MSM
 - Mengidentifikasi strategi VCT dan strategi pengganti untuk menurunkan penularan HIV yang spesifik terhadap risiko kehidupan MSM
 - Telusurilah strategi untuk meningkatkan hubungan VCT dengan MSM
-

Waktu yang dibutuhkan

1 jam 30 menit

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (**PPT21**)
 - Naskah (**HO20**)
 - Kotak pelatihan
 - Kotak tempat mengumpulkan formulir evaluasi
-

Isi

- Definisi
 - Mengapa VCT dilakukan pada MSM ?
 - Bagaimana menyesuaikan VCT untuk mengetahui keinginan MSM ?
 - Strategi pengganti untuk menurunkan risiko penularan HIV yang spesifik dengan kebiasaan dari pria yang melakukan hubungan seksual dengan sesama jenis
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. **Kegiatan:** Setuju atau tidak setuju
 - Saudara membutuhkan suatu tempat yang cukup luas sehingga bila memungkinkan pindahkanlah meja dan kursi agar tidak menghalangi. Jika tidak ada ruangan yang cukup saudara dapat melakukan di luar ruangan
 - Kumpulkan seluruh kelompok dan jelaskan kegiatan ini kepada mereka. Saudara telah membaca beberapa pernyataan yang berhubungan dengan MSM dan jika mereka setuju dengan pernyataan tersebut, maka mereka harus menuju salah satu ruangan dan jika tidak setuju maka mereka harus menuju ruangan lainnya.
 - Pada akhirnya seluruh peserta pelatihan akan diminta alasannya oleh pelatih mengapa mereka berpendapat setuju atau tidak setuju.
 - Beberapa pernyataan yang disampaikan tetapi saudara mengharapkan perubahan pada diri saudara, seperti:
 - i. Berhubungan seksual dengan sesama laki-laki adalah salah
 - ii. Konselor tidak seharusnya menanyakan klien apakah ia pernah berhubungan seksual dengan sesama laki-laki
 - iii. Organisasi kesehatan seharusnya mendukung pelayanan bagi MSM
 - iv. Didalam komunitas mereka tidak ada MSM

- Pernyataan yang saudara pilih untuk dibacakan merupakan interpretasi dari kelompok saudara dan penilaian mereka seputar masalah MSM. Saudara menginginkan para peserta untuk menganggap dirinya seperti mereka pada permainan ini, sehingga saudara bisa mendapatkan tanggapan yang bervariasi dan setiap orang merasa memiliki opini mereka yang sebenarnya.
- 2. Menyampaikan materi dengan tayangan PowerPoint (**PPT21**)
- 3. Menanyakan pada kelompok jika mereka mempunyai pertanyaan dan mengingatkan mereka tentang kotak pertanyaan.
- 4. Meminta para peserta untuk melengkapi formulir evaluasi dan meletakkannya di tempat pengumpulan formulir evaluasi.

Perpustakaan BNN

Target Intervensi VCT

Men who have Sex with Men (MSM)

=Laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki

Module 3 Sub module 4 / PPT21



Tujuan

- Mengadaptasi layanan VCT pada kelompok dengan kebutuhan khusus *Men who have Sex with Men (MSM)* = laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki.
- Menggali hambatan menjangkau layanan VCT untuk MSM.
- Menjabarkan strategi layanan VCT & mengukurnya guna menurunkan penyebaran spesifik HIV karena perilaku berisiko MSM.
- Menggali strategi agar mempermudah akses VCT untuk MSM.



Pertimbangan Khusus

- MSM bukan kelompok homogen.
- MSM yang dilakukan oleh mereka yang mengidentifikasi diri sebagai hetero seksual merasa tak masuk dalam kelompok homoseksual.
- PSK MSM mempunyai sekumpulan kebutuhan khusus



Definisi – MSM

MSM termasuk:

Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki.

Lelaki berhubungan seks dengan lelaki, tetapi lebih sering berhubungan seks dengan perempuan.

Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki dan perempuan tanpa memandang yang mana lebih utama.

Lelaki berhubungan seks dengan lelaki untuk mendapat uang



MSM mungkin :

- Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki karena terdesak, tak ada akses ke perempuan
- Lelaki yang memasukkan penisnya ke anal pasangan seksnya.
- Lelaki yang anusnya menerima penis pasangan seksnya.
- Lelaki penerima(*receptive*) dan lelaki yang memasukkan penisnya (*insertive*).
- Lelaki yang tak melakukan anal seks, tetapi aktivitas lain, seperti oral & masturbasi mutualistik.



Mengapa dilakukan VCT untuk MSM?

- Tingginya infeksi diantara MSM (di negara yang mempunyai data)
- Aktivitas MSM ada di masyarakat.
- Program yang ada menyangkal risiko potensial untuk MSM.
- MSM mungkin memiliki pasangan seks perempuan , yg memerlukan perlindungan dari HIV, ketika melakukannya melakukan hubungan seks anal tanpa kondom.



Hambatan ke program MSM

- Stigmatisasi atau kriminalisasi tindakan seks sesama jenis.
- Informasi epidemiologinya kurang dapat dipercaya.
- Kesulitan menjangkau MSM.
- Layanan kesehatan kepada MSM tak memadai.
- Kurangnya minat layanan donor atau pemerintah untuk MSM...
- Kurangnya perhatian dalam program nasional AIDS.

Hambatan VCT ke MSM

MSM sering merasa tidak nyaman berhadapan dengan pelayanan kesehatan umum.

Dokter miskin pengetahuan praktik seks.

Dokter sering mengabaikan dan stereotipik.

Klien takut melapor.

- Hukum anti-seduksi menjangkau MSM

- Pemantau tak razia sehingga relasi tidak dipantau/ditangkap

Dokter seringkali tak memperhatikan isu psikoseksual

Faktor Psikologi

- Orientasi seksual vs. perilaku & identitas.
- Isu-isu yang bermunculan.
- Berkaitan dengan pasangan perempuan.
- Miskinnya model peran untuk hubungan sejenis.

Akses Strategies ke MSM

- Program penjangkauan.
- Edukasi sebaya.
- Promosi penggunaan kondom berkualitas tinggi dan lubrikan berbasis air.
- Edukasi pekerja kesehatan.
- Konseling melalui telepon.
- Bahan KIE.

Strategi konseling dukungan untuk MSM:

- Melakukan asesmen perilaku seksual dan risikonya.
- Mengungkap status HIV ke pasangan seksual reguleranya.
- Mengungkap status ke pasangan lelakinya (kontak seksual kasual).
- Disfungsi seksual organik berkaitan dengan HIV.
 - Implikasi pengurangan penyebaran.
 - Disfungsi ereksi & ejakulasi terhambat

Strategi konseling dukungan ke MSM :

- Menjamin kerahasiaan dan anonimitas.
- Model pengurangan dampak buruk.
- Promosi alternatif ke seks penetratif dikala kondom tak tersedia.
- Erotisasi seks aman.

Layanan MSM Bersahabat

- Anonimus dan rahasia.
- Petugas tak menghakimi.
- Menyediakan materi informasi yang dibutuhkan dalam KIE dan mudah diakses.
- Kondom murah atau gratis , juga tes HIV/PMS.
- Masa layanan sesuai kebutuhan
- Lokasi mudah dijangkau.

PT Foundation Malaysia

- Menyediakan layanan untuk MSM dari berbagai latar belakang budaya (sejak 1987).
- Layanannya termasuk :
 - Penjangkauan edukasi
 - Konseling Telepon dan rujukan.
 - Membangun aktivitas masyarakat dengan fungsi sosial dan edukasi

Aktivitas

Modul 3
Sub modul 3

Intervensi VCT Bersasaran– Laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki

Tujuan

Peserta latihan mampu:

- Memahami perlunya VCT untuk menjawab kebutuhan khusus laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki (*Men who have Sex with Men =MSM*)
- Menggali hambatan VCT untuk MSM
- Mengenali strategi VCT dan pelengkapannya guna menurunkan penularan HIV spesifik pada MSM
- Menggali strategi meningkatkan akses VCT ke MSM

Definisi

Istilah laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki (MSM) mempunyai arti luas, meliputi pelbagai macam kelompok dan sub kelompok laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki , yang pada dasarnya dari kelompok yang berbeda-beda. MSM, sebagian berasal dari kultur Barat untuk menggambarkan dan/atau menjadikannya istilah ketika terjadi aktivitas seksual diantara kaum laki-laki misal 'gay', 'homosexual'. Dengan munculnya budaya 'gay 'di dunia Barat pada abad ke 20 menimbulkan pemikiran bahwa mereka digolongkan dalam kelompok 'gay' (homosexual) atau 'straight' (heterosexual). Mungkin ini benar pada beberapa orang di sebagian belahan dunia , tetapi pada kebanyakan kaum laki-laki , melakukan hubungan seks dengan laki-laki adalah bagian dari kehidupan seksualnya dan tidak menuju kepada identitas seksual atau sosial. Sebagai contoh, kata homoseksual, pada pengertian dunia Barat, tidak langsung setara dengan bahasa yang digunakan oleh masyarakat Indian, meski hubungan laki-laki secara seksual dengan laki-laki ada dalam catatan sejarah.¹

Yang dimaksud dengan MSM adalah seperti dibawah ini:

- Laki-laki yang senantiasa berhubungan seks dengan laki-laki
- Laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki , tetapi sebagian besar hidupnya ia berhubungan seks dengan perempuan
- Laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki , juga dengan perempuan, tanpa suatu preferensi khusus
- Laki-laki berhubungan dengan laki-laki dengan tujuan mendapatkan uang, atau karena tak ada perempuan yang dapat ditemui, misal di penjara, medan perang

Dalam kelompok ini masih ada sub kelompok, seperti peran yang berbeda dalam aktivitas seksual, yakni:

- Laki-laki yang senantiasa berlaku memasukkan (insertif) penisnya ke dalam anal pasangan seksnya.
- Laki-laki yang senantiasa berlaku menerima pemasukan (reseptif) penis pasangannya kedalam anusya
- Laki-laki tak melakukan anal seks tetapi saling melakukan oral dan masturbasi (timbal balik melakukan seks oral dan masturbasi)
- Laki-laki yang melakukan peran dan aktivitas berbeda pada masa yang berbeda dalam hidupnya

Beberapa MSM terlihat jelas kiprahnya di masyarakat dan termasuk didalamnya laki-laki berpakaian perempuan, atau berdandan dengan dandanan perempuan. Banyak MSM yang tidak terlihat jelas dari luar, sama sekali tak berbeda dengan laki-laki lainnya. Homoseksual seringkali tak menampakkan cirinya dari luar. Kenyataannya laki-laki melakukan seks dengan laki-laki ada di masyarakat manapun. Masyarakat sendiri sering menyangkal keberadaan mereka di lingkungannya

Komunitas MSM dan perilakunya sangat berbeda strukturnya di setiap negara, atau berbeda di wilayah dalam satu negara. Terdapat perbedaan antara masyarakat kota dan desa, juga antar lapisan masyarakat.

Mengapa VCT dilaksanakan pada MSM ?

Pada sebagian belahan dunia, MSM masuk dalam epidemi HIV dengan proporsi berbeda-beda. Di negara dimana informasi mudah diakses, dilaporkan bahwa HIV dikalangan MSM lebih tinggi daripada HIV pada masyarakat umum. Beraktivitas seks dengan banyak orang, anal seks tanpa pelindung, dan terselubungnya aktivitas seksual MSM dalam banyak masyarakat memberi kontribusi prevalensi HIV diantara MSM.² Banyak negara yang tak memiliki data atau sedikit memiliki data penularan HIV dalam hubungan seks hetero atau homo. Kebanyakan orang berasumsi dimana ada HIV, disitu ada hubungan seks heteroseksual. Kebanyakan kasus, jika lelaki ditanya bagaimana mereka dapat tertular HIV, mereka akan menjawab melalui hubungan heteroseksual, karena diskriminasi masyarakat akan homoseksual.

Pada banyak negara, represi MSM mempunyai riwayat berkaitan dengan hukum yang dipublikasi di abad 19 dan 20 oleh para penjajah, termasuk aturan hukum represi lainnya seperti represi politik, kepercayaan fundamentalis. Namun ketika kita boleh membalik dokumen dalam masyarakat, ternyata terlihat cerita MSM sudah terjadi berabad lalu. Kini meski ada penyangkalan akan kehadiran mereka, kewaspadaan sudah harus ditanamkan mengingat kurangnya prevensi dan layanan MSM. Pengakuan akan adanya MSM, akan membuka jalan menuju kepada keterbukaan mereka, jika ditutup maka pintu prevensi dan intervensi lainnya pun sukar dibuka.³

Mengembangkan dan menerapkan intervensi untuk populasi MSM mungkin tidak mudah, karena definisi dan persepsi belum sama akan gender, peran seksual, stigma, homophobia, dan homophobia dalam diri yang tak terungkap. Karena pilihan, preferensi atau tekanan sosial, banyak MSM dan pasangan laki-laki serta perempuan, meningkatkan risiko HIV kepada pasangan seksualnya dan menurunkan keterbukaan identifikasi mereka sebagai pelaku MSM.⁴

MSM yang beraktivitas seksual dengan laki-laki lain untuk alasan uang atau kesenangan, sangat rentan terhadap penularan HIV. Di Thailand besarnya insiden HIV diantara pekerja seks laki-laki mendekati 14%. Sebagai tambahan, pekerja seks laki-laki di Thailand punya pasangan tetap atau sementara, gratis maupun bayaran, laki-laki dan perempuan, orang setempat maupun asing. Juga mobilitas pekerja seks maupun pasangannya cepat di segala lapisan. Beberapa laki-laki secara berkala keluar dan masuk jadi pekerja seks, tak jarang pulang kampung sebagai petani dan menuai ketika musim panen tiba.⁵

Hambatan program MSM

Serupa dengan penyangkalan akan adanya MSM, maka layanan terhadap mereka juga terselubung dengan alasan sebagai berikut :

- Stigmatisasi atau kriminalisasi

- Informasi epidemiologi tak ada data yang dapat diandalkan
- Sulit menjangkau MSM
- Layanan kesehatan tak cukup atau tak memadai
- Kurangnya perhatian donor dana atau pemerintah dalam memberi layanan MSM
- Kurangnya perhatian dari program nasional AIDS⁶
- Ketakutan diungkapkan kepada keluarga atau teman kalau mereka dikatakan sebagai MSM, ketakutan dikucilkan dan ditinggalkan tanpa kemampuan ketrampilan negosiasi seks aman.

Hambatan VCT pada MSM

- Konselor seringkali tak menyadari isu psikososial berkaitan dengan MSM
- Petugas kesehatan dan konselor juga sering menyangkal eksistensi MSM atau memegang keyakinan bahwa MSM adalah mereka yang transvestisme atau transseksual
- Sikap sungkan dan malu dari konselor untuk membicarakan aktivitas seksual MSM atau aktivitas seksual pada umumnya
- Kurangnya pengetahuan tentang praktek seksual MSM
- Konselor tak setuju dengan aktivitas MSM dan merefleksikan penolakan dalam moralitas dan religi.
- Konselor menginternalisasi homophobia yang mungkin ia sendiri MSM
- Kurangnya materi komunikasi-informasi-edukasi mengenai HIV dan MSM bagi konselor untuk dibagikan kepada klien.
- Asing dengan istilah 'gaul' atau bahasa informal yang digunakan kalangan MSM

Strategi melakukan akses ke MSM

MSM bukanlah kelompok homogen. Kalau tak berteman atau mempunyai kaitan, sukar mengakses mereka. Untuk semua MSM perlu disediakan layanan HIV/AIDS-IMS yang bersahabat, cukup tersedia informasi akurat tentang transmisi dan pencegahan. Karena banyak layanan kesehatan yang belum dapat menerima kasus MSM, maka perlu dilakukan reorientasi layanan kesehatan sehingga dapat menerima MSM. Beberapa dari penyesuaian dilakukan secara bertahap, mulai dari pengenalan melalui poster laki-laki yang menarik ditempel di dinding ruang tunggu dan di ruang konseling. Strategi lain adalah:

- Program penjangkauan oleh petugas kesehatan atau sosial, relawan atau profesional ke tempat yang sesuai seperti disko, pertokoan/mal, taman dimana MSM sering berkumpul.
- Edukasi sebaya diantara MSM – pelatihan MSM untuk edukasi sebaya.
- Promosi kondom berkualitas tinggi dan dengan pelumasan berbasis air, dan memastikan kesinambungan ketersediaan.
- Edukasi untuk petugas dari layanan kesehatan lainnya untuk meningkatkan pengetahuan dan mengurangi kecurigaan terhadap MSM
- Advokasi untuk masalah legal MSM
- Konseling telepon anonim dan saran agar MSM tertarik menggunakan layanan yang tersedia dan tes. Juga dapat memberikan saran rujukan dan dukungan yang sesuai melalui telepon.
- Menyediakan bahan KIE dan seks aman untuk MSM

Beberapa MSM dapat mudah diakses, terutama ditempat budaya yang dapat menerima mereka di masyarakat. Misal di Filipina, banyak MSM bekerja di salon kecantikan – namun pasangan dari mereka berada dibalik layar tak dapat dikenali sehingga sukar terjangkau edukasi.

Beberapa MSM dapat dijangkau melalui pasangan perempuannya yang datang untuk layanan ante natal. Dengan dasar ini, kepada mereka kita meminita membawa pasangannya kontrol di layanan VCT.

Strategi mengakses MSM di Thailand

The Rainbow Sky Organization Thailand merupakan organisasi yang relatif baru diantara layanan HIV/AIDS di Thailand. Rainbow Sky berbasis komunitas yang bekerja untuk prevensi HIV/AIDS dan IMS untuk MSM. Diawali dengan penjangkauan MSM oleh edukator sebaya ke bar, karaoke, sauna, diskotik, taman-taman kota dan tempat lain dimana lakio-laki berkencan dengan laki-laki. Petugas penjangkauan mendapat kesempatan mempromosikan layanan VCT secara bersahabat pada MSM. Kartu informasi yang berisi informasi alamat layanan dan konselor terlatih yang dapat dihubungi, senantiasa dibawa oleh petugas penjangkauan. Tak jarang konselor berjalan menemani petugas penjangkauan untuk meningkatkan rasa percaya MSM karena telah tatap muka dengan konselor.

The Rainbow Sky Organisation juga menjadi anggota dari *The Social Welfare Unit of Chulalongkorn Hospital, Thai Red Cross Society*. Melalui hubungan ini, layanan konseling telepon *hotline* terjalin antara petugas lapangan dan relawan di Unit kesejahteraan rumah sakit tersebut.

The Rainbow Sky Organisation berbasis di Bangkok, dan dalam proses perluasan ke seluruh propinsi di Thailand.

Layanan VCT untuk MSM

Pada awalnya, VCT digunakan sebagai sarana untuk memahami adanya aktivitas MSM dan membuat protokol yang sesuai. Protokol ini akan dapat sejalan dengan aspek lain dari layanan VCT yang baik. Layanan VCT untuk MSM seharusnya:

- Memahami berbagai perilaku seksual MSM dan kompleksitas relasi dengan pasangan umum dan pasangan khususnya. (terutama jika terdapat kedua jenis pasangan laki-laki dan perempuan)
- Melaksanakan penilaian risiko seksual untuk HIV dan IMS dengan daftar periksa yang sesuai termasuk perilaku seksual yang mungkin dilakukan.
- Mengembangkan strategi klien untuk mengungkapkan status HIV nya baik kepada pasangan laki-laki dan perempuannya.
- Menjawab isu disfungsi seksual yang mungkin muncul dari identitas dan/atau status HIV (+). Ini akan membuat kesulitan untuk masuk dalam aktivitas seks aman.
- Menjawab isu yang berkaitan dengan keterbukaan mereka akan preferensi seksualnya sebagai MSM kepada keluarga atau kawan (untuk beberapa tempat bukan merupakan isu, karena sesuai dengan budaya, nilai individu dan keluarga)
- Mempromosikan penggunaan kondom untuk seks aman

- Mempromosikan aktivitas seksual non penetratif ketika kondom tidak dalam jangkauan atau sebagai alternatif seks penetratif.
- Mengutarakan dan menyediakan informasi tentang transmisi HIV dengan faktor risiko yang terkait dengan MSM dan seks anal.

Elemen layanan MSM bersahabat

- Anonimus
- Menjaga kerahasiaan
- Petugas tidak melakukan pendekatan menghakimi atas perilaku klien- artinya seluruh petugas dari petugas penerima, perawat, konselor dan dokter .
- Menyediakan materi edukasi yang sesuai di ruang tunggu , konseling dan dokter
- Jam buka layanan sesuai dengan waktu mereka dapat menjangkau, lewat tengah malam atau hari libur
- Berlokasi di area terjangkau seperti dekat dengan tempat mereka saling bertemu atau tempat mereka melaksanakan hubungan seks.
- Menyediakan layanan HIV dan IMS terjangkau
- Menyediakan kondom dan lubrikan berbasis air yang terjangkau

Program HIV/AIDS bagi MSM di Malaysia

The PT Foundation (dulu namanya *Pink Triangle Malaysia*) didirikan di Kuala Lumpur pada 1987 memberikan lingkungan yang mendukung bagi gay dan biseksual laki-laki , lesbian dan biseksual perempuan . Didirikan guna melakukan layanan ketika HIV/AIDS muncul dan kemudian membangun jejaring layanan di komunitas, beberapa didukung donor internasional. Inisiatif ini termasuk layanan konseling telpon anonim dan penjangkauan MSM oleh edukator sebaya di mal, disko, dan tempat pertemuan mereka. Petugas penjangkauan dapat mempromosikan layanan konseling telpon dengan cara memberikan kartu bemonor telpon kepada mereka. Konseling dilakukan oleh relawan terlatih dalam latihan 8 minggu yang dilakukan oleh organisasi dan petugas kesehatan .

PT tak pernah memproklamirkan diri sebagai organisasi gay, terutama saat baru didirikan, karena akan memicu kehebohan di media mengingat masalah MSM sangat sensitif di Malaysia (mereka yang melakukan sodomi dapat dihukum sampai 20 tahun). Dengan memfokuskan diri pada pencegahan HIV/AIDS dan memasukkan program MSM kedalamnya, kemudian perlahan merebut kepercayaan publik dan media, sekarang merupakan organisasi yang dihormati di masyarakat dan merupakan bagian integral dari gerakan penanggiulangan HIV/AIDS di Malaysia.

Rujukan

- ¹ Shivanandra Khan (1996) "Bisexualities and AIDS in India", *Bisexualities and AIDS International Perspectives*, ed Peter Aggelton, Taylor and Francis: London, p 163
- ² Family Health International (2002), *HIV/AIDS Interventions With Men Who Have Sex With Men (MSM)*
<http://www.fhi.org/en/aids/impact/briefs/msm.htm>
- ³ Family Health International (2002), *HIV/AIDS Interventions With Men Who Have Sex With Men (MSM)*
<http://www.fhi.org/en/aids/impact/briefs/msm.htm>
- ⁴ UNAIDS (2000) *AIDS and men who have sex with men, Technical Update*, Geneva: UNAIDS
- ⁵ Malcolm McCamish, Graeme Storer, Greg Carl. 'Refocusing HIV/AIDS interventions in Thailand: the case for male sex workers and other homosexually active men'. *Culture, Health and Sexuality*, Vol 2 No 2 April-June 2000.
- ⁶ UNAIDS (2000)

Perpustakaan BNN

Pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PMTCT)

MODUL 3
Sub Modul 5
TARGET INTERVENSI VCT

MODUL 3
Sub modul 5
Pencegahan Penularan Dari Ibu Ke Anak

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Membahas data epidemiologi terkait dengan pencegahan penularan dari ibu ke anak.
 - Membahas cara pencegahan penularan dari ibu ke anak
 - Membahas mengenai pentingnya VCT dalam program pencegahan penularan dari ibu ke anak
 - Mengidentifikasi konsep dan ketrampilan yang diperlukan untuk melakukan konseling kepada perempuan dan pasangannya dalam rangka pencegahan penularan dari ibu ke anak
 - Mendiskusikan cara untuk mengurangi hal-hal yang berkaitan dengan kekerasan
 - Menjelaskan hubungan erat antara konseling perihai penularan dari ibu ke anak dengan program kesehatan ibu dan anak
-

Waktu yang dibutuhkan

2 jam

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT22)
 - Lembar kegiatan (studi kasus) (AS20)
 - Naskah (HO21)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak tempat mengumpulkan formulir evaluasi
-

Isi

- Epidemiologi penularan HIV dari ibu ke anak
 - Upaya mengurangi penularan penyakit dari ibu ke anak
 - Keuntungan dan kerugian VCT bagi calon orang tua
 - Memperluas ruang lingkup VCT dalam program kesehatan hidup ibu dan anak
 - Dampak psikososial HIV bagi wanita
 - Konsep penting dan peranan konselor dalam pencegahan penularan ibu dan anak
 - Pelayanan VCT sebagai salah satu usaha pencegahan penularan ibu dan anak
 - Perlunya VCT dalam program pencegahan penularan dari ibu ke anak
 - Hubungan antara VCT dengan program kesehatan ibu dan anak
 - Upaya menurunkan hal-hal yang terkait dengan kekerasan
 - Bekerja sama dengan para pasangan
 - Etik dan legalitas VCT dalam program pencegahan penularan dari ibu ke anak
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Menyampaikan materi dengan menggunakan tayangan PowerPoint (PPT22).
 - Mengulas kembali tujuan dengan menampilkan tayangan # 2 (2 menit)
2. Mengulas kembali profil epidemiologi penularan HIV terhadap bayi baru lahir dan usaha-usaha pencegahannya
 - Menerangkan dengan menggunakan tayangan PowerPoint # 2 - #20 (18 tayangan; tayangan #14 dan 15 dapat dilewatkan) (15 menit)

3. Mengulas kembali ruang lingkup VCT dalam program kesehatan ibu dan anak. Pelati menjelaskan manfaat VCT pada ibu hamil dalam menyokong program pencegahan penyakit
 - Melakukan diskusi terbuka dengan menggunakan tayangan PowerPoint #21 - #25 (5 tayangan) (5 menit)
4. Menjelaskan dampak psikososial HIV pada wanita hamil
 - Menerangkan menggunakan tayangan PowerPoint slide #26 - #30 (5 tayangan) (10 menit)
5. Menjelaskan peran penting konselor dalam mencegah penularan penyakit dari ibu ke anak
 - Menerangkan dengan menggunakan tayangan PowerPoint #31 - #33 (3 tayangan) (5 minutes)
6. Konseling sebelum dan sesudah tes HIV
 - Menerangkan dengan menggunakan tayangan PowerPoint # 34 - #38 (5 tayangan) (10 menit)
7. Pemaparan
 - Menjelaskan dengan menggunakan tayangan PowerPoint #39 - #44 (6 tayangan) (10 menit)
8. **Kegiatan: Studi kasus (AS20)**
 - Membagi peserta dalam 2 kelompok. Lembar kegiatan (AS20).
 - Penilaian umum : membahas usaha-usaha dan pendekatan-pendekatan dalam melakukan pencegahan penularan penyakit dari ibu ke anak
 - Penilaian kelompok (20 menit)
 - Pelatih menerangkan mengenai penilaian kelompok dan memulai diskusi mengenai penilaian kelompok (1 atau 2 pelatih perkelompok)
 - Meminta masing-masing kelompok untuk menyiapkan presentasi (masing-masing 10 menit)
 - Pelatih menyimpulkan hal-hal penting dan usaha-usaha yang harus dilaksanakan (10 menit)
9. Menjelaskan cara kerja layanan VCT untuk program pencegahan penularan dari ibu ke anak. Mengulas kembali hal-hal yang dipelajari dari yang dilaksanakan program pencegahan penularan penyakit dari ibu ke anak di Thailand
 - Menerangkan dengan menggunakan tayangan PowerPoint #48 - 56 (9 tayangan) (10 menit)
 - KesimpulanPelatih menyimpulkan dari seluruh diskusi termasuk hal yang diperlukan untuk pelatihan selanjutnya
 - Menerangkan dengan menggunakan tayangan PowerPoint #57 (1 slide) (3 menit)
10. Menanyakan kelompok apakah mereka masih mempunyai pertanyaan dan mengingatkan mereka mengenai kotak pertanyaan
11. Meminta peserta akan melengkapi lembar penilaian yang kemudian dikumpulkan pada kotak penilaian

Studi kasus 1

Minggu lalu dokter memberitahukan bahwa ia telah hamil enam minggu. Ketika ia memberitahukan suaminya tentang kehamilannya, suaminya berkata ia positif HIV. Ia menutupinya ketika ia sakit dan harus masuk rumah sakit. Atas alasan tersebut, maka istrinya melakukan tes HIV. Ia sangat sedih dengan situasi yang tidak terduga ini. Ia marah dengan suaminya dan khawatir dengan dirinya sendiri dan dengan bayi yang dikandungnya. Suaminya berkata bahwa ia pernah menemui pekerja seks. Istrinya ingat bahwa ia ia tidak memakai pelindung ketika berhubungan dengan suaminya dua minggu yang lalu. Ia mempunyai teman dekat yang menjadi teman tempat menceritakan masalahnya. Ia menceritakan bahwa ia takut untuk menceritakan hal ini kepada keluarganya karena khawatir akan mengecewakan mereka. Ia memberitahukan tidak ada masa lalu yang sulit secara psikologik

Case study 2

Minggu lalu dokter memberitahukan bahwa ia telah hamil enam minggu. Ketika ia memberitahukan suaminya tentang kehamilannya, suaminya berkata ia positif HIV. Ia menutupinya ketika ia sakit dan harus masuk rumah sakit. Atas alasan tersebut, maka istrinya melakukan tes HIV. Ia sangat sedih dengan situasi yang tidak terduga ini. Ia marah dengan suaminya dan khawatir dengan dirinya sendiri dan dengan bayi yang dikandungnya. Suaminya berkata bahwa ia pernah menemui pekerja seks. Istrinya ingat bahwa ia ia tidak memakai pelindung ketika berhubungan dengan suaminya dua minggu yang lalu. Ia mempunyai teman dekat yang menjadi teman tempat menceritakan masalahnya. Ia menceritakan bahwa ia takut untuk menceritakan hal ini kepada keluarganya karena khawatir akan mengecewakan mereka. Ia memberitahukan tidak ada masa lalu yang sulit secara psikologik

Perpustakaan BNN

VCT & Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) Prevensi Penularan ibu-anak

Module 3 Sub module 5 / PPT22



Tujuan

- Memahami data epidemiologi yang berkaitan dengan PMTCT.
- Memahami strategi masa kini dalam menghadapi PMTCT.
- Memahami pentingnya VCT baik individu yang sedang hamil maupun keuangannya.
- Mengenali konsep dan mempunyai ketrampilan konseling efektif dalam PMTCT.
- Memahami peran dan tugas konselor HIV.
- Memahami integrasi VCT dalam sistem KIA yang ada dan bertukar pengalaman dengan peserta lain.



Magnitude of PMTCT Challenge in Asia



India	500,000
China	70,000
Myanmar	23,000
Thailand	18,000
Cambodia	9,000
Malaysia	1,700
Laos	800
Vietnam	600

HIV Research
Data source: Derived from UNAIDS 2002 Country Reports



Risiko perkiraan & Waktu Penularan ibu-anak

Selama kehamilan		Partus		Post partum sampai laktasi	
0-14 mg	14-26mg	26 mg-lahir	Proses lahir	0-6 bln	6-24 bln
1%	4%	12%	8%	7%	3%
Keseluruhan tanpa menyusui					20-25 %
Keseluruhan dg menyusui sp 6					25-30 %
Keseluruhan dg menyusui sp 18-24 bulan					30-35 %

Source: Bracha MP, et al. JAMA. 1996;276:261-267. Kulkarni et al. JAMA. 1997;277:1004-1007.



Mengapa PMTCT menjadi fokus

1. MTCT mengancam kesehatan anak.
2. Penularan dapat dicegah.
3. Pencegahan penularan ibu-anak membantu lebih dari anak itu sendiri.



"...Pada th 2005, menurunkan jumlah anak terinfeksi HIV sebanyak 20% dan pada 2010 sebanyak 50%, dg memajukan bahwa 80% ibu hamil mendapat ANC serta informasi tlg HIV, konseling dan layanan prevensi HIV tersedia bagi mereka, tingkatkan ketersediaan dan akses untuk layanan perempuan juga, termasuk VCT, akses ke tes dan terapi, terutama ARV, subsidi ASI dan layanan kesehatan lanjutan"

UNAIDS HIV/AIDS Declaration of Commitment
June 2001



UNAIDS/WHO 4 Prong Strategy for Prevention of Mother-To-Child Transmission

- Cegah infeksi HIV
- Cegah kehamilan takdikehendaki
- Cegah penularan ibu-anak
- Sediakan layanan rawat & dukungan (MTCT-Plus)

Perempuan terinfeksi HIV

Prong III: Cegah penularan perinatal pada perempuan terinfeksi HIV (1)

- Pastikan perempuan dengan HIV (+) mempunyai akses ke sistem layanan ANC dan PMTCT.
- Penyediaan obat antiretroviral kepada perempuan terinfeksi HIV dan bayi mereka dengan konseling dan dukungan kepatuhan herobot.
- Praktek proses melahirkan aman.
- Konseling dan dukungan pemberian makanan bayi yang aman.

Prophylaxis ARV di PMTCT Prong III: Cegah penularan perinatal pada perempuan terinfeksi HIV

Mengapa

ARV? Mengurangi konsentrasi virus HIV di cairan, jaringan, dan air susu ibu.

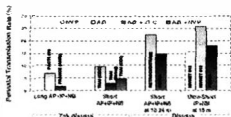
Kurangi paparan bayi/anak pada virus HIV ibu yang sangat menular dalam rahim, intrapartum dan post partum

Uji coba PMTCT International

Resimen ARV

Untuk Negara dengan keterbatasan sumber layanan PMTCT

Resimen satu dasar vs Kombinasi dua jangka pendek (Short-course Dual Combination)



Isu Praktis dan Etis (1)

Zidovudine (AZT)

- Dosis tinggi versus dosis tunggal pil nevirapine.
- Pil diminum di rumah versus telan serkalisehan di tempat/rumah atau dibawah pengawasan langsung petugas kesehatan.
- Minum pil multipel mengganggu, sehingga kepatuhan berobat menurun, juga terlihat orang lain → IMSgna, penjumlahan sakit.

Nevirapine (NVP)

- Untuk mereka yang resisten sesudah dosis tunggal.
- Ketika perempuan tidak menerima ARV dan risiko transmisi tinggi, maka pertimbangkan antara risiko dan resisten.
- Ketika perempuan menerima terapi standar (biasanya kombinasi ARV), anak menerima AZT 6 minggu, dan dimungkinkan effective C/S, keuntungan menambatkan NVP nampaknya terbatas, dan tidak seimbang antara risiko dan resisten yg diinduksi NVP.

WHO tidak mendukung strategi, dg alasan :

- Perubahan perilaku seksual jangka panjang difasilitasi oleh pengetahuan.
- Melindungi perempuan untuk dapat memutuskan pilihan pemberian makanan bayi.
- Mayoritas resipien menerima obat tak pada tempatnya.

WHO tidak mendukung strategi, dg alasan: (lanjutan)

- Perempuan yang salah percaya akan NVP akan menolak NVP yang disediakan.
- Efektivitas NVP tergantung waktu memulai dosis, mis, jika diberikan 1 jam sebelum partus tak efektif.

Partus aman Prong III: Pencegahan penularan HIV Perinatai pada odha perempuan

Manajemen obstetrik selama partus :

Hindari membran ruptur berlama-lama.

Sectio cesarean terencana - hanya bila aman dan sanggup.

Hindari **artificial ROM, episiotomy, scalp electrodes.**

M3enurunkan pajanan pada bayi : bersihkan dg lembut atau mandi hangat.

Opsl untuk pemberian makanan bayi yg aman

Substitusi ASI

- Susu formula pabrik
- Susu formula buatan rumah
- ASI Eksklusif
- Disapah lebih awal (umur 3 bulan)

ASI lain (perlu pertimbangan matang → agama)

- ASI dipanasi
- Bunk ASI

Source: UNICEF, UNAIDS, WHO. "HIV and Infant Feeding: A guide for health care providers and supporters"

Pedoman UNAIDS/WHO -pemberian makanan pada bayi

Perempuan dg HIV negatif, status tak diketahui

ASILEksklusif harus dilindungi, dipromosi dan didukung selama 6 bulan.

Ibu HIV-positif

ASI substitusi jika tersedia, terjangkau, terus ada dan aman makanan pengantinya.

Jika tidak maka ASI direkomendasikan pada bulan pertama kehidupan.

Prong IV: MTCT Plus

Layanan medis dan keperawatan
VCT
Tindakan Pencegahan
OI/R
HAART
Kegunaan Paliatif

Devisa, anak, dan keluarga terimbas HIV/AIDS

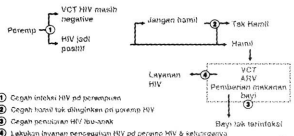
Dukungan HAF Aspek dan hukum
Pendidikan dan
Pengantar
BAGSMA/DAK, PMS

Dukungan Psikososial
Konseling
Dukungan Spiritual
Konseling Jarak Jauh
Dukungan Masyarakat

Dukungan Schwachenski
Dukungan Interaktif
Micro-credit
Dukungan Ekonomi



Outcomes Penting dari UNAIDS/WHO 4 Prong Strategy



Terapkan VCT pada Settings PMTCT

Siapakah klien target?

Bagaimana cara menjangkanya?



Di PMTCT dan MTCT-Plus Settings

Mengapa ditawarkan tes antibodi HIV kepada orangtua tertentu dan calon orangtua?

Perempuan hamil dan pasangannya



Keuntungan dari tes HIV

Tahu hasil → Mengurangi stres yang tak jelas

Dapat membuat pilihan → Bagaimana menurunkan penularan ibu → anak, melalui :

- ARV selama kehamilan, melahirkan dan bayi
- Pilihan cara melahirkan
- Pemberian makanan bayi

Hidup Positif dengan

- Kemiskinan dan stigma sosial
- Lindungi diri dari infeksi seksual lainnya
- Sanitasi yg baik, makanan sehat, dsb.

Rencanakan masa depan keluarga → lebih mudah

Buat keputusan pilihan perilaku seksual dan hamil



Kerugian menjalani tes HIV

Stress dan rasa tak menentu:

HIV- klien yang gagal menerima hasil pos

- Ankletas dalam hidup
- Menunggu perkembangan tanda-tanda gejala
- Menyimpan rahasia

Jika berbagai informasi, berhadapan dg stigma

Lebih sulit berikatan dan mempertahankan hubungan, terutama hubungan dalam perkawinan.

Restriksi soal kepemilikan rumah dan asuransi kematian

Restriksi kesempatan kerja.



Meluaskan ruang lingkup VCT dalam Settings KIA

Akses diri ke dukungan medik, sosial & emosional bagi ibu dan keluarga HIV positif

Pencapaian penularan seksual. Mengajak pasangan dalam program pencegahan HIV & atau inisiatif popultaran ibu-anak

Program VCT (Voluntary Counseling and Testing)

Program pencegahan penularan seksual (Pencegahan penularan seksual)

↓
Konsolidasi masyarakat
↓
IMSgma
Normalisasi of HIV

↓
Menginformasikan pengambilan keputusan akan fertilitas di masa depan

Konsekuensi Psikososial dari HIV diantara perempuan hamil

- Apa yang menjadi kepedulian perempuan?
- Apa perasaan perempuan odha?
- Tuntutan budaya dan sosio-ekonomi apa yang mempengaruhi pengambilan keputusan dan gaya

Apa kepedulian perempuan? (1)

- Penemuan status selalu tak sengaja, seperti saat masuk layanan kesehatan karena kecelakaan, bayi sakit, pasangan sakit → Krisis ganda.
- Selalu dituduh telah menyebarkan infeksi.
→ konflik dengan pasangan
- Pengungkapan status HIV + :
→ menoreh trauma dalam keluarga
→ ketakutan IMSgma sosial, dikucilkan, korban kekerasan.
- Seringkali prihatin akan kesejahteraan anak mereka dan mengabaikan kebutuhan diri sendiri.

Apa kepedulian perempuan? (2)

Mungkin tabah meski menyakitkan, tentang pemilihan keputusan :

- Siapa yang akan merawat anak-anak mereka ketika mereka meninggal?
- Apakah harus minum ARV profilaksis ?
- Apakah menyusui ?
- Apakah tak usah hamil & kontrasepsi apa yang digunakan ?
- Apakah pasangan perlu diberitahu status HIV?
- Apakah tetap dapat sanggama & apakah kondom perlu digunakan?

Apa perasaan odha perempuan?

- Marah: Kepada mereka yang memberi infeksi.
- Berduka : Akan kehilangan kesehatan dan status, perubahan citra diri dan seksualitas, perubahan cara mengasuh anak, menuju kematian dan meninggalkan anak.
- Berdosa : Merasa menjadi penyebab anak sakit dan beban keluarga.

Tuntutan apa dari budaya dan sosio-ekonomi yang perlu diperhatikan?

Tuntutan pasangan, kultural dan sosio-ekonomi yang mungkin terjadi pada perempuan :

- Kebutuhan pasangan lelaknya di tes.
- Kurangnya proteksi dari HIV (penggunaan kondom).
- Kurangnya kemampuan memutuskan pemberian makanan bayi.
- Kurangnya pengawasan berkaitan dengan K

Peran Konselor pada Konseling Pre-tes (1)

- Memberi informasi faktual dasar tentang HIV/AIDS & PPTCT.
- Melakukan penilaian risiko.
- Memberi informasi tentang pengurangan risiko.
- Memastikan klien memahami arti hasil tes baik pos, neg maupun *discordant & indeterminate*, termasuk masa jendela.

Peran Konselor pada Konseling Pre-tes (2)

- Memastikan bahwa ketika klien memutuskan tes telah benar memahami arti HIV bagi dirinya dan bersifat sukarela.
- Mendiskusikan dampak tes termasuk rencana masa depan.
- Menyiapkan klien menerima hasil positif.
- Menggali keuntungan dan kerugian pada diri klien mengetahui status HIVnya.

Tujuan Konseling Pasca-tes

- Menyampaikan hasil tes klien.
- Menghadapi dan menangani gejala emosi klien dalam menerima hasil.
- Mendukung klien pada setiap pengambilan keputusan berkaitan dengan risiko pengurangan penularan ibu-anak (PMTCT).

Menyampaikan hasil tes

- Buat ikhtisar pre-tes dan nilaiah kesiapan klien menerima hasil.
- Berikan hasil segera.
- Mulailah dengan membicarakan laporan laboratorium.

Menyampaikan hasil tes negatif

- Buatlah ikhtisar informasi dalam pre-tes.
- Luangkan waktu dan ruang untuk ekspresikan emosi klien.
- Periksa pemahaman akan arti hasil tes negatif.
- Ingatkan kembali ttg masa jendela dan kapan tes diulang.
- Diskusikan pengurangan risiko.
- Dukungan penungkapan hasil kepada

Menyampaikan hasil tes Positif (1)

- Berikan ruang dan waktu untuk mengekspresikan emosi klien.
- Periksa pemahaman klien akan arti tes.
- Diskusikan dan dukung emosi klien.

Menyampaikan hasil tes Positif (2)

- Ulangi tinjauan isu pencegahan (PPTCT)
 - AKVS
 - Penggunaan kondom
 - Pemberian narkosis bayi
 - Rencana melahirkan
- Diskusikan kehidupan dengan HIV.
- Kemukakan pengungkapan hasil dan berdiskusi.
- Rencanakan konseling lanjutan berkala

Pengungkapan status HIV+ kepada pasangan

Timbang potensi untung dan risiko pengungkapan status HIV :

Ketakutan perilaku kekerasan : Hambatan besar pengungkapan status HIV bagi perempuan

Ketakutan terbukti (Warman et al. 2001)

42.6 % perempuan melaporkan satu kali dalam hidupnya teraniaya kekerasan.

32.2 % satu kali mengalami tindak kekerasan dari pasangannya sekarang.

Lelaki India yg melakukan tindak kekerasan (seksual & fisik) pd pasangan perempuannya ↑ seks ekstrasamarital dan IMS (Martin et al. 1999)

Pengurangan risiko tindak kekerasan berkaitan dengan pengungkapan status

- Diskusikan pada pasangan sebelum tes bahwa 70% perempuan mengungkapkan hasil, 30% tidak (Mehiant, 2001).
- Beri waktu konseling secara terpisah tentang perilaku seksual masing-masing.
- Kaji riwayat pasangan dan potensi tindak kekerasan baik pada konseling pre dan pasca tes

Strategi konseling: Pengungkapan status HIV (1)

- Ikuti petunjuk kajian untuk menilai potensi tindak kekerasan pada *handout*.
- Kembangkan "rencana pengungkapan" hasil bersama klien.
 - Termasuk rencana menghadapi respon pasangan
 - Dorong pasangan untuk konseling pengungkapan hasil.
- Penyampaian pengungkapan hendaknya di depan konselor.
- Hindari pengungkapan hasil saat pasangan intoksikasi atau anxiety atau marah.

Strategi konseling: Pengungkapan status HIV (2)

Jalin hubungan dengan inilmsrujrukan untuk memberi dukungan pada kesejahteraan perempuan mis rumah singgah dari tindak kekerasan dan tawarkan hal ini pada perempuan.

Gunakan LSM (dg izin klien) yang berpengalaman dalam aspek legal dan sosial dalam merespon tindak kekerasan rumah

Strategi konseling: Pengungkapan status HIV (3)

- Konselor mengadvokasi agar masyarakat mengubah norma agar mengurangi tindak kekerasan terhadap perempuan.
- Riset VCT harus diteruskan untuk menggali hubungan antara penularan HIV dg tindak kekerasan pada perempuan.

VCT dalam *Settings* PMTCT

Studi Kasus

Isu Operasional Implementasi VCT & Program PMTCT

Faktor yang mempengaruhi dilakukannya VCT dalam setting PMTCT

- Seroprevalensi, ekonomi dan budaya.
- Dukungan fasilitas VCT dan suplai test kit.
- Metoda Tes: Tes dan hasil dilakukan pada hari yang sama, sangat disukai.
- Perilaku dan sikap konselor.
- Model VCT : "Opt out" lebih disukai daripada "opt in".
- Kualitas konseling dan tes.
- Tersedianya profilaksis/layanan medik yg merup jejaring kerja.
- Rasa kepemilikan dan masukan dari tim dan klien.
- IMSgma masyarakat dan diskriminasi.

Konseling VCT & PMTCT

Hambatan implementasi VCT untuk setting PMTCT di negara berkembang

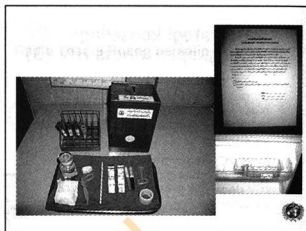
Hambatan Umum

- Rendahnya jangkauan ANC.
- VCT belum ada/mapan
- Setting KIA tidak didukung integrasi VCT
- Konseling pre-tes dalam kelompok vs individual dan dampaknya bagi peningkatan layanan.
- Pemberitahuan kepada pasangan.
- KepatIMSan kerahasiaan hasil tes.
- Sensitivitas dan spesifitas tes cepat.
- Cost effectiveness pada daerah prevalensi HIV rendah.



Perpustakaan





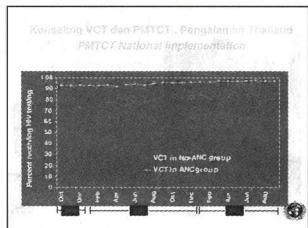
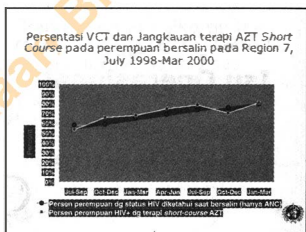
Etik Tes pada saat melahirkan?

Perempuan tanpa ANC atau tes HIV Saat bersalin dan postpartum:

Lakukan VCT dg tes HIV cepat Pada setting paritas atau postpartum

Konseling pretes memotivasi apakah perempuan hamil menetahui pentingnya VCT.
Apakah ini suatu *informed consent*??

Konseling intensiva post test postpartum diperlukan.



Penularan ibu bayi dapat diprevensi, terutama pada perempuan yang status HIV nya diketahui sebelum melahirkan. Klarifikasikan Pentingnya VCT bagi individu dan kelompok.

Beda VCT-PMTCT dari VCT pada *settings* lain.

Konsep dan ketrampilan merupakan hal penting agar layanan konseling PMTCT pada perempuan dan pasangannya efektif. Bagaimena mengintegrasikan layanan VCT ke sistem layanan KIA yang telah ada.

Modul 3

Sub modul 5

Pencegahan penularan HIV dari Ibu ke anak

Tujuan

- Memberi informasi data epidemiologi yang berkaitan dengan PMTCT (*Prevention Mother to Child Transmission*)
- Melihat ulang dan mendiskusikan strategi sekarang untuk PMTCT
- Mendiskripsikan pentingnya VCT dalam program PMTCT
- Membantu peserta memahami pentingnya VCT untuk ibu dan pasangannya
- Membantu peserta memahami tujuan konseling pra dan pasca tes untuk perempuan hamil dan bedanya dengan VCT lainnya
- Mengenali konsep dan ketrampilan yang berkaitan dengan konseling efektif kepada perempuan dan pasangannya untuk PMTCT
- Mendiskripsikan integrasi VCT ke dalam sistem layanan kesehatan dari ibu kepada anak

Epidemiologi penularan HIV dari ibu ke anak

Pada akhir 2002, diperkirakan 3.2 juta anak dibawah umur 15 tahun terinfeksi HIV/AIDS dan 800,000 anak terinfeksi HIV baru dalam tahun 2002.¹ Kebanyakan dari mereka meninggal sebelum mencapai umur remaja.

Paling cepat penularan kepada anak adalah melalui janin dalam uterus, saat dilahirkan, atau setelah lahir melalui ASI. Jika tidak diintervensi, sekitar sepertiga ibu dengan HIV (+) akan mengantarkan virus ke janinnya melalui ketiga jalan ini.

Besaran tantangan PMTCT di Asia

India	500,000
China	70,000
Myanmar	23,000
Thailand	18,000
Cambodia	9,000
Malaysia	1,700
Laos	800
Vietnam	600

UNAIDS 2002 Country Reports

Kebanyakan penularan HIV pada akhir kehamilan atau proses melahirkan. Sekitar sepertiganya dan setengah infeksiya tertular selama pemberian ASI. Beberapa faktor, tidak semua, dapat diterangkan sepenuhnya, seperti bayi yang mendapatkan pengaruh infeksi virus dari ibu, saat janin, bayi, termasuk maternal, obstetrikal, fetal, dan neonatal. Tingginya muatan virus dari ibu, misal pada keadaan serokonversi dan penyakit lanjut, merupakan faktor besar untuk berpindahnya infeksi.

Estimated Risk and Timing of Mother-To-Child (MTCT) HIV Transmission

During pregnancy		Delivery		Post partum through breastfeeding	
0-10 wks	10-30 wks	30-37 wks	38-42 wks	0-6 months	6-24 months
1%	1%	1%	8%	9%	9%
Of all without breastfeeding					20-25%
Of all with breastfeeding till 6 months					25-30%
Of all with breastfeeding till 18-24 months					30-35%



UNAIDS 2002 Country Reports



Cara penularan dari ibu ke anak

Faktor risiko MTCT	
Bukti kuat	Bukti terbatas
Maternal - Tingginya <i>viral load</i> - Karakteristik virus - Penyakit lanjut - Immune deficiency - HIV yang diperoleh selama kehamilan - Pemberian ASI	- Status Nutrisi Maternal - Defisiensi Vitamin A - Anemia - IMS - Chorio-amnionitis - Seks tak aman - Pasangan seks Multipel - Merokok <i>Injecting drug use (IDU)</i>
Obstetrik - Kelahiran per vaginam versus Seksio Sesar - Robeknya membran dalam jangka panjang - Perdarahan Intrapartum	Invasive Obstetrical Procedures Monitoring Episiotomi
Bayi - Prematur - ASI	Lesi kulit dan/atau lapisan mukosa (sariawan mulut) termasuk saluran cerna

Transmisi HIV selama kehamilan

Pada kebanyakan perempuan terinfeksi HIV, HIV tidak menular melalui plasenta ke janin. Plasenta melindungi bayi dari HIV (Anderson, 1997). Akan tetapi perlindungan menjadi tidak efektif ketika ibu :

- Mengalami infeksi viral, bakterial, dan parasit (terutama malaria) pada plasenta selama kehamilan
- Terinfeksi HIV selama kehamilan, membuat kenaikan tinggi viral load pada saat itu
- Mempunyai defisiensi immunitas berat berkaitan dengan AIDS
- Mengalami malnutrisi selama kehamilan yang secara tak langsung berkontribusi untuk penularan dari ibu kepada anak.

Penularan HIV selama proses kelahiran

Bayi yang terinfeksi dari ibu, lebih punya risiko tinggi pada saat dilahirkan. Kebanyakan bayi yang mendapat HIV dari proses kelahiran, didapat melalui proses menelan atau mengaspirasi darah ibu atau sekresi vagina. Faktor yang mempengaruhi tingginya risiko penularan dari ibu ke anak selama proses melahirkan adalah:

- Durasi robeknya membran seringkali dalam bentuk ARM,
- Chorioamnionitis akut (disebabkan tak diterapinya IMS atau infeksi lainnya),
- Teknik invasif saat melahirkan yang meningkatkan kontak bayi dengan darah ibu misal episiotomi.
- Anak pertama dalam kelahiran kembar

Penularan HIV melalui ASI

HIV berada dalam ASI, meski konsentrasi virus secara nyata lebih rendah dari darah. Risiko penularan dari ASI tergantung dari:

- Pola pemberian ASI pada bayi, mereka yang mendapatkan secara eksklusif akan kurang berisiko dibanding dengan pemberian campuran
- Patologi payudara: mastitis, robekan puting susu, perdarahan puting susu dan infeksi payudara lainnya
- Lamanya pemberian ASI, makin lama makin besar kemungkinan infeksi
- *Maternal viral load*: risiko dua kali lipat, 30% jika perempuan terinfeksi HIV pada saat pertama kali menyusui.
- Status immunitas maternal, AIDS stadium lanjut
- Status nutrisi maternal yang buruk

Waktu penularan HIV selama pemberian ASI

- Penularan dapat terjadi selama penyusuan
- Sekitar 70% penularan pasca kelahiran terjadi pada 4-6 bulan pertama
- HIV dideteksi di kolostrum dan susu ibu mature tetapi risiko relatif dari penularan tak pernah pasti
- Risiko bersifat kumulatif (makin panjang masa pemberian ASI, makin besar risiko) Risiko keseluruhan dari penularan melalui ASI adalah sebesar 10% diatas 24-36 bulan pemberian ASI.

Strategi WHO dalam pencegahan penularan dari ibu kepada anak

Model WHO 4 prong untuk prevensi penularan HIV dari Ibu kepada anak	
Strategi	Komponen kunci
Prong I: Pencegahan primer Infeksi HIV pada perempuan usia subur	- Intervensi perubahan perilaku pada populasi umum dan pasangannya - Beri informasi, pendidikan, konseling akan layanan dan pencegahan HIV - Penatalaksanaan IMS yang baik - Reduksi transfusi darah tak aman - Merespon faktor kontekstual yang meningkatkan kerentanan perempuan, misal stigma dan diskriminasi - Promosi kondom: Praktek seks aman - Meningkatkan kesertaan pasangan dalam diskusi seks aman dalam VCT (* Melaksanakan konseling pada pasangan baik HIV (-) maupun (+) atau serodiskordan menunjukkan strategi intervensi primer yang sangat efektif)
Prong II: Pencegahan Kehamilan tak Dikehendaki pada perempuan terinfeksi HIV	- Meningkatkan jumlah perempuan yang tahu status serologinya - Informasi-edukasi-konseling pencegahan HIV dan pendekatan pencegahan penularan dari ibu kepada anak - Konseling perempuan dan pasangannya guna memungkinkan mereka memilih kehamilan di masa datang - Promosi kondom sebagai alat untuk menarik KB - Rujukan layanan konseling keluarga berencana dan lainnya yang diperlukan (pengetahuan tentang berbagai layanan konseling disekitar mereka) (* Perempuan dengan HIV (+) dalam kehamilan awal dapat membuat keputusan mau terus hamil atau tidak sesuai azas legalitas dan keamanan)
Prong III: Pencegahan penularan Perinatal HIV pada perempuan terinfeksi HIV	- Pastikan perempuan dengan HIV (+) mempunyai akses ke sistem layanan <i>antenatal</i> dan PMTCT - Sediakan layanan obat <i>antiretroviral</i> pada perempuan hamil terinfeksi HIV dan bayinya , disertai konseling kepatuhan berobat dan dukungan - Praktek <i>melahirkan yang aman</i> - Konseling dan dukungan bagi <i>pemberian makanan bayi aman</i>
Prong IV: MTCT Plus Menyelenggarakan Perawatan dan Dukungan untuk perempuan terinfeksi HIV dan keluarganya	- Layanan medik dan keperawatan: VCT, Infeksi oportunistik , terapi pencegahan , HAART dan layanan paliatif - Dukungan psikososial: konseling, dukungan spiritual, konseling lanjutan, dan dukungan masyarakat <i>Human Rights</i> dan Bantuan Hukum: Partisipasi odha, pengurangan stigma dan diskriminasi - Dukungan Sosioekonomi: dukungan materi, kredik usaha kecil, dan makanan

Resimen Antiretroviral profilaksis untuk PMTCT

ARV dapat mengurangi konsentrasi virus dalam jaringan, cairan dan air susu maternal sehingga memperkecil kemungkinan penularan virus selama dalam rahim, intrapartum dan pasca melahirkan. Pada tahun 1984 didapatkan hasil yang baik dari penggunaan obat ARV untuk *Prevention of Mother To Child* dalam hal mengurangi penularan HIV. Berdasarkan hal tersebut kemudian diadopsi standar layanan perempuan terinfeksi HIV di hampir semua negara.

AZT Digunakan Jangka Panjang

Tahun 1994 the AIDS Clinical Trial Group 076 (ACTG 076) mendemonstrasikan bahwa penggunaan AZT sebagai terapi tunggal diberikan per oral 100 mg 5X sehari kepada perempuan hamil dari minggu ke 14 kehamilan sampai ia melahirkan, selama melahirkan diberi per IV, bayi diberi per os AZT 4 X sehari selama enam minggu dan diberi makanan formula, hasilnya adalah penurunan transmisi 67%. Resimen ini merujuk kepada " penggunaan AZT jangka panjang" yang kemudian diadopsi sebagai standar layanan HIV pada perempuan hamil. Ketika resimen ini dikombinasikan dengan seksio sesaria terencana maka efektivitas pencegahan meningkat menjadi 98%.

Pemberian AZT jangka panjang nampaknya tidak menguntungkan di negara berkembang karena beberapa alasan :

- Waktu yang panjang meminum obat, memakan banyak biaya
- Rumit kalau harus minum obat 5 x sehari
- Perempuan hamil datang pada kehamilan lanjut untuk ANC
- Dibutuhkan AZT intravena pada proses kelahiran, ini sulit dimungkinkan di banyak fasilitas di negara berkembang
- Pada penggunaan jangka panjang, makanan formula diberikan pada bayi yang tak disusui ibu. Metode pemberian makanan bayi pada banyak negara tidak praktis.

AZT jangka pendek

Penggunaan AZT jangka pendek atau *Thai short course*: Pada tahun 1998 dilakukan riset di Thailand, suatu negara berkembang, terbukti AZT yang digunakan 4 minggu dapat menurunkan penularan hingga 50%. Cara seperti ini lebih dimungkinkan di negara berkembang. Resimennya sebagai berikut:

- AZT 300 mg setiap 12 jam per os mulai pada minggu ke 36
- Pada proses melahirkan 300 mg setiap 3 jam sampai melahirkan
- Tak diberi medikasi bagi ibu dan bayi setelah proses kelahiran selesai.
- Bayi tidak diberi ASI

Mengikuti hasil ini, dikeluarkanlah rekomendasi United Nation untuk dapat digunakan di semua negara berkembang. Beberapa negara berkembang, melalui pemerintah dan UN, mendukung pengenalan penggunaan resimen ini sebagai *pilot project*. Meski demikian ada beberapa kerugian penggunaan resimen ini, yakni:

- Mahalnya AZT, meski digunakan untuk jangka pendek
- Beberapa ibu melahirkan bayi prematur dan tak dapat mengambil keuntungan cara ini.
- Beberapa ibu melahirkan lewat waktu

- Beberapa ibu tak melakukan ANC dan melahirkan di rumah
- Penggunaan tablet multiplai memerlukan penyesuaian aktivitas dan bisa membuat orang lain jadi mengetahui status klien (berkaitan juga dengan menimbulkan keengganan untuk taat berobat dan stigma)
- Ibu senantiasa cenderung untuk menyusui, sehingga efektivitas menurun

Nevirapine

Sementara beberapa negara menggunakan AZT sebagai percontohan. Uganda (HIVNET) melaksanakan riset, demikian juga kemudian Afrika Selatan, nevirapine dosis tunggal diberikan saat melahirkan dan dosis tunggal kepada bayi selama 48-72 jam menurunkan angka penularan sampai 50% pada bayi berumur 3 bulan dan disusui ASI. Resimen ini : dosis tunggal intrapartum/bayi baru lahir diberi NVP profilaksis, dinyatakan ideal dalam mencegah penularan dari ibu kepada anak di negara berkembang, dengan alasan sebagai berikut :

- Mudah digunakan, karena dosis tunggal sesaat proses kelahiran dimulai
- Murah
- Mereka yang melahirkan di rumah dapat menelan obatnya
- Ibu tetap dapat menyusui

Pertimbangan penggunaan resimen NVP untuk pencegahan penularan dari ibu kepada anak:

- Resistensi obat sesudah penggunaan dosis tunggal mudah diamati dalam riset klinik dan membutuhkan investigasi lebih lanjut
- Ketika perempuan tidak menerima ARV dan risiko tinggi penularan, maka pertimbangan penggunaan risiko dosis tunggal NVP dipertimbangkan dengan resistensi
- Ketika perempuan menerima standar terapi (biasanya kombinasi ARV), anak menerima AZT dalam 6 minggu, dan elektif seksio sesar dilakukan, maka penambahan NVP tidak menguntungkan dan tidak dipertimbangkan risiko resisten yang diinduksi oleh NVP

Pada tahun 2000, pabrik nevirapine, bermitra dengan sistem United Nations, menawarkan obat gratis kepada negara berkembang selama lima tahun.

Pemberian ASI dan ARV

Kebanyakan perempuan Odha hidup dalam kondisi terabaikan dan sulit akses ke air bersih dan sanitasi. Juga ada keterbatasan kemampuan untuk memberikan substitusi ASI aman. Riset untuk pemberian ASI aman merupakan prioritas tinggi. Hasil sebuah studi menunjukkan anak dengan ASI eksklusif kurang tertular HIV daripada mereka yang diberi ASI dan makanan lainnya. Tetapi hasil ini harus dikonfirmasi dengan studi lain. Studi lainnya dengan ARV sedang dilakukan, untuk mengetahui apakah anak dapat disusui namun tidak tertular HIV.

Pilihan pemberian ASI bayi dari ibu HIV (+) harus didokumentasikan secara tertulis. Secara umum, kesimpulan dari pedoman UNAIDS tentang pemberian makanan pada bayi adalah sebagai berikut:

- Untuk perempuan dengan HIV negatif dengan status tak diketahui
 - Pemberian ASI eksklusif akan mencegah, dan mempromosikan serta memberi dukungan selama 6 bulan
- Untuk ibu HIV-positif

- *Substitusi ASI* (susu formula atau susu sapi diencerkan steril) jika tersedia makanan pengganti, terjangkau, terus menerus ada, dan aman, jika tidak maka pemberian ASI eksklusif direkomendasikan dalam bulan pertama kehidupan
- Pemberian ASI harus dihentikan secepat mungkin untuk meminimalisasi risiko penularan HIV
- Budaya setempat senantiasa diperhatikan, juga situasi perempuan secara individual, risiko makanan pengganti, (yang dapat meningkatkan risiko infeksi lain dan malnutrisi)

Penemuan dari profilaksis ARV terhadap penularan dari ibu kepada anak di negara dengan sumber terbatas

- Efektivitas profilaksis ARV tinggi terjadi pada bayi non ASI
- AP ZDV jangka pendek efektif, tetapi kurang dalam terapi AP jangka panjang
- Profilaksi IP/bayi baru lahir dengan ZDV/3TC atau NVP dapat juga menurunkan penularan, meskipun kurang dari regimen 3- AP-IP-NB
- Efektivitas menetap (meskipun menurun) terlihat dari pemberian jangka pendek regimen AZT dan NVP diantara bayi yang diberi ASI 18-24 bulan
- Penambahan dosis tunggal NVP dapat meningkatkan keuntungan pada penggunaan AZT jangka pendek (perlu dipelajari resistensi NVP)
- Ketika ibu tak menerima ARV pada AP/IP ARV, profilaksi bayi pasca pajanan harus diberikan, tetapi regimen terbaik belum ada
- Perempuan hamil dengan HIV (+) yang memilih menyusui bayinya harus diberi ARV untuk mencegah penularan HIV ibu ke anak, meski efektivitas ARV dalam mencegah penularan menurun. Jika pemberian AZT jangka pendek, maka efektivitas menurun dari 50% pada non- ASI sampai 37% pada penyusuan selama 3 bulan. Dengan Nevirapine efektivitas pada 3 bulan pemberian ASI sebesar 50%. Pada bayi yang disusui lebih lama, efektivitas berkurang sejalan dengan lamanya pemberian ASI.

I. Mengapa dibutuhkan pemeriksaan antibodi HIV kepada orangtua tertentu atau mereka yang mempunyai masa depan ?

Keuntungan penerapan VCT pada orangtua mempunyai masa depan

VCT merupakan pintu gerbang menuju layanan HIV/AIDS lainnya, yang menawarkan kesempatan untuk mengetahui status HIV seseorang dengan kualitas dukungan konseling guna membantu mereka menyesuaikan diri dengan hasil pemeriksaan yang mungkin (+) atau (-) Jika diterapkan secara mantap, layanan VCT memungkinkan masyarakat meraih keuntungan dengan menganggap normal keberadaan HIV/AIDS, dengan demikian stigma menurun dan terjadi peningkatan kesadaran. (Gambar 1)

Studi dari Afrika menunjukkan bahwa VCT adalah penanganan yang *cost-effective* untuk mengurangi penularan melalui perubahan perilaku, terutama jika pelayanan diberikan kepada pasangan berisiko. (*Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group, 2000; Sweat et al., 2000*). Pengalaman dari Thailand pada awal epidemi HIV memastikan bahwa VCT memberikan sumbangan penurunan penularan HIV. ⁽¹⁾ Pada wilayah terkena HIV serius, VCT merupakan bagian integral dari akses ke layanan kesehatan berkualitas yang komprehensif dan penting. ⁽²⁾

Sebagian besar populasi dewasa HIV (-), meski di daerah prevalensi tinggi HIV. Untuk perempuan dengan status HIV-negatif, konseling dapat mendorong makna pentingnya risiko pengurangan penularan seperti perilaku seks aman, dan dapat merupakan faktor penguat motivasi untuk tetap tak tertulari.

Untuk perempuan yang teridentifikasi HIV (+) sebelum atau selama hamil, konseling yang berkaitan dengan tes akan membantu mereka dapat membuat keputusan akan perlunya intervensi lanjutan seperti profilaksi ARV dan pemilihan pemberian makanan pada bayinya. Juga membantu perempuan tersebut merencanakan masa depannya dan keluarganya. VCT juga membantu seorang odha untuk mengambil langkah selanjutnya dalam memelihara kesehatannya, tidak menularkan HIV, berhubungan dengan kelompok dukungan dan layanan dan membuat keputusan akan hubungan seksualnya serta cara membesarkan anak. (UNAIDS, 1999). Program VCT untuk orang hamil akan menguntungkan jika menyertakan pasangan perempuan tersebut. Konflik dan kekerasan diantara pasangan sesudah pengungkapan status HIV terbukti ada dalam beberapa studi. VCT dan dukungan konseling lanjutan dapat meminimalisasi konflik, masalah kekerasan dan penundaan.

Jika layanan VCT tidak ada, maka kebanyakan perempuan tak mempunyai jalan untuk menolong dirinya, mengetahui status, sampai mereka terjatuh dalam kondisi AIDS, atau sampai mereka melahirkan bayi terinfeksi HIV/AIDS. Dengan demikian mereka mempunyai keterbatasan kesempatan menentukan masa depan diri dan keluarganya.

Kerugian VCT : takut menerima hasil tes

Ketika seseorang tahu bahwa VCT akan memberikan mereka gambaran tentang status dirinya, maka beberapa orang tak akan datang menjangkau layanan tersebut karena tak mau tahu statusnya. Kebanyakan perempuan hamil HIV+ yang terinfeksi dari pasangannya, tak menyadari dirinya terinfeksi ketika menjalani tes. Mereka akan sangat terkejut, dan tidak dapat menguasai diri. Kebanyakan orang yang tak mau diperiksa selalu menekankan takut terbuka rahasia, lainnya merasa takut jika hasil tes (+), sehingga mereka menunda pemeriksaan atau menjadi korban kekerasan

Tabel 1: Keuntungan dan kerugian melakukan tes HIV pada perempuan hamil

Keuntungan melakukan tes HIV
• Memahami hasil tes akan menurunkan stres • Klien HIV(+), kalau mereka menginginkan anak, maka dilakukan perencanaan kehamilan sampai kelahiran anak dengan pemberian ARV selama kehamilan-proses kelahiran, memilih cara melahirkan, dan cara pemberian makanannya exploring other infant feeding options • Hidup Positif a. Simtom diidentifikasi dan terapi segera b. Klien dapat juga dilindungi dari infeksi selanjutnya • Klien dapat memperbaiki status kesehatan dengan sanitasi yang baik, diet sehat, dll. • Rencana kedepan dalam keluarga dapat disusun dengan lebih mudah • Membuat pilihan tentang perilaku seksual dan mengasuh anak di masa datang

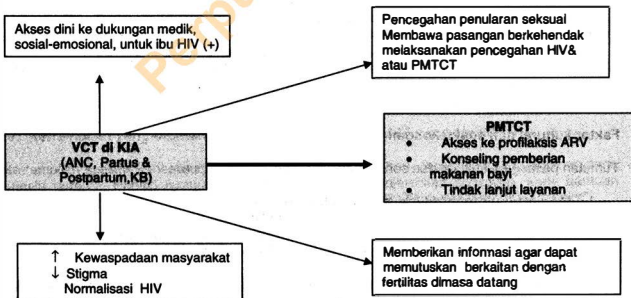
Kerugian melaksanakan HIV

Semua kemungkinan implikasi dari hasil tes positif harus didiskusikan

- Stres dan perasaan tak pasti: Klien HIV(+) mungkin tak berhasil mengatasi hasil tes (+) misal klien menjadi cemas, menunggu perkembangan tanda dan gejala HIV/AIDS, menjaga rahasia.
- Klien mungkin menghadapi stigma jika informasi dibuka kepada keluarga dan kawan
- Membangun dan membina relasi sekau dilakukan, terutama hubungan perkawinan
- Pembatasan akses ke tempat berteduh dan asuransi jiwa dan kesempatan bekerja

Memperbaiki layanan VCT**Strategi**

- Kampanye pemasaran sosial dapat menjawab keuntungan dari tes HIV pada populasi yang lebih luas dari perempuan berusia subur.
- VCT dapat dipromosikan dalam klinik keluarga berencana untuk perempuan yang mempertimbangkan kehamilan
- Memperbaiki kualitas layanan VCT di KIA
- Mengadopsi layanan VCT dengan strategi "bisa berhenti kapan klien mau berhenti" (*opt out*) , VCT ditawarkan sebagai bagian dari paket rutin perempuan hamil di klinik ANC. Jika perempuan tersebut ingin berhenti sewaktu-waktu diperkenankan. Ketika perempuan butuh masuk dalam layanan kembali ("opt in") tanyakan layanan apa yang ia perlukan dalam kesempatan ini .

Meluaskan wawasan VCT di klinik KIA

II. Konsekuensi psikologi HIV pada perempuan⁽³⁾

1. Perempuan sering mendapatkan status dirinya melalui kejadian tak terduga, sesudah suami/pasangan/anak menunjukkan simptom, sehingga perempuan mengalami beban krisis ganda
2. Perempuan selalu disalahkan dalam hal penularan infeksi kedalam keluarga sehingga menimbulkan konflik dengan suami dan memunculkan kekerasan domestik.
3. Infeksi pada perempuan merupakan indikasi pertama bahwa pasangannya mempunyai mitra seks lain, dan membuka hal ini merupakan aib dalam keluarga.
4. Ketakutan stigma sosial, tersingkir dan perasaan ekstrim terisolasi, kesepian sehingga status tetap dirahasiakan
5. Ketakutan akan tindak kekerasan membuat perempuan sulit membuka diri pada pasangannya
6. Perempuan terinfeksi sangat memprihatinkan kesejahteraan dirinya, anaknya dan menganggap rendah kepentingan dirinya
7. Perempuan terinfeksi mungkin akan tabah dalam mengambil keputusan tentang hidupnya, meski menyakitkan. Keputusan itu termasuk:
 - Siapa yang akan merawat anaknya setelah ia meninggal?
 - Apa perlu minum terapi profilaksis antiretroviral atau tidak
 - Apa perlu memberikan ASI atau tidak
 - Apa perlu membuka status HIV nya pada pasangannya
 - Apa perlu mencegah kehamilan dan kontrasepsi pilihan
 - Apa relasi seksual perlu diteruskan dan apakah kondom perlu digunakan
8. Ada beberapa laporan bahwa insiden depresi pasca melahirkan meningkat pada perempuan dengan HIV positif.

Reaksi emosional perempuan terinfeksi HIV

Perempuan memerlukan bantuan konseling untuk menyesuaikan diri dengan reaksi psikologi berikut

1. Marah kepada orang yang menulari dirinya
2. Sedih akan kehilangan status dan kesehatan, mengubah citra diri dan seksualitas, kemungkinan tak memperoleh anak dan meninggalkan anak hidup sendirian.
3. Rasa bersalah berkaitan dengan kesakitan anaknya dan beban keluarga untuk merawat orang sakit.
4. Depresi pasca melahirkan

Faktor kultural dan sosioekonomi

Tuntutan pasangan, kultural dan sosio-ekonomi membuat perempuan:

1. Meminta izin pasangan laki-lakinya untuk menjalani tes
2. Kurangnya proteksi terhadap HIV (penggunaan kondom)
3. Kurangnya pengendalian atas keputusan pemberian makanan pada bayi
4. Kurangnya kontrol berkaitan dengan Keluarga Berencana

Terbukti perempuan terinfeksi mempunyai banyak keprihatinan dan karena itu membutuhkan banyak dukungan dari anggota keluarga, teman-teman, profesional dan masyarakat. Sangattlah

penting mereka dibantu untuk dapat melindungi diri sendiri dari HIV dan sebab itu perlu dibicarakan perihal penggunaan alat suntik dan konsekuensi menyakitkan. Konsekuensi yang patut diperhatikan diantaranya adalah menularkan kepada anaknya.

III. Prinsip konsep dan peran konselor dalam PMTCT ⁽⁴⁻⁸⁾

VCT dalam PMTCT adalah dialog antara klien yang sekaligus adalah ibu dari anak dan petugas kesehatan /konselor. Proses layanan ditujukan setidaknya untuk 3 maksud :

1. **Informatif:**

Memastikan klien mendapatkan pemahaman fakta sesungguhnya yang memungkinkan ia mengambil keputusan. Pendidikan pencegahan HIV termasuk bagian rutin dari ANC

- a) Pengetahuan dan informasi berdasarkan fakta kehamilan dengan HIV/AIDS
- b) Pengetahuan faktual tentang HIV/AIDS, MTCT dan modus penularan
- c) Tujuan dan manfaat VCT bagi individu dan pasangan sebagai calon orangtua

2. **Supportif:**

Membantu klien membuat persetujuan keputusan sukarela tentang pencegahan dan perawatan HIV/AIDS untuk mendukung perasaan/emosi kliensesuai kebutuhannya. Keputusan persetujuan sukarela termasuk :

- a) Tes HIV
- b) Perencanaan kehamilan atau terminasi kehamilan
- c) Intervensi PMTCT misal pilihan cara melahirkan, masuk program ARV, pilihan pemberian makanan bayi
- d) Keterbukaan isu – isu

3. **Preventif:**

Konselor meningkatkan kewaspadaan klien tentang ukuran dan cara melindungi diri dan orang lain dan menekankan pada MTCT dari HIV serta kaitannya dengan perencanaan masa depan:

- a) Penilaian dan pengurangan risiko
- b) Pencegahan dari re-infeksi dan penyebaran infeksi
- c) Membantu klien memahami peran mereka dalam PMTCT dimulai dari keadaan klien saat ini
- d) Memberi gambaran rencana masa depan termasuk cara kerja sama individu, pasangan dan keluarga dengan memberi penekanan pada bekerja bersama klien bukan bekerja untuk klien

IV. Keterampilan yang dibutuhkan untuk melaksanakan VCT yang efektif

Keterampilan spesifik konselor dapat diperoleh melalui pelatihan khusus yang berpedoman pada prinsip tertentu. Prinsip menyangkut tujuan dan cara menjalankan konseling, serta bantuan yang diberikan. Prinsip ini diulas dalam Modul 2 sub modul 2 “Sikap dan nilai-nilai konselor”

V. Proses VCT dalam PMTCT ⁽⁴⁻⁸⁾

Diskusi rinci dalam konseling pra tes HIV dibicarakan dalam Modul 2 Sub Modul 5.3 : Konseling pra-tes . Terdapat kerangka isu spesifik dalam VCT sesuai konteks penularan ibu-ke anak.

Konseling pra-tes Individual

1. Memasukkan materi edukasi tentang tes HIV, tes bagi perempuan hamil melalui konseling, brosur, video, atau kelompok besar
 - a. Penyebab HIV/AIDS dan bagaimana penularannya
 - b. Setiap orang dapat ditulari HIV. Banyak perempuan yang tak tahu dirinya tertulari.
 - c. Tes HIV direkomendasikan bagi semua perempuan hamil, tak tergantung ia terinfeksi atau tidak
 - d. Terapi sangat efektif dan opsi profilaksis MTCT diperlukan oleh perempuan hamil dengan HIV (+) agar janin terlindungi dari HIV, juga kesehatan dirinya
 - e. Jika perempuan HIV negatif selama kehamilan, ia dapat mempelajari cara mencegah infeksi dikemudian hari
 - f. Semua informasi tentang tes HIV dan hasilnya adalah rahasia.
2. Dilakukan penilaian risiko dan pemberian informasi tentang pengurangan risiko kepada klien.
3. Mendiskusikan tentang tes dan arti (+), (-), diskordan, indeterminan dan masa jendela
4. Memastikan bahwa setiap keputusan untuk tes HIV dilakukan setelah pemberian informasi lengkap dan bersifat sukarela.
5. Menyediakan dukungan bagi mereka yang menghadapi trauma akibat hasil tes positif.
6. Menggali pengetahuan klien tentang keuntungan dan kerugian mengetahui hasil tes HIV (Tabel 1).
7. Menyediakan opsi layanan jika hasil tes positif.
8. Mendiskusikan perlunya intervensi PMTCT dan menekankan peningkatan risiko penularan bersamaan dengan infeksi baru.
9. Memungkinkan klien memilih melakukan tes HIV. Jika klien merasa dirinya telah siap, maka ia boleh melaksanakan atau tidak melaksanakan tes ketika menimbang untung rugi.
 - a. Sampaikan prosedur tes HIV
 - b. Lamanya waktu tunggu hasil dan bagaimana klien menghadapinya
 - c. Jumlah darah yang diambil, berapa kali pengambilan darah
 - d. Rahasia, gunakan nomor kode dan bukan nama
 - e. Diskusikan kapan hasil dapat diambil- lakukan perjanjian untuk bertemu lagi
10. Membantu klien mengenali sistem dukungan termasuk menggali kemungkinan pasangan mau di tes.

Konseling pasca tes individual

Tujuan konseling pasca tes

1. Menyampaikan hasil tes HIV
2. Menghadapi reaksi emosional berkaitan dengan hasil tes HIV
3. Mendukung klien dalam setiap keputusannya dengan menyinggung pengurangan risiko termasuk isu PMTCT

Konseling pasca tes dapat lebih dari satu pertemuan, mengingat tingkat keprihatinan dan kepribadian berbeda sehingga permasalahan dalam konseling berbeda.

Menyampaikan hasil tes

1. Simpulkan apa yang telah dilakukan dalam pra-tes dan nilai kesiapan klien untuk menerima hasil tes, dengan mengajukan pertanyaan, "Apakah saudara siap mendengar hasil tes HIV saudara?"
2. Hasil tes, apakah itu positif atau negatif, harus disampaikan segera. Menunda hasil akan memperpanjang masa cemas.
3. Hasil hanya disampaikan **langsung** ketika berhadapan **langsung** dengan klien, alasannya sebagai berikut:
 - a. Menghindari kebingungan atau kekacauan pikir
 - b. Menunjukkan hasil tertulis dari laboratorium kepada klien, bukan memberikannya.

Diskusi rinci tersedia dalam Modul 2 sub modul 5.4. Semua materi yang ada dalam modul tersebut perlu disampaikan pada perempuan hamil yang datang untuk VCT atau Odha hamil. Ada sejumlah isu spesifik yang perlu disampaikan pada Odha hamil atau habis melahirkan pada waktu perempuan ini mengambil hasil. Diskusi lebih lanjut pada halaman berikut ini.

Menyampaikan hasil positif

1. Berikan ruang/waktu untuk mengekspresikan emosi
2. Periksa pengertian klien tentang hasil tes. (Sampaikan bahwa tes HIV positif berarti ia telah terinfeksi meskipun ia merasa sehat-sehat saja dan tak ada gejala sama sekali)
3. Diskusi dan dukung perasaan dan emosi, nilaiilah tingkat dukungan sosial, misal,
 - a. *Apa rencana anda dalam hari-hari ini?*
 - b. *Mau kemana dari sini?*
 - c. *Apakah anda mempunyai teman untuk berbicara tentang diagnosis penyakit anda?*
4. Ulangi kunjungan ke PMTCT untuk memperoleh penanganan guna menurunkan risiko penularan ke janin.
 - a. Penularan HIV dari ibu ke anak dapat dicegah
 - b. Bantu ibu memutuskan dan melakukan persetujuan meski ibu terinfeksi atau tidak:
 - Gunakan obat antiretroviral profilaksis untuk mencegah infeksi pada bayi
 - Seleksi pilihan pemberian makanan, juga menggali pro dan kontra pemberian ASI atau susu ibu susuan
 - Buat rencana melahirkan dan siapa dokter kebidanannya
 - Seks aman untuk menurunkan infeksi lebih lanjut

Konseling untuk memberikan informasi dengan pemahaman dalam akan isu sosial, belas kasih, pengetahuan akan situasi rumah tangga, kemampuan berkomunikasi konsep kompleks, dan kemampuan dukungan emosional akan pilihan yang berkaitan dengan anak, suami dan seluruh keluarga.⁽⁹⁾

5. Diskusikan dukungan kehidupan bagi orang dengan HIV (+) untuk bergaya hidup sehat:
 - a. Menghindari risiko lebih lanjut dengan terinfeksi jenis virus lainnya
Untuk beberapa orang, perlindungan diri sendiri merupakan motivator kuat untuk seks aman daripada kebutuhan lainnya; bagi lainnya motivator kuat terletak pada tanggung jawab menghindari penyebaran virus. Keduanya memberikan kontribusi untuk pencegahan infeksi HIV.
 - b. Skrining /terapi IMS
 - c. Dukungan nutrisi, manajemen stres dan olahraga
 - d. Laksanakan perhatian medik sesegera mungkin dengan terapi infeksi oportunistik dan yang berkaitan dengan HIV/AIDS sedini mungkin
 - e. Rujukan layanan medik dan sosial
6. Pertimbangkan apakah pasangan seksual atau ayah bayi perlu diberi informasi dan di tes
7. Konseling untuk membuka diri dan dukungan akan isu yang didapat.
HIV positif juga memerlukan kesempatan untuk mempertahankan pasangan agar tak tertular dan perencanaan masa depan, memutuskan masa depan perkawinan dan pengasuhan anak, dan menyiapkan anak serta keluarga menghadapi hari-hari akhir kehidupan.

Menyampaikan hasil negatif

1. Mengulas kembali apa yang dibicarakan dalam pra-tes
2. Beri ruang dan waktu untuk mengekspresikan emosi/perasaan
3. Periksa pemahaman klien akan arti hasil tes negatif atau positif
4. Beritahukan kemungkinan tes negatif palsu bila saat ini ia menderita infeksi dan antibodi belum terdeteksi dalam darah. Tes ulang diperlukan jika ia dalam keadaan berisiko.
5. Diskusikan tentang bagaimana menjaga diri agar tetap negatif dan membantu klien mengurangi risiko di masa depan berkaitan dengan infeksi baru
6. Konseling dukungan bagi penyampaian hasil dan konseling berkelanjutan

Menyampaikan hasil indeterminan

1. Periksa pengertian akan arti hasil tes dan sampaikan apa yang belum diketahuinya
2. Diskusikan dengan klien kebutuhan untuk tes kembali dan simpan sampel darah ke laboratorium
3. Diskusikan konseling dukungan dan lanjutan

Tabel 3: Kerangka Utopian VCT untuk layanan jangkauan ANC/MCH

Kerangka Utopian VCT untuk layanan jangkauan ANC/MCH
Perempuan hamil
Yang mengakses layanan antenatal
Yang menjangkau fasilitas kesehatan pada program kesehatan dasar dalam wilayah kerja (termasuk TBA)
Menerima edukasi kesehatan dan konseling pra-tes HIV
Yang menyatakan persetujuan tes HIV
Yang menerima hasil & konseling pasca tes
Yang tes HIV positif
Yang di tes HIV positif & ditawarkan ARV untuk PMTCT
Yang di tes HIV positif & mendapatkan ARV dan
Yang menerima dosis untuk bayi dalam jangka waktu yang efektif
Ibu dan bayi yang ditawarkan tindak lanjut komprehensif perawatan & dukungan
Ibu dan bayi yang mendapatkan akses tindak lanjut komprehensif perawatan & dukungan

VI. Kebutuhan VCT dalam setting PMTCT

Tuntutan akan layanan VCT di program PMTCT bervariasi luas didalam dan luar negeri. Pada banyak negara di Afrika, tuntutan untuk VCT rendah pada saat layanan pertamakali dibuka. Dalam program PMTCT, adalah lazim bila kurang dari setengah perempuan yang menerima konseling pra-tes, melaksanakan tes, dan kembali mengambil hasilnya., walaupun disediakan obat ARV di PMTCT.^(1, 10)

Data akan tuntutan kebutuhan VCT di Asia lebih tinggi daripada di Afrika. Angka penerimaan perempuan yang datang untuk ANC di wilayah mapan Region 7 PMTCT pilot program di Thailand, dan the Calmette Hospital PMTCT *pilot project* di Phnom Penh, Cambodia, sebesar 93% dan 85%^(5, 11, 12). Tempat terbaru PMTCT di Myanmar melaporkan angka penerimaan hanya 30%⁽⁵⁾. Angka penerimaan mungkin dipengaruhi oleh seroprevalensi, ekonomi dan budaya.

Pada umumnya, faktor umum yang mempengaruhi rendahnya tuntutan kebutuhan dan angka penerimaan adalah:

Tuntutan kebutuhan VCT dan tindak lanjutnya rendah karena berbagai faktor :⁽⁵⁾.

- Kurangnya fasilitas VCT dan tes kit pemeriksaan HIV (termasuk biaya dan pembayaran)
- Kurangnya kesadaran akan adanya VCT
- Kurangnya kesadaran akan manfaat VCT
- Kurang kepercayaan akan kualitas layanan VCT (termasuk kurang memadainya penggunaan waktu dan konselor trampil, dimana perempuan yang datang telah percaya dan meminta layanan, merasakan manfaat, menghargai, serta yakin akan kebenaran hasil VCT)

- Stigma berkaitan dengan hasil tes (+)
- Panjangnya waktu yang menunggu hasil tes
- Terapi yang diberikan petugas kesehatan tak sensitif akan kebutuhan klien
- Kurangnya hubungan antara perawatan dan dukungan untuk Odha

Royce R, dkk melaporkan mengapa perempuan hamil tak melaksanakan tes sebagai berikut:

- Tidak menganggap dirinya masuk dalam risiko (55.3%)
- Sudah pernah di tes (39%)
- Tes tidak ditawarkan atau direkomendasikan (11%)
- Reaksi obat jarang disampaikan
- Lain-lain: umur tua, inisiasi layanan prenatal semester ketiga, pendidikan tinggi

Diterimanya tes HIV oleh perempuan hamil

- Perempuan hamil dapat menerima tes HIV jika ditawarkan (IOM, 1999: 75-86% perempuan hamil menerima secara sukarela tes HIV)
- Sikap konselor: konselor yang memahami dan mendukung intervensi VCT/PMTCT, akan meningkatkan kunjungan ANC.
- Alasan diterimanya tes HIV:
 - Percaya bahwa mengerti status HIV selama kehamilan menguntungkan ibu dan anak
 - Kuatnya upaya petugas kesehatan mendorong tes prenatal

Pengalaman Thailand

Thailand ketika memulai penerapan program pilot PMTCT di Region 7 selama 1998-1999 menemukan VCT merupakan kunci utama keberhasilan. Perbaikan fasilitas VCT termasuk pelatihan konseling terampil, pelaksanaan tes gratis bagi perempuan tak mampu, peningkatan kemampuan pemeriksaan laboratorium dengan mempercepat pemberian hasil, dan suplai AZT dan susun formula kunci substitusi pencegahan. Data menunjukkan penerimaan VCT pada klinik ANC meningkat menjadi 80% pada 6 bulan pertama dan 90% dalam 6 bulan program implementasi berakhir.⁽¹²⁾ Pengalaman ini digunakan oleh pemerintah untuk meluaskan layanan pada tahun 2000. Data terakhir Thailand *national Perinatal HIV Intervention Monitoring System*, tahun 2002, 97.9% perempuan yang melakukan ANC menerima tes HIV dan 97.1% perempuan melahirkan yang waktu hamil menjalani ANC melaksanakan tes HIV^(16, 17).

VII. Integrasi VCT kedalam sistem layanan kesehatan maternal dan anak yang sudah ada^(13,5)

Keuntungan nyata ketika perempuan ditawari layanan VCT di Klinik Ibu –Anak:

1. Membuat VCT sebagai layanan rutin di KIA (ditawarkan pada semua klien KIA) dapat membantu mengurangi stigma berkaitan dengan VCT dan infeksi HIV.

2. VCT ditawarkan di setiap KIA lebih dapat diterima oleh kebanyakan perempuan daripada di pusat rawat jalan untuk laki-laki dan perempuan
3. Layanan VCT berbasis klinik antenatal dapat mencapai persentase tinggi perempuan hamil, terutama jika rutin ditawarkan
4. Perempuan hamil yang tidak menyadari risiko diri dan pasangannya mempunyai kesempatan mendapatkan penilaian risiko diri dalam proses VCT
5. Melanjutkan layanan dalam sistem kesehatan Ibu Anak dapat menunjang integrasi program HIV/AIDS seperti PMTCT, terapi IMS dan infeksi lainnya, KB, dukungan nutrisi, dan rujukan ke layanan lain jika diperlukan.
6. Akses untuk aborsi aman ketika hukum mengizinkan dan konseling untuk memastikan persetujuan perempuan, harus merupakan bagian dari layanan

Pengurangan waktu dan biaya dalam konseling pra-tes di pusat layanan yang klien nya banyak

Pra-tes individual sangat menyita waktu dan tak dapat dijalankan pada tempat layanan padat klien. Alternatif yang dapat dipikirkan adalah, mengawali dengan edukasi kesehatan pada kelompok besar sebelum dilakukan konseling pra-tes. Pada sesi edukasi kesehatan disampaikan informasi dasar tentang HIV dan penularannya, strategi pengurangan penularan, prosedur tes, dan keuntungan/kerugian umum melaksanakan tes. Pemberian informasi dalam kelompok akan mengurangi waktu konseling individual, karena pembicaraan tentang hal yang disebut diatas telah diberikan saat pemberian informasi, sehingga konseling dapat langsung menuju pada penilaian risiko individu, kesiapan individu untuk tes serta isu tentang dampak penularan terhadap individu dan pengurangan risikonya.

Sistem tes *opt in* atau *opt out*

- Opt-In Services = Layanan VCT dimana perempuan harus memilih dan menyetujui pelaksanaan tes (mau tes atau tidak)
- Opt-Out Services = Perempuan yang datang untuk layanan antenatal ditawari VCT secara rutin dan ia hanya tidak di tes bila menolak atau tidak menyetujui

Di Afrika beberapa program memberi hasil sedikitnya orang yang mau di tes, mereka membangun model "opt-out testing". Sebagai tambahan, di daerah yang prevalensi HIV nya sangat tinggi, seperti Botswana (dimana 45% atau lebih perempuan yang mengunjungi ANC menderita HIV positif) pemerintah juga menawarkan obat ARV profilaksis untuk mereka yang ditawari tes tetapi menolak. Dampak dari strategi ini atas VCT dan PMTCT masih perlu penelitian lebih lanjut.

VCT saat waktu melahirkan

Perempuan hamil yang mengunjungi ANC sangat baik jika ia menerima VCT melalui layanan kesehatan KIA, namun masih banyak perempuan melahirkan tanpa pernah melakukan ANC. Meski perempuan HIV (+) yang melahirkan tidak pernah berkesempatan menerima ARV profilaksis pada saat ANC, beberapa program prevensi KIA misal NVP dosis tunggal saat melahirkan dan dosis tunggal untuk bayi, masih dimungkinkan.

Dalam banyak *setting* VCT, tes cepat HIV selama proses melahirkan telah diterapkan. Konseling pra-tes diperlukan untuk mendapatkan kepastian bahwa perempuan hamil

memahami mengapa VCT penting bagi ibu dan bayi, untuk ibu memastikan perlu tes atau tidak. Tes cepat HIV digunakan untuk diagnosis awal. Kebijakan menawarkan profilaksis ARV bervariasi sesuai program. Beberapa program menawarkan ARV berdasarkan keperluan mendiagnosis HIV dengan cara tes cepat karena sensitivitas tinggi dan spesifitas dengan positif palsu rendah (~1%). Perempuan hamil membutuhkan kemampuan memutuskan untuk dirinya dan bayinya berkenaan dengan pemberian medikasi, jika hasil tes cepat mereka positif. Konseling pasca tes dapat dilengkapi sesudah infeksi HIV dipastikan, paling banyak di bangsal postpartum.

Banyak negara mengimplementasikan beberapa program, misal proyek prevensi *the Calmette Hospital MTCT* di Phnom Penh, Cambodia; Thailand (data PHIMS); RS pemerintah besar di Pune, India dan distrik di kampung Tami Nadu, India. Pada dua tempat terakhir, banyak ruang yang dapat digunakan untuk VCT sehingga penjangkauan dan pelaksanaan tes meningkat tajam. Pendekatan ini juga menuai kritik, yang menyatakan bahwa perempuan itu tidak mampu memberikan persetujuan tertulis sesungguhnya pada waktu yang sama dan tidak menerima konseling secara penuh

VIII. Membuka diri status kepada pasangan-kekerasan-VCT

Keuntungan individu untuk membuka diri kepada pasangan akan status HIV nya memerlukan kekuatan besar dalam melawan konflik yang mungkin terjadi.

Tabel 4: Keuntungan dan risiko pengungkapan status HIV kepada pasangan seksual

Keuntungan	Risiko
• Peningkatan kesempatan untuk mendapatkan dukungan sosial • Perbaikan akses ke layanan medik yang dibutuhkan • Peningkatan kesempatan untuk mendiskusikan penurunan risiko HIV dengan pasangan • Peningkatan kesempatan menyusun rencana masa depan secara hati-hati dan penuh pemikiran	• Kehilangan dukungan ekonomi • Persalahkan keterbelengguan • Kekerasan fisik dan emosi • Diskriminasi • Disrupsi hubungan keluarga

Strategi konseling guna menurunkan kekerasan berakibat dengan pengungkapan status pasangan

Ketakutan akan tindak kekerasan merupakan hambatan terbesar dalam pengungkapan status HIV seorang perempuan kepada pasangan laki-lakinya⁽¹⁴⁾ Dalam satu studi, 42.6 % perempuan mendapatkan kekerasan dari pasangannya sekali dalam hidupnya dan 32.2 % dan satu kali oleh pasangannya sekarang. Studi lain, laki-laki India yang melakukan tindak kekerasan seksualitas dan fisik, lebih tinggi pada mereka yang melakukan seks diluar nikah dan insiden IMS⁽¹⁵⁾.

1. Menggali diskusi sebelum dilakukan tes.
 - a. Pemasaran sosial VCT dan PMTCT di masyarakat dapat bersasaran pasangan dan menggali isu melalui diskusi.

b. Konselor memfasilitasi pasangan untuk berdiskusi sebelum tes (Lihatsesi VIII).

2. Ciptakan kesempatan pengambilan riwayat seksual secara terpisah. Ini tidak hanya guna memastikan penilaian risiko yang akurat, tetapi juga menawarkan konselor kesempatan untuk melihat potensi kesulitan relasi that may arise from disclosure of an HIV positive result.
3. Asesmen : Untuk dapat melakukan konseling pengungkapan status kepada pasangan perlu dilakukan pengambilan riwayat pasangan dan kemungkinan kekerasan , yang dilakukan pada pra dan pasca tes. Pengambilan riwayat ini dilakukan secara terpisah dan jaga kerahasiaannya. Tabel 4 menunjukkan pertanyaan yang disarankan untuk digunakan menilai potensi kekerasan dalam mengungkapkan diri .
4. Ketika ancaman nampak akan muncul, menuju nyata dan klien cemas , galilah akibat pengungkapan pada pasangan dengan konselor.
5. Mengembangkan rencana pengungkapan dengan klien, termasuk rencana berespon terhadap agresivitas.
6. Pertahankan hubungan rujukan dengan institusi kesejahteraan yang menawarkan dukungan misal tempat berteduh untuk korban kekerasan rumah tangga.

Tabel 4 menunjukkan pertanyaan yang dianjurkan untuk digunakan dalam penilaian potensi kekerasan akibat pengungkapan status



IX. Bekerja dengan pasangan

Pasangan perempuan Odha adalah bagian paling kritis dari keluarga, karena ia penentu keputusan dalam keluarga . Menyertakan pasangan dalam konseling berkaitan dengan HIV akan memberi gambaran akan adanya dukungan bagi klien dalam berbagai pilihan yang berkaitan dengan HIV, pemberian makanan pada bayi, KB. Klien yang datang untuk konseling HIV/AIDS harus didorong, tetapi tidak dipaksa, untuk datang dengan pasangan. Konselor memerlukan pengetahuan tentang bagaimana bekerja dengan pasangan.

Alasan pasangan untuk konseling

- Beberapa orang yang datang dengan pasangan menyadari bahwa persoalan ini merupakan persoalan bersama, lebih daripada soal individu
- Suatu perubahan perilaku seseorang akan mempengaruhi pasangannya

- Ketika klien bekerja bersama dalam kemitraan dan saling mendukung , maka keberhasilan akan lebih mudah dicapai
- Pengungkapan hasil tes pada pasangan, yang biasanya merupakan hal paling sulit, akan lebih baik jika ditangani dalam konseling pasangan
- Pasangan akan lebih baik penyesuaian dirinya dan mengambil beberapa keputusan akan kehamilan, mengakhiri kehamilan, memberi makanan bayi dengan lebih mudah.

Pedoman untuk bekerja dengan pasangan

1. Bangun relasi

- Ciptakan kemitraan yang kondusif dan saling mempercayai dengan pasangan. Ikuti petunjuk konseling membangun relasi, namun kini bagi kedua orang..
- Buat mereka tahu bahwa mereka mempunyai kesempatan yang sama
- Buat mereka tahu bahwa opini setiap orang sama pentingnya
- Beri kesempatan mereka yang dominan yang memulai . terutama jika itu suami, karena ini menggambarkan pengaruh tindakan di rumah
- Perhatikan komunikasi verbal dan non verbal mereka
- Ketika ditanya apakah anda menikah, katakan yang sesungguhnya ; jika anda tak menikah, tambahkan bahwa anda terlatih dalam konseling pasangan
- Dengan sopan tarik anggota pasangan yang diam, untuk mengutarakan perasaan dan opsi nya.
- Jangan menghakimi atau menyingkirkannya
- Jangan keluaran nilai hidup, kecurigaan maupun keyakinan anda , lakukan kerja dengan pasangan

2. Periksa pemahaman HIV/AIDS. Hindari diskusi didominasi satu orang.

3. Sampaikan proses tes dan arti hasil tes negatif atau positif

- Diskusikan menghadapi hasil tes: Cara hasil didapatkan, disampaikan langsung kepada yang bersangkutan, baik sendiri atau bersama dengan pasangan .Idealnya dihadapan pasangan.Sampaikan :
 - Kemungkinan mendapatkan hasil yang berbeda (diskordan) misal suami positif-isteri negatif atau sebaliknya dan kemungkinan masa jendela.
 - Apa artinya bagi mereka kalau hasil yang mereka peroleh itu sama ?
 - Tanyakan apa arti hasil tes bagi mereka masing-masing dan bagaimana cara menghadapi ?.
 - Bagaimana mereka mencegahnya ?
 - Apa keuntungan mengetahui status sebagai pasangan ? Apa kerugian ?
 - Siapa lagi yang akan kena dampak dari hasil tes mereka ?
- Jika klien sedang hamil, perlu didiskusikan bersama pasangan perlindungan terhadap anak danketersediaan intervensi PMTCT.

4. Periksa niat untuk melaksanakan tes

X. Isu etik dan legal VCT dalam PMTCT

Hanya perempuan hamil yang mempunyai hak memilih apakah akan mengambil kesempatan intervensi atau tidak, setelah ia mendapat informasi penuh. Pendapat kontra mengatakan

bahwa janin mempunyai hak perlindungan atas infeksi, meski ibu menolak VCT, karenanya PMTCT harus melakukan intervensi.

Manusia merupakan makhluk sosial yang perilaku dan kesehatan jiwanya dipengaruhi oleh budaya. Konselor perlu memperhatikan hal ini. Persepsi klien tentang lingkungan dan kemampuan untuk menghadapi tantangan tergantung dari sosialisasinya. Faktor budaya perlu dipertimbangkan termasuk norma sosial, tata nilai dan moral.

Isu operasional: Faktor yang mempengaruhi kesinambungan efektif VCT di PMTCT

Epidemiologi:

- Tahap epidemi HIV/AIDS
 - Derajat epidemik bergerak dari kelompok risiko tinggi ke populasi umum perempuan usia subur : HIV seroprevalen diantara perempuan hamil
 - *Cost-effectiveness* di daerah prevalensi HIV rendah

Politik:

- Pemerintah dan kemauan politik kesehatan serta komitmen untuk mencegah penularan dari ibu kepada anak.
- Kekuatan monitoring dan desakan kebijakan
- Ketersediaan dana untuk pencegahan penularan dari ibu kepada anak dan dukungan intervensi
- Hukum yang mendukung dan kebijakan yang melindungi odha dari perlakuan diskriminatif

Kesehatan dan sistem yang terkait:

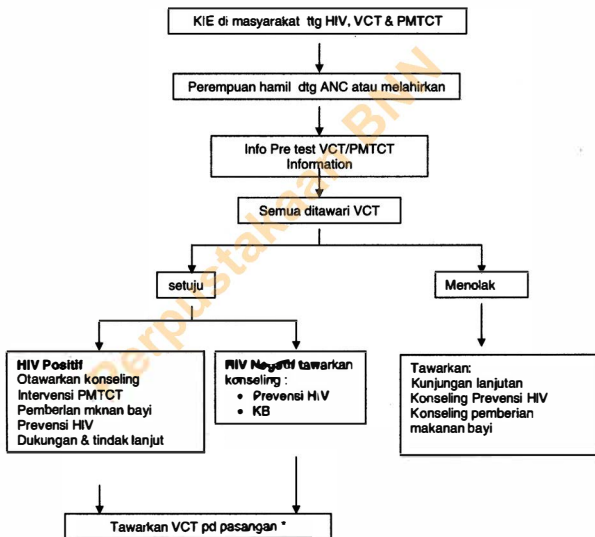
- Status jangkauan dan kualitas aktivitas penularan dari ibu kepada anak, HIV dan KIA
- Ketersediaan, kualitas, penggunaan layanan kesehatan dan kesiapan sistem kesehatan untuk melakukan pencegahan penularan dari ibu kepada anak (termasuk SDM/kapasitas/infrastruktur)
- Ketersediaan sistem yang memadai untuk konseling dan tes sukarela untuk HIV dalam layanan kesehatan yang ada.
 - Model VCT: lebih pada "Opt out" daripada "opt in"
 - Konseling pra tes kelompok versus individu dan implikasi peningkatannya
- Ketersediaan tes HIV, kendali kualitas untuk VCT dan metode tes
 - *Rapid test*: tes dan hasil di hari yang sama = lebih tinggi jangkauannya
- Tersedianya pelatihan bagi petugas kesehatan melalui jalur pra atau dalam layanan
- Sikap konselor
- Ketersediaan ARV untuk pencegahan penularan dari ibu kepada anak
- Sistem yang berkaitan dengan pemberian makanan pada bayi:
 - Derajat dukungan pada perempuan akan pemberian makanan pada bayi dan luasnya pemilihan makanannya,
 - Promosi susu formula sebagai kebijakan mempunyai dampak negatif pada pengambilan VCT
 - Tingkat implementasi dari *the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)*
- Ketersediaan, kualitas, dan keterjangkauan KB

Praktek kesehatan:

- Sikap konselor terhadap VCT dan PMTCT
- Sikap dan penerimaan terhadap KB
- Praktek obstetri yang umum dilakukan oleh dukun beranak, bidan, dokter dsb
- Sikap dan praktek pemberian makanan pada bayi

Masyarakat dan keluarga:

Pemasaran sosial VCT dapat digunakan untuk menghadapi sikap masyarakat yang negatif

VCT dalam layanan ANC

Kesimpulan

Kemajuan pemberian ARV dan tindakan obstetri, membuat perempuan hamil terinfeksi HIV yang tahu statusnya sebelum melahirkan akan dapat menurunkan tingkat risiko bayinya tertular. Sesi ini mengungkapkan pentingnya VCT bagi individu dan pasangan dalam hal pencegahan terhadap bayi. Tujuan konseling pra dan pasca tes kepada perempuan hamil dan badanya dengan konseling pada sasaran lainnya dijelaskan disini. Pedoman pada tulisan ini digunakan untuk mengenali konsep dan ketrampilan yang dibutuhkan untuk tersedianya layanan konseling efektif pada perempuan dengan pasangannya untuk pencegahan penularan dari ibu kepada anak dan diintegrasikannya layanan dalam layanan VCT di KIA. Rekomendasi ini menekankan pentingnya layanan perempuan hamil terinfeksi HIV (dan petugas kesehatannya) memahami status diri agar dapat mencegah penularan kepada janin serta melindungi kesehatannya.

Rujukan

1. Muller O, Sarangin S, Ruxrungtham K, et al. Sexual risk behavior reduction associated with voluntary counseling and testing in HIV-infected patients in Thailand, *AIDS Care*. 1995;5:567-72.
2. Coovadia HM. Access to voluntary counseling and testing for HIV in developing countries. *Ann NY Acad Sci*, 2000; 918:57-63
3. Manopaiob C, Shaffer N, Clark L, et al. Impact of HIV on families of HIV-infected women who have recently given birth, Bangkok, Thailand. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1998;18 (1): 54-63.
4. Cecilia Rachier, Kalibata Sam, and Barasa Kukubo. PMTCT training curriculum Module 4: Counseling skills for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Kenya PMTCT Project 2002
5. Elizabeth A. Preble, and Ellen G. Piwoz. Prevention of mother to child transmission of HIV in Asia: *ractical guidance for program*. The LINKAGES Project. Academy of Educational Development. June 2002
6. Nicola Oberzaucher and Rachel Baggaley. HIV voluntary counseling and testing: a gateway to prevention and care. UNAIDS/02.41E, June 2002
7. Centers for Disease Control and Prevention. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women, *MMWR* 2001; 50:RR-19
8. The HIV/AIDS Collaboration. Counseling Pregnant Women and New Mothers about: HIV Counseling Practices at Siriraj and Rajavithi Hospitals and Queen Sirikit National Institute for Child Health, Bangkok, 1999
9. Ellen Piwoz, Member of the Ndola Formative Research Team, in: *HIV/AIDS and Infant feeding: Risks and Realities in Africa*, AED, June 2000.
10. Castleton K, Leroy V, Spira R, et al. Preventing the transmission of HIV-2 from mother to child in Africa in the year 2000. *Sante* 2000;10(2):103-13.
11. Evaluation of a regional pilot program to prevent mother-infant HIV transmission-Thailand, 1998-2000. *MMWR* 50 (28):599-603.
12. Kanshana S, Thewanda D, Teeraratkul A, Limpakamjanarat K, Amornwichet P, Kullerk N, Akksilp S, Sereesittipitak V, Mastro TD, Simonds RJ. Implementing short-course zidovudine to reduce mother-infant HIV transmission in a large pilot program in Thailand. *AIDS*. 2000 Jul 28;14(11):1617-23.
13. WHO information. FactSheet No 250: June 2000
14. Maman, S. (1999) the Intersection of HIV and violence: implication for HIV VCT in Dar es Salaam.
15. Martin, S.L. "Sexual behaviours and reproductive health outcomes" *JAMA* 282(20): 1967-1972
16. Amornwichet P, Teeraratkul A, Simonds RJ, et al. Preventing Mother-to-Child HIV Transmission: The First Year of Thailand's National Program *JAMA*, 2002;288(2):245-248
17. Reports: Perinatal HIV Intervention Monitoring System for National PMTCT Implementation, Thailand, Dec 2002.

Modul 3

Sub Modul 5

Lembar kegiatan 20

Studi kasus 1

Minggu lalu dokter memberitahukan bahwa ia telah hamil enam minggu. Ketika ia memberitahukan suaminya tentang kehamilannya, suaminya berkata ia positif HIV. Suami menutupi informasi ini ketika ia sakit dan harus masuk rumah sakit. Atas alasan tersebut, maka istrinya melakukan tes HIV. Ia sangat sedih dengan situasi yang tidak terduga ini. Ia marah dengan suaminya dan khawatir dengan dirinya sendiri dan dengan bayi yang dikandungnya. Suaminya berkata bahwa ia pernah menemui pekerja seks. Istrinya ingat bahwa ia tidak memakai pelindung ketika berhubungan dengan suaminya dua minggu yang lalu. Ia mempunyai teman dekat yang menjadi teman tempat menceritakan masalahnya. Ia menceritakan bahwa ia takut untuk menceritakan hal ini kepada keluarganya karena khawatir akan mengecewakan mereka. Ia memberitahukan tidak ada masa lalu yang sulit secara psikologik..

Studi kasus 2

Wanita 23 tahun, sudah menikah, diketahui terinfeksi HIV ketika hamil 7 bulan dari tanda dan gejalanya (lesi pada kulit, bercak pada mulut, diare kronik dan batuk kering yang persisten). Ia berasal dari daerah pinggir kota dan ia telah dibawa untuk ANC oleh temannya. Suaminya bekerja di luar kota pada saat itu. Ia telah melakukan tes HIV dan hasilnya positif.

Ia berkata kepada anda bahwa ia tidak dapat menceritakan hal ini kepada suaminya, karena suaminya akan menyakitinya. Ia segan menceritakan kepada anda masa lalunya ketika suaminya mabuk, suaminya marah dan memukulnya. Ia khawatir suaminya akan meninggalkannya. Ia telah memiliki seorang anak yang berusia dua tahun.

Intervensi VCT pada Sasaran - Populasi Berpindah (OPTIONAL)

MODUL 3
Sub Modul 6
TARGET INTERVENSI VCT

MODUL 3
Sub modul 6
Target VCT terhadap populasi yang berpindah-pindah

Tujuan

Pada akhir sesi pelatihan peserta diharapkan untuk dapat ;

- Menunjukkan pemahamannya tentang HIV / AIDS pada suatu populasi yang berpindah-pindah
 - Menunjukkan pengalamannya tentang hubungan antara HIV / AIDS dengan penambahan penduduk (migrasi)
 - Mengidentifikasi usaha-usaha pencegahan HIV/AIDS pada populasi yang berpindah-pindah
-

Waktu yang diperlukan

2 jam (tersedia dalam program 12 hari)

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (**PPT23**)
 - Lembar kegiatan (**AS21**)
 - Naskah (**HO22**)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak tempat mengumpulkan formulir evaluasi
-

Isi

- Perpindahan penduduk (Migrasi)
 - Menilai kekuatan terhadap HIV / AIDS
 - Gejala klinis dan hubungannya terhadap penularan terhadap HIV / AIDS
 - Intervensi dengan cara konseling
 - Pemeriksaan terpinpin dan hak asai manusia
 - Konseling HIV / AIDS dan program pengajaran untuk para pekerja yang bermigrasi
 - Tindak lanjut para pekerja yang bermigrasi
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Menerangkan dengan menggunakan tayangan PowerPoint (**PPT23**). Selama presentasi berlangsung bangkitkan partisipasi aktif peserta dengan meminta peserta untuk segera mengajukan pertanyaan. Tanyakan pula secara langsung apakah peserta mempunyai pertanyaan.
2. **Kegiatan:** Lembar kegiatan (**AS21**)
 - Peserta dipisah menjadi beberapa kelompok kecil yang terdiri dari 3 sampai 4 orang. Peserta kemudian di beri scenario sebagai berikut:
 - Anda menjadi anggota komunitas lokal yang direkrut melakukan kerja bakti membangun bendungan di kota terdekat. Menjadi salah satu bagian dari proses rekrutmen, pekerja yang potensial terinfeksi dilakukan tes HIV dan penerimaannya tidak ada pre atau post konseling. Bila hasil tes positif maka mereka tidak akan lama lagi bekerja dan tidak mendapat rekomendasi untuk mendapatkan perawatan dan perhatian dari seluruh lembaga kesehatan dan sosial.

- Peserta diminta untuk membuat daftar yang memuat cara-cara yang mungkin dapat memperbaiki keadaan, misalnya menawarkan layanan VCT, membina hubungan kemitraan dengan sebuah agen penyalur tenaga kerja, menawarkan pengajaran dan pemberdayaan bagi para pekerja yang akan bernigrasi
 - Kegiatan ini tidak boleh lebih dari 10 menit
 - Masing-masing kelompok harus menyajikan hasil kegiatannya pada seluruh kelompok dalam sebuah diskusi
3. Menanyakan kepada kelompok apakah masih ada pertanyaan lain dan tanyakan kepada mereka mengenai kotak pertanyaan
 4. Meminta para peserta untuk melengkapi lembar evaluasi dan menaruhnya di kotak pengumpulan formulir evaluasi

Perpustakaan BNN

Target Intervensi VCT

Populasi tak menetap= migran

Module 3 Sub module 6 / PPT23

Tujuan

- Memahami isu HIV/AIDS pada populasi yang tak menetap.
- Memahami relasi antara HIV/AIDS dan migrasi.
- Memahami strategi prevensi dan dukungan HIV/AIDS bagi populasi tak menetap.

“Populasi tak menetap (*migran*) mempunyai risiko tinggi lebih dari populasi umum karena buruknya kesehatan dan terutama infeksi HIV.”

Kerentanan migran terhadap HIV/AIDS

- Efek pola sosio-kultural dari situasi migran.
- Perubahan ekonomi pada migran.
- Ketersediaan layanan kesehatan dan aksesnya
- Kemampuan negara yang didatangi dalam memenuhi kebutuhan kesehatan migran , berkaitan dengan tradisinya

Tahapan intervensi

- Pra keberangkatan
- Migrasi
- Masa adaptasi
- Mapan
- Remigrasi

Pengkajian kerentanan HIV/AIDS para migran

- Pilihan (pakas atau sukarela).
- Keterikatan budaya.
- Intensi.
- Lama tinggal.
- Legal status.
- Kebutuhan negara tuan rumah

Kebutuhan Infrastruktur

Respon multi – level & multi negara

- Pengembangan legislasi & kebijakan untuk memastikan proteksi hak asasi manusia.
- Advokasi dan pemasaran sosial.
- Edukator masyarakat / pekerja penjangkauan.
- Teknologi terjangkau.
- Konselor.
- Jejaring rujukan/ layanan sosial.
- Organisasi mitra

Hambatan Potensial

- Bahasa dan budaya.
- Pengalaman trauma sebelumnya (ketakutan, prejudice & stigma).
- Migran tak terdaftar.
- Isu gender – (gerakan perempuan dan perubahan peran tradisional perempuan)

Proses Keberangkatan

Tingkat masyarakat

Buat kewaspadaan akan semua proses migrasi & risiko yang berkaitan dengannya– (IMS, HIV & RH).

Program pra keberangkatan

Informasi tentang kesehatan reproduksi.
HIV/AIDS.

Informasi tentang prosedur bandara dan lintas batas.

Layanan pemerintah dan LSM bagi para migran – dinegara penerima.

Penjelasan tentang budayanegara penerima.

VCT - (tawarkan).

Migrasi

Masa transisi perjalanan, lintas perbatasan, dan masa perjalanan –risiko eksploitasi seksual.

Pelancong tak punya dokumen mempunyai risiko nyata

Pencari kerja gelap (e.g.PSK terselubung).

Buruknya pengawasan kesehatan di daerah tampungan

Risiko infeksi nosokomial.

Proses Adaptasi

- Migran sangat peka terutama pada periode dini ini.
- Penjangkauan, *peer work & drop in centres*.
- Pengenalan penggunaan kondom, aksesnya dan pengurangan dampak buruk.
- Generasi kedua – konflik tata nilai

Migrasi balik negeri – pekerja pulang

- Terjadi perubahan budaya dan kepribadian : perubahan perilaku = peningkatan risiko.
- Penolakan masyarakat (dilihat sebagai penyebab epidemik).
- Pekerja tak punya tempat tinggal dan risiko relasi.
- Pengungkapan status/risiko HIV pada pasangan

Isu klinis dan hubungan penularan HIV

- Rasa percaya diri rendah dan kurangnya motivasi untuk melindungi diri.
- Stres pasca trauma, depresi dan gangguan penyesuaian > penggunaan napza & risiko penularan yang berkaitan dengannya.
- Penahanan- faktor risiko.

Kunci Intervensi Konseling

- Kaji, rujuk, dan manajemen gangguan mood.
- Penggunaan napza dan pengurangan dampak buruk, manajemen ketergantungan.
- Pemecahan masalah individu dalam hambatan perilaku aman.
- Permain peran dan rencana pengungkapan risiko dan atau status HIV.
- Terapi keluarga dan konseling pasangan.
- Manajemen penolakan & rujukan dari institusi pemberi dukungan.

Tes Mandatori

"Suatu pelanggaran besar hak azasi manusia pada para pekerja migran adalah memulangkan para pekerja itu setelah hasil tes wajib HIV menunjukkan hasil positif. Tes wajib seringkali dilakukan saat mereka memperpanjang izin kerja. UNAIDS dan WHO menentang tes wajib HIV."

Tes Mandatori

"A gross violation of the human rights of migrant workers is the practice in many countries of deporting HIV-infected migrant workers who have been mandatory tested after they arrived or after they applied for an extension of their work permit. Both UNAIDS and WHO oppose mandatory HIV testing."

Aktivitas

Modul 3 Sub modul 6

Intervensi VCT bersasaran – populasi berpindah-pindah /migrasi

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Memahami isu HIV/AIDS pada populasi yang berpindah-pindah (*mobile population*)
- Memahami hubungan antara HIV/AIDS dan migrasi
- Mengenali strategi pencegahan HIV/AIDS dan dukungan untuk populasi berpindah

Introduksi

Migrasi dan mobilitas meningkat dalam beberapa tahun dan nampaknya akan terus meningkat :

- Transportasi darat, air dan udara tersedia dimana-mana
- Ketidak samaan kondisi ekonomi membuat masyarakat bergerak berpindah mencari nafkah
- Perdagangan masyarakat terbuka dan lintas batas
- Peperangan dan pergolakan membuat masyarakat mengungsi
- Pengorganisasian migrasi dan penyelundupan perpindahan manusia terus berlangsung

AIDS dan migrasi adalah dua isu sosial yang dihadapi dunia saat ini. Perpindahan penduduk beralasan dan masuk akal terjadi, mengingat setiap orang selalu mencari kehidupan yang lebih baik. Berikut ini pengamatan sebuah studi :

"Perpindahan populasi dari satu tempat ke tempat lain seringkali tidak rasional dan tidak mempunyai informasi yang cukup tentang situasi di tempat baru. Sangat sering harapan terlalu melambung untuk mendapat kehidupan yang lebih baik di tempat tujuan, kenyataannya mereka menemukan hidup yang kadang lebih buruk dari tempat lamanya dan dieksploitasi orang lain."¹

Pengertian perubahan kemiskinan dan transisi ekonomi pada migran dan mereka yang berpindah membantu kita menjawab pertanyaan mengapa "populasi migran berisiko tinggi dibanding populasi umum , kesehatan buruk dan khususnya infeksi HIV."² Faktor kontribusi kerentanan terhadap HIV termasuk terbatasnya akses ke layanan kesehatan; layanan kesehatan tidak terampil melayani para migran; terbatasnya pengetahuan mereka akan berbagai informasi HIV/AIDS baik dari kampanye kesehatan masyarakat maupun dari media.

Mobilitas dan migrasi merupakan faktor risiko dan sekaligus menciptakan kondisi rentan bagi populasi.³

Kerentanan HIV

Ada beberapa kategori berbeda dari migran. Termasuk:

- Mereka yang memilih berpindah tempat dengan harapan mendapatkan kehidupan lebih baik.
- Mereka yang dipaksa keadaan untuk berpindah oleh gejala situasi di tempat tinggal lamanya (pengungsi).

- Mereka yang berpindah ke daerah dalam negara sendiri (biasanya karena faktor ekonomi, tetapi tak selalu demikian).

Populasi migran dan berpindah mempunyai informasi terbatas dan tak dapat dipercaya akan tempat yang dikunjungi. Mereka juga tidak mempunyai informasi tepat akan proses migrasi sesungguhnya. Misal ketika mereka menyerahkan pengurusan kepindahan pada agen komersial, agen seringkali mempercepat dan menganggap enteng proses sehingga mereka tak cukup persiapan akibatnya terjadi stres besar.

Migran dapat seringkali mengalami pelecehan hak asasi, meski di dunia internasional dan regional ada peraturan yang melindungi populasi migran dan berpindah, hanya sebagian saja yang diterapkan. *The International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*, yang diterbitkan oleh *Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and UNAIDS*, mengatakan bahwa :

"Tak ada alasan kesehatan masyarakat untuk membatasi kemerdekaan bergerak atau pilihan tempat tinggal dengan menggunakan penghambat status HIV. Dalam mempertimbangkan masuknya orang ke suatu negeri, dengan alasan kemanusiaan seperti penyatuan keluarga dan kebutuhan akan tempat penampungan, perlu ditimbang alasan kondisi ekonomi"⁴

Skala dan tingkat komitmen negara-negara akan prinsip umum hak asasi manusia secara langsung berdampak pada penanganan terhadap migran. Sekarang migran berjumlah 150 juta yang tinggal dan bekerja diluar negaranya. Di China dikatakan terdapat 100 juta orang yang secara teratur ke luar dari negerinya. Pada perbatasan Thailand dan Myanmar juga terlihat nyata adanya arus perpindahan penduduk. Migrasi didalam negeri merupakan isu penting di Indonesia dan India.

Penilaian kerentanan HIV/AIDS

Populasi migran sering terjegal hukum di negara asing, mereka tak berizin kerja atau tinggal dan hidup dalam ketakutan dideportasi. Berhubungan dengan petugas pemerintah meningkatkan ketakutan dan kecurigaan, juga organisasi pemerintah dan LSM. Situasi ekonomi para migran yang tidak menguntungkan membuat mereka mempunyai keterbatasan pemilihan bidang kerja yang sesuai dan ini seringkali membuat mereka dipekerjakan secara tak menguntungkan. Mereka cenderung dieksploitasi, dilecehkan secara seksual. Untuk melindungi migran dari infeksi HIV/AIDS dan layanan kesehatan terhadap migran odha mensyaratkan pendekatan inovatif dan peka budaya serta menjaga kerahasiaan.⁵ Jika migran takut dideportasi atau ditahan mereka tak akan mencapai tempat layanan yang tak dapat menjaga kerahasiaan.

Perempuan dan anak perempuan menghadapi berbagai isu. Kesempatan penempatan dan kemampuan negosiasi kondisi kerja mereka terbatas. Penyelundup perempuan seringkali mempekerjakan mereka sebagai pekerja seks yang jelas dekat dengan risiko HIV.

Beberapa pertanyaan dibawah ini membantu penilaian kerentanan infeksi HIV para migran dan populasi berpindah. Pertanyaan ini diperlukan ketika diminta untuk menyusun program penanganan terhadap mereka.

Pilihan: Apakah mereka meninggalkan negeri asal secara sukarela ?

Kelekatan Budaya: Apa beda antara budaya tempat tinggal baru dengan negara asal ?

Niat: Apakah migran memang berniat tinggal di negara baru?

Lamanya masa tinggal: Migran dapat tinggal jangka pendek sampai beberapa generasi. Setiap jenis masa tinggal mempunyai syarat tertentu.

Status Legal: Status hukum mempengaruhi akses kesejahteraan dan kesehatan dan relasi migran dengan negara.

Kebutuhan negara tempat tinggal: Beberapa negara menerima migran dan memandang mereka sebagai bagian dari proses pembangunan bangsa. Lain negara memandang mereka sebagai pekerja dari jenis pekerjaan yang mereka tak mau kerjakan atau jangka pendek kerja alternatif.

Program menjawab kebutuhan migran

Kebutuhan migran sudah dapat terlihat di negara asal, karenanya perlu di respon dengan program yang luas sesuai dengan kebutuhan mereka seperti akses ke VCT. Konseling dapat dilihat sebagai suatu komponen yang idealnya berkelanjutan. Konselor VCT dan dukungan lainnya bagi populasi berpindah ini harus mempunyai hubungan dengan layanan lainnya, guna memahami isu dan tindakan terprogram menjawab kebutuhan mereka. Respon yang efektif bergerak dalam berbagai tingkatan dibawah ini :

- Pengembangan hukum dan kebijakan untuk memastikan hak asasi terlindungi
- Advokasi dan pemasaran sosial
- Edukator di masyarakat dan pekerja penjangkauan
- Teknologi *Rapid testing*
- Konseling termasuk dalam VCT
- Jejaring rujukan, layanan sosial
- Terapi yang sesuai
- Terapi terintegrasi dan layanan pencegahan

Respon multi level dibutuhkan oleh multi-negara. Kerjasama antar negara untuk melindungi penyebaran HIV sangat penting dan dapat dilakukan di semua tingkatan. Apapun kedudukan organisasi, ditingkat manapun tempatnya di propinsi dan negara, dapat dibangun hubungan antar layanan. Misal, jika populasi yang bekerja dengan anda berpindah tempat, legal atau tidak legal, ke negara tertentu, dapat dibuatkan hubungan dengan organisasi setara di negara tujuan dan membangun program dukungan bersama sebelum keberangkatan dan sesudah tiba (Lihat model CARAM dibawah ini).

Membangun kemitraan dengan organisasi lainnya sangat penting baik di sektor pemerintah maupun non pemerintah. Dengan keterbatasan sumber dana dan daya, perlu dipastikan adanya hubungan kerja dengan penyedia layanan lainnya dan adanya kebijakan lintas layanan. Misal, jika bekerja dengan imigran illegal, penting untuk diketahui organisasi lain dengan reputasi baik dan bekerja dalam lapangan yang sama, yang dapat menerima rujukan klien anda. Jejaring kerja seperti ini menjadi penting ketika klien HIV (+).

Konferensi regional seperti *International Conference on AIDS in Asia and the Pacific* (ICAAP) yang berlangsung setiap dua tahun dan pertemuan regional lainnya adalah tempat terbaik menghubungkan berbagai institusi dalam jejaring di beberapa negara dan mengenal personel dalam institusi ini. Juga terdapat jejaring regional seperti *the Asia Pacific Council of AIDS Service Organisations (APCASO)* <http://www.apcaso.org>, dimana kita dapat menjumpai orang-orang yang dapat dihubungi diberbagai negara di Asia. E-mail dapat juga digunakan untuk

mendiskusikan daftar organisasi lain yang dapat diajak kerjasama seperti SEA-AIDS¹. Pembentukan hubungan kerja dengan negara lain akan membantu memperkuat jejaring rujukan dan peningkatan akses layanan sosial untuk klien. Melalui cara ini didapat sumber informasi tentang gambaran negara tujuan.

Indonesia & kerentanan HIV dan migrasi

"Faktor utama adalah perilaku para migran yang menempatkan mereka dalam kelompok berisiko tinggi terinfeksi. Migran kebanyakan anak muda, terutama laki-laki, yang pada umumnya terpisah dari pasangan, lepas dari ikatan tradisi perilaku, terutama perilaku seksual. Pertumbuhan industri seks di lokasi dimana mereka terkonsentrasi menambah besarnya risiko. Seringkali dapat ditentukan 'titik panas' tempat migran terkonsentrasi dan bersamaan dengan tumbuhnya industri seksual di daerah tersebut, meningkatkan prevalensi risiko infeksi seksual melebihi angka nasional. Beberapa titik seperti itu termasuk wilayah transit, lokasi tempat yang mempekerjakan para migran, pelabuhan, kota dan pedesaan, tempat pertambangan, industri, pertanian, dan area konstruksi, terutama di daerah pinggiran kota, rute transportasi, tempat pemberhentian dan perbatasan. Terdapat pola yang jelas dari masyarakat yang berpindah berkaitan dengan perilaku berisiko tinggi (terutama seks dengan para PS) dibandingkan dengan mereka yang tidak berpindah. Relasi antara kelompok berpindah dengan industri seks sangat dekat."

Population mobility and HIV/AIDS in Indonesia, Graham Hugo, UNDP 2001

Migran seperti air mudah mengalir, karena itu agar layanan pencegahan penularan HIV efektif perlu menjawab kebutuhan mereka dengan tepat sesuai dengan kerentanan mereka terhadap infeksi dalam berbagai tahap proses mobilitas dan lokasi geografisnya.⁶ Tahap migrasi adalah sebagai berikut:

- Pra-keberangkatan
- Migrasi
- Masa adaptasi
- Menetap
- Remigrasi

Pra-keberangkatan

Perlu diciptakan kesadaran masyarakat akan proses migrasi secara keseluruhan dan risiko yang menyertainya (IMS dan HIV). Program pra-keberangkatan termasuk informasi kesehatan reproduksi, HIV/AIDS, informasi prosedur bandara dan perbatasan, layanan pemerintah dan LSM untuk para migran di negara yang didatangi dan keterangan tentang budaya). VCT harus ditawarkan disertai dengan dukungan yang memadai (lihat studi kasus CARAM dibawah ini).

Migrasi

Proses migrasi dapat cepat atau lama. Selama proses ini mungkin terjadi eksploitasi seksual berat dari perempuan, anak laki-laki dan perempuan. Mereka yang direkrut untuk pekerja seks

¹ Untuk beranggapan SEA-AIDS kirimkan pesan kosong pada join-sea-aids@healthdev.net atau <http://www.hdnert.org/>

mungkin berpindah dari satu area ke area lain secara berkala di tengah masyarakat. Para petualang tanpa dokumen jelas berisiko, mereka tak mempunyai kendali atas lingkungan dan perencanaan perjalanan. Tempat penahanan para migran mungkin keadaannya buruk dari sisi infeksi dan tak ada akses ke layanan pencegahan HIV. Mungkin perlu mengembangkan program dengan pelbagai organisasi guna meningkatkan akses ke migran dan menyediakan layanan edukasi.

Adaptasi

Migran rentan selama periode awal ini. Pada periode ini mereka tak diperhitungkan keberadaannya, sehingga akses kepada kesehatan dan kesejahteraan hampir tidak ada, terutama jika mereka pendatang haram atau pekerja seks menghadapi berbagai tantangan penjangkauan, pendidikan sebaya dan rumah singgah migran dapat digunakan untuk membangun kemampuan individu dan masyarakat migran, juga intervensi inovatif lainnya. Misal perempuan yang diselundupkan sebagai pekerja seks menghadapi berbagai tantangan dalam periode ini. Mereka terdesak masuk dalam perilaku berisiko yang mereka tak kenali sebelumnya. Klien atau mucikarnya menekan mereka untuk tidak menggunakan kondom. Program penjangkauan perlu diperkuat dan mempunyai hubungan dengan para pengelolanya, sekaligus perempuannya.

Penempatan

UNAIDS merekomendasikan program khusus untuk migran berbasis pengamatan bahwa migran migran cenderung mempunyai pasangan seksual dan mempunyai penghubung dalam kelompoknya- karena itu risiko lebih besar dalam lingkungannya.⁷ Kerentanan migran bervariasi sangat besar pada masa ini dan melanggar norma tradisi akan mengubah perilaku dan meningkatkan risiko. Intervensi harus merefleksikan perubahan kebutuhan dari kelompok sasaran.

Remigrasi

Remigrasi merupakan periode dengan kerentanan tinggi. Individu yang berpindah dari negara asalnya mengubah perilaku dan budaya yang menyebabkan mereka berperilaku aneh dan memasukkan mereka dalam risiko tinggi, terlebih bagi mereka yang ditolak oleh komunitas asalnya karena HIV positif. Ketika migran HIV positif mereka juga berhadapan akan isu pengungkapan status dirinya pada pasangan dan keluarga serta isu lainnya. Layanan harus rahasia dan tak menghakimi. Edukasi lebih luas dalam masyarakat diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan akan penularan HIV dan bagaimana perawatan dan dukungan odha.

Isu layanan bagi migran dan populasi berpindah

Isu klinis dan hubungan penularan HIV

- Rendahnya rasa percaya diri dan motivasi untuk melindungi diri
- *Post traumatic stress disorder*, Depresi dan gangguan penyesuaian
- Penggunaan napza dan alkohol serta perilaku berisiko berkaitan dengan penularan
- Penahanan – faktor risiko

Kunci konseling intervensi

- Penilaian, rujukan, dan manajemen gangguan mood
- Penggunaan napza dan alkohol serta pengurangan dampak buruk untuk ketergantungan

- Pemecahan masalah individu penghambat perilaku aman
- Bermain peran dan perencanaan untuk pengungkapan status dan risiko HIV
- Terapi keluarga dan konseling pasangan
- Menatalaksana penolakan dan rujukan untuk memberi dukungan

Tes wajib dan hak asasi manusia

Dari riset CARAM (*Coordination of Action Research on AIDS and Mobility, Asia*) kita pelajari kebanyakan pekerja migran tak menyadari mereka di tes ketika akan migrasi. Konseling untuk melakukan tes tak pernah dilakukan dan hasilnya tak pernah disampaikan kepada yang bersangkutan. Jelas bahwa tes digunakan untuk negeri penerima guna menghambat masuknya migran. Tes tidak digunakan untuk kepentingan individu. Sudah waktunya untuk mendiskusikan ditingkat pemerintah beberapa praktek yang dapat diterima.

Pekerja migran seringkali di tes selama ia tinggal di negeri penerima, misalnya ketika mereka mengurus perpanjangan izin. Di Malaysia dan negara Teluk, hasil tes positif membuat ia dikembalikan ke negeri asal. Disini kita dihadapkan lagi pada negara yang menggunakan status HIV sebagai cara untuk tidak melindungi individu.⁸

Tes wajib HIV tidak direkomendasikan oleh UNAIDS atau WHO. Jika tes wajib dilakukan pada migran yang datang, maka perlu ditingkatkan intervensi yang memadai yang dapat menurunkan dampak tes dan menyiapkan migran untuk tindakan yang harus dihadapi.

Migran Filipina, sesuai hasil studi, bila hasil tes HIV (+) maka ia akan tidak dimungkinkan bekerja di negaranya. Ketika mereka dijumpai HIV (+) di negara lain, maka ia segera dideportasi dan dampaknya akan terlihat dengan munculnya depresi dan kemarahan mental.⁹

Studi kasus dari CARAM menggambarkan situasi dimana pekerja Bangladesh di rekrut resmi untuk bekerja di Malaysia. Proyek The SHISUK – CARAM bekerja sama dengan pusat diagnostik dimana migran di tes beberapa penyakit termasuk HIV. Tes wajib pada pekerja diharapkan dapat dilakukan atas permintaan mereka. CARAM tidak mendukung tes wajib tetapi menganjurkan adanya kerjasama dengan pusat diagnostik sehingga perawatan dan dukungan bagi migran dapat ditingkatkan.

Studi Kasus – Konseling HIV/AIDS dan program edukasi untuk pekerja migran²

Dilaksanakan oleh SHISUK – CARAM Bangladesh

SHISUK (Shikha Shastha Unnayan Karzakam) dan CARAM (Coordination of Action Research on AIDS and Mobility, Asia) mengembangkan strategi spesifik bekerja dengan migran.

Edukasi strategi termasuk informasi akan :

- Fakta dasar HIV/AIDS.
- Informasi tes HIV dan konsekuensinya
- Konseling praktek seks aman
- Bagaimana cara menggunakan kondom dan mendemonstrasikannya
- Perlunya kontak terus menerus dengan keluarga di rumah
- Bagaimana merujuk migran HIV (+) yang bekerja di luar negeri untuk mendukung organisasi

² Informasi lebih lanjut akan kegiatan ini dan sumber lainnya untuk HIV/AIDS dan populasi migran pada : <http://caram.asia.gn.apc.org/>

- Berikan materi edukasi dan berita terkini.

Program membantu proses migran. Konselor dan pekerja penjangkauan membantu migran secara saling melengkapi untuk mengisi form dan bernegosiasi pada *stakeholders*. Kalau diperlukan, merujuk migran ke layanan lainnya.³ Untuk mereka yang didiagnosis HIV (+) , program membawa mereka pada tes lanjutan dan konseling pada konselor profesional. SHISUK membangun jejaring yang kuat dengan bantuan hukum, penyedia layanan dan dokter spesialis untuk IMS serta HIV .

Tindak lanjut dengan para pekerja migran

Program konseling HIV/AIDS dan edukasi seksual membangun mekanisme tindak lanjut dengan komunikasi perubahan perilaku yang dapat diperluas sampai ketika para migran pekerja meninggalkan tempat tujuan. Mula-mula, pusat diagnostik memberikan paket komunikasi termasuk tas paspor, alat tulis dan catatan, amplop, kondom, dan bahan lain yang diperlukan. Pesan khusus dan alamat SHISUK tercetak pada bahan.

Ketika migran yang telah dikonseling kembali ke masyarakat (periode waktu antara rekrutmen dan migrasi , mungkin memerlukan waktu 6 bulan), SHISUK berkomunikasi dengan mereka melalui pos. Komunikasi tindak lanjut digunakan untuk umpan balik selanjutnya⁴, untuk tetap mengingatkan mereka agar tetap konseling dan membagi pengalaman kepada lainnya.

SHISUK juga mengidentifikasi orang-orang yang bekerja sebagai edukator sebaya melalui proses ini , tergantung minat dan kemampuan mereka untuk menyampaikan informasi. Migran terpilih dilatih menjalankan program (SHISUK telah melaksanakan tiga pelatihan mengingat , setiap pelatihan memerlukan waktu 3 hari) tentang bagaimana cara menyebarkan informasi di komunitas kampungnya dan bekerja sebagai edukator sebaya diantara para migran di negara tujuan. Pekerja penjangkauan mengunjungi wilayah tempat mereka berada untuk berinteraksi dengan migran terpilih dan komunitasnya.

SHISUK menyediakan daftar edukator sebaya untuk bermitra dengan organisasi seperti Tenaganita (CARAM Malaysia) pada negara penerima untuk tindak lanjut pasca pemberangkatan. Bilamana tidak ada organisasi yang bekerja dengan migran di negara tujuan maka dibangun mekanisme kerja untuk berhubungan dengan SHISUK dan kelompok migran. Edukator sebaya bekerja secara sukarela, meski mereka mendapat imbalan untuk menghadiri pelatihan, seminar dan pertemuan kerja ditempat kerja sebelum pemberangkatan.

Rujukan

¹ Report on the study on mobile populations in and around Raxaul, Bihar. Bhoruka Public Welfare Trust, Calcutta, 1999. Quoted in Facilitating Safe Mobility: Towards a Regional Strategy, An Analysis of the HIV Vulnerability of Migrant Workers in and from South Asia. UNDP 2001.

² Zwi A, Cabral AJ (1991) Identifying "high risk situations" for preventing AIDS. British Medical Journal 303:1527-1529

³ Kebanyakan para migran berasal dari desa. Mereka berupaya berulang kali ke ibukota selama proses migrasi , tetapi kebanyakan gagal untuk memperoleh akomodasi yang aman. SHISUK bekerja dalam kasus ini, kadang mengimkan mereka ke tempat penampungan , dalam jumlah yang amat sedikit.

⁴ Sesudah pemeriksaan kesehatan jika para migran dikonseling, masih memerlukan waktu 3-6 bulan sebelum pemberangkatan ke tempat tujuan kerja. Mengingat konseling tak cukup panjang untuk membicarakan isu yang diperlukan, maka dalam komunikasi tindak lanjut para migran diingatkan akan diskusi dalam konseling dan diminta singgah di bagian informasi SHISUK sebelum keberangkatan. Kebanyakan pekerja migran datang ke meja informasi dan menulis surat kepada SHISUK memohon keterangan lebih jauh.

³ Towards a Regional Strategy, An Analysis of the HIV Vulnerability of Migrant Workers in and from South Asia. UNDP 2001

⁴ HIV/AIDS and Human Rights, International Guidelines, United Nations, New York and Geneva, 1998, HR/PUB/98/1, para 105 and 106

⁵ Ibid. 4

⁶ Towards a Regional Strategy, An Analysis of the HIV Vulnerability of Migrant Workers in and from South Asia. UNDP 2001

⁷ UNAIDS, UNESCO (2000). Migrant Populations and HIV/AIDS, UNAIDS Best Practice Key Material, 5

⁸ Wofflers I (1999), Testing for HIV and Migrant Workers, http://caramasia.gn.apc.org/caap_hivtesting.html

⁹ Lourdes M, Marin S, "The Impact of HIV/AIDS Policy and Programme Implications: Case studies of Filipino Migrant Workers Living with HIV/AIDS". Abstract 0432, Sixth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific

Perpustakaan BNN

Modul 3

Sub Modul 6

Lembar kegiatan 21

Skenario

Saudara akan dipekerjakan sebagai pekerja yang membangun bendungan di kota terdekat. Proses rekrutmen mensyaratkan bahwa pekerja yang potensial terinfeksi harus dites HIV dan tanpa pra atau pasca tes konseling. Bila hasil tes positif maka mereka tidak akan lama lagi dipekerjakan, dan tidak mendapat rekomendasi tunjangan perawatan dari seluruh lembaga kesehatan dan sosial.

- Buatlah daftar strategi yang mungkin berguna untuk menolong meringankan beban pada situasi ini. Contoh, menawarkan VCT, tempat yang bekerja sama dengan lembaga lapangan kerja, menawarkan pendidikan dan tempat untuk imigrasi.

Perpustakaan BNN

Intervensi VCT pada Sasaran - Lembaga Pemasyarakatan (opt)

MODUL 3
Sub Modul 7
TARGET INTERVENSI VCT

MODUL 3
Sub modul 7
Intervensi VCT bersasaran – Lembaga pemasyarakatan

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Menunjukkan adanya ketidak siapan menangani masalah HIV/AIDS di lembaga pemasyarakatan
 - Mengidentifikasi strategi pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di lembaga pemasyarakatan
-

Waktu yang dibutuhkan

2 jam

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (**PPT24**)
 - Lembar kegiatan (**AS22**)
 - Naskah (**HO23**)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak tempat mengumpulkan formulir evaluasi
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Menyampaikan materi dengan menggunakan tayangan PowerPoint (**PPT24**). Selama presentasi mintalah kepada peserta latih untuk aktif.
2. **Kegiatan: Kegiatan VCT di lembaga pemasyarakatan (AS22)**
 - Mintalah para peserta untuk membuat bagan alur dari konseling yang tepat, pencegahan dan rujukan untuk lembaga pemasyarakatan.
 - Mereka harus menyadari:
 - o Bagaimana seorang narapidana dapat mengikuti VCT seperti layaknya perilaku yang normal ?
 - o Bagaimana kita mendapatkan hasilnya dari narapidana tersebut ? (termasuk memintanya untuk mengirimkan hasilnya)
 - o Siapa yang mempunyai wewenang untuk melihat rekam medisnya ?
 - o Bagaimana saudara menembus penjagaan ?
 - o Pelaksanaan penyuluhan lain mengenai HIV dan aktivitas pencegahan
 - o Bagaimana anda merancang penatalaksanaan medis lain bagi narapidana yang berada dalam kondisi mengidap HIV serius ?
 - o Bagaimana saudara merancang VCT dan penyuluhan pencegahan sebelum koen dibebaskan ?
 - o Bagaimana saudara menangani masalah yang berhubungan dengan para narapidana yang terdiagnosa HIV positif dan memberitahukan status HIV mereka kepada teman seksual mereka ?
3. Menanyakan kepada kelompok jika masih ada pertanyaan dan mengingatkan mereka tentang "kotak pertanyaan"
4. Meminta para peserta untuk melengkapi formulir evaluasi dan meletakkannya di "kotak tempat mengumpulkan formulir evaluasi"

Intervensi VCT Bersasaran

Rumah Tahanan

Module 3 Sub module 7 / PPT24

Tujuan

- Mengenali isu manajemen HIV/AIDS di rumah tahanan
- Mengenali strategi pencegahan dan dukungan HIV/AIDS di rumah tahanan

PENYALAHGUNAAN NAPZA & HIV/AIDS DI LAPAS/RUTAN

■ PENDAHULUAN:

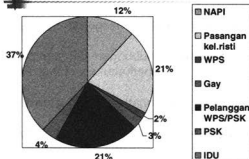
Sebagian besar negara di dunia mempunyai prioritas rendah pada masalah kesehatan di Lapas/Rutan

Lapas merupakan tempat mudah untuk penularan virus melalui darah maupun hubungan seksual

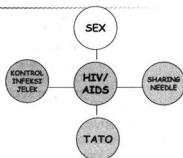
PREVALENSI HIV

- A.S: prevalensi di Lapas 5 x lebih besar dari populasi umum
- Thailand: Napi / Tahanan Narkotika meningkat 5 x lebih besar dari 1992-1997 dari 12,860-67,440
- Nepal : 28% dari 95 Napi/Tahanan yang di wawancara, terdapat 75% IDU menjalankan penggunaan jarum bersama
- LP Kerobokan : 35 dari 62 NAPI (IDU) 56% HIV positif

ESTIMASI ODHA DI JAKARTA
SEBESAR 24.000 ORANG



MENGAPA HIV/AIDS JADI MASALAH DI LAPAS/RUTAN?



KONTROL INFEKSI JELEK

- Kepadatan hunian di lapas/rutan, kurangnya air mendorong penularan infeksi lebih mudah
- Fasilitas yankes dengan SDM terbatas, membuat pengawasan infeksi kurang berakibat risiko penularan HIV dan peny. lain yg ditularkan melalui darah meningkat

PENGUNAAN JARUM SUNTIK BERSAMA

- Bila dimasyarakat pengguna Napza jarum suntik, maka di lapas juga akan menggunakan jarum suntik
- Sulit mendapat jarum di Lapas/Rutan mendorong meningkatnya penggunaan bergantian, sterilitas tak terjaga krn kelangkaan bahan pembersih

SEX

Beberapa studi yg melaporkan kegiatan homoseksual di Lapas/Rutan:

- BRAZIL: 73%
- AUSTRALIA: 6%
- KANADA: 12%
- NIGERIA: 71 % muda dan 29% tua
7,8% kondom
96 % tahu cara penularan HIV

TATO

- Pembuatan tato dan upacara " sumpah satu darah" atau *ritual blood brother* sering terjadi dg alat yg digunakan bergantian tdk disterilkan

APA YANG DAPAT DILAKUKAN OLEH PROGRAM MENCEGAH HIV/AIDS DI LAPAS / RUTAN

MENGAKUI KENYATAAN
BAHWA PENGGUNAAN NAPZA SUNTIK
DAN SEKS TERJADI
DI LAPAS/RUTAN

STRATEGI PERAWATAN & PENCEGAHAN HIV

- VCT PD SAAT MASUK DAN SEBELUM BEBAS
- PROGRAM PENDIDIKAN SESAMA NAPI/TAHANAN
- PROGRAM HIDUP SEHAT UTK NAPI
- AKSES THD KONDOM?
- PENGGUNAAN JARUM SUNTIK?
- PENYEDIAAN PERALATAN SUNTIK?

STRATEGI PERAWATAN DAN PENCEGAHAN HIV

VCT PADA SAAT MASUK DAN SEBELUM BEBAS

- Tes HIV secara paksa tanpa persetujuan NAPI/TAHANAN → tdk etis
- Harus sukarela, bukan kewenangan LAPAS/RUTAN → *informed consent*
- Kerahasiaan (*confidentiality*) bila HIV positif harus di jaga

STRATEGI PERAWATAN DAN PENCEGAHAN HIV

Program Pendidikan kelompok sesama Napi/Tahanan

- Lebih efektif, karena NAPI/TAHANAN biasanya tdk percaya pada petugas
- Dapat memberi informasi tentang HIV/AIDS, peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku

STRATEGI PERAWATAN DAN PENCEGAHAN HIV

Program Hidup Sehat NAPI/TAHANAN Napi butuh akses terhadap informasi:

- Makanan sehat
- Program berhenti merokok
- Dampak penyalahgunaan NAPZA
- Pelayanan kesehatan primer
- Program Detoksifikasi
- Kesempatan pendidikan & pilihan lain yang memberi dukungan NAPI agar hidup sehat

STRATEGI PERAWATAN DAN PENCEGAHAN HIV

AKSES TERHADAP KONDOM

- Ketakutan LAPAS/RUTAN : dengan menyediakan kondom → mempromosikan seks sesama NAPI/TAHANAN
- Tahun 1998: penelitian pd 20 LAPAS di negara EROPA: tidak ada fakta yang menunjukkan ketersediaan kondom dengan peningkatan aktivitas seksual di LAPAS ? RUTAN
- Kondom dapat diletakkan ditempat yang mudah dijangkau

Strategi perawatan & pencegahan HIV

PENGUNA JARUM SUNTIK (INJECTING DRUG USE=IDU)

MINIMAL —————> PENGGUNA NAPZA

STRATEGI

STRATEGI MENGATASI MASALAH YG BERHUBUNGAN DENGAN NAPZA

DEMAND REDUCTION:

- DETOKSIFIKASI
- PROGRAM METHADONE, BUPRENORFIN
- PROGRAM MENGATASI MASALAH RESWA
- MET

HARM REDUCTION:

- INFORMASI MENYUNTIK YANG
- AMAN/PEMBERSIHAN ALAT SUNTIK

MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN DI LAPAS/RUTAN

Semua NAPI/TAHANAN mempunyai Hak untuk menerima pelayanan kesehatan, termasuk upaya pencegahan penyakit tanpa ada diskriminasi, hal ini merupakan penghormatan terhadap hak kewarganegaraan dan status hukum mereka



MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN DI LAPAS/RUTAN

Beberapa isu penting:

1. Catatan Medik
2. Meningkatkan akses pelayanan pada NAPI setelah bebas
3. Meningkatkan jangkauan VCT
4. Mengurangi stigma



Voluntary Counselling and Testing di Lapas/Rutan

Intervensi:

- Pre tes dan post tes konseling
- Pelatihan dan pengawasan kelompok
- Dilat petugas lapas dalam intervensi HIV
- Mengurangi risiko bunuh diri dan rujukan keswa
- VCT utk mengatasi masalah petugas yg kontak dg HIV positif
- Konseling sebelum bebas: mengurangi risiko, mengungkapkan status pd pasangan, terapi dan rujukan
- Demonstrasi penggunaan kondom dan alat suntik yang aman



Perilaku berisiko HIV di Rutan

- Di Thailand tahanan pengguna narkotik meningkat lima kali dari 1992-1999, 12,860 sampai 67,440. (Beyer et al 2002)
- Studi di Nepal dengan cohort 95 napi pengguna narkotik dengan suntikan 28% dan 75% selalu bergantian alat suntik (Paul et al 2002)



Infeksi HIV di Lapas Thailand

- Di Thailand angka infeksi HIV di Lapas juga tinggi dibanding populasi umum.
- Studi di Klongprem Central Prison di Bangkok mengindikasikan angka 10% infeksi HIV pada penghuninya.
- Pada 1997, dari mereka yang dimasukkan ke RS, 41% terinfeksi HIV, dan tuberkulosa merupakan infeksi oportunistik terbanyak.

Umlertworapong J (1997). HIV/AIDS and pulmonary tuberculosis in a prison, Thailand. Journal of AIDS Overseas (Thailand)



Vektor Umum pembawa penularan

Aktivitas sebelum masuk

- Suntikan.
- Seks.
- Migran/pengungsi (daerah epidemi tinggi).
- Hubungan seks laki-laki dengan laki-laki.
- Buruknya layanan sektor kesehatan dim pengendalian infeksi dan keamanan darah.



Penularan selama masa tahanan

- Penggunaan bersama/bergantian peralatan suntik.
- Seks.
 - Dari penghuni ke penghuni – saling setuju
 - Dari penghuni ke staf Lapas – saling setuju/paksa.
 - Dari penghuni ke penghuni – kekerasan seksual.
- Membuat tattoo "blood brother" atau ritual kelompok dengan instrumen tumpul".
- Buruknya pengendalian infeksi di layanan medis Lapas.

HIV dan *Injecting Drug Use* di Thailand

- Studi di Thailand menunjukkan bahwa risiko infeksi HIV (1) datang dari penggunaan jarum suntik sebelum masuk dan sesudah keluar Lapas :
 - Injeksi methamphetamine sebelum ditahan
 - Penggunaan jarum suntik bergantian selama dalam Lapas
 - Meminjamkan jarum segera sesudah keluar penjara.
- Sebelum studi diatas dalam studi kohort 1209 IDU menyimpulkan : "penggunaan Napza selama di Lapas merupakan risik terbesar infeksi HIV para IDU di Bangkok."

1. Akumthorn B, Page-Surfer K, van Griensven G J P, et al. (2003)
2. Rakthum, D Kilaysorn, S Vanichseni et al. (2000)

Aktivitas laki-laki seks dengan laki-laki di Lapas di seluruh dunia

- Rio de Janeiro – 73% dari penghuni Lapas
- Zambia, Australia, Canada 6-12%.
- Nigeria – 71% dari penghuni lebih muda, 29% pada penghuni lebih tua. Hanya 7.8% menggunakan kondom meski 96% infeksi HIV baru datang dari hubungan seks. (UNAIDS 1997)

Strategi Kunci

- VCT ditawarkan pada saat masuk dan akan keluar.
- Program edukasi sebaya.
- Program kehidupan positif untuk para penghuni Lapas
- Kemudahan akses kondom rahasia
- IDU
 - Pengurangan permintaan (methadone, agonist, Rx untuk gangguan mood, wawancara motivasi).
 - Distribusi pemutih kadar kuat & edukasi penggunaan aman.

Strategi Kunci

- Penyediaan jarum dan semprit steril
 - Memiliki Napza ilegal.
 - Tetapi memiliki sebuah semprit diabaikan
 - Tidak diperlakukan sebagai dasar untuk disiplin atau analisis urin

Pertimbangan khusus Berkaitan dengan VCT & Pelayanan Medik

Pengawasan kesehatan Lapas hendaknya dibawah otoritas kesehatan

- Kepemilikan Catatan Medik
- Peningkatan akses ke layanan pasca bebas
- Peningkatan kebutuhan VCT.
- Penurunan tindak hukuman terkait perilaku berisiko HIV
- Penurunan stigmatisasi

Morbiditas Psikologik & Penghuni Lapas

22,790 penghuni lapas (umur rata-rata 29th) di negara Barat

Laki-laki

3.7% gangguan psikotik.

10% dengan depresi mayor

65% dengan gangguan personaliti, termasuk

47% dengan gangguan kepribadian

Perempuan

4.0% dengan gangguan psikotik, 12% dengan

depresi mayor dan 42%

dengan gangguan kepribadian, termasuk 21%

gangguan kepribadian antisosial.

(Fazel & Danesh, 2002)

Kesehatan Jiwa di Lapas

- Penghuni Lapas lebih tinggi, beberapa kali, menderita psikosis dan Depresi Mayor, dan sekitar 10 kali lebih dengan gangguan kepribadian antisosial daripada populasi umum
- Penulis menyimpulkan bahwa di seluruh dunia, beberapa juta penghuni lapas mempunyai masalah kejiwaan yang serius.
- Meningkatkan jumlah penghuni lapas yang HIV positif dan yang terkait dengan demensia AIDS (Solursh, Solursh & Meyer, 1993)

Kesehatan Jiwa di Lapas

- Sebuah studi dari 230 perempuan dan 758 laki-laki narapidana di Lapas Bangkok Metropolitan dan Bangkok Central menemukan hal-hal berikut :
 - Sekarang dengan psikosis 3.4%
 - Dengan depresi mayor 10%
 - Sekarang dengan episode manik 1.4%
 - Gangguan anxietas menyeluruh 6.6%
 - Distimia 4.3%.
- Gangguan ketergantungan amphetamines dikalangan napi setinggi 26.2% dan ketergantungan alkohol 12.2%.

Graspaopong D (2002). Journal of Mental Health of Thailand

Pemisahan HIV

- Kelompok 1 terdiri dari 40 napi HIV positif terpisah, dan Kelompok 2 terdiri dari campuran kelompok kontrol di lapas utama yang tak ada riwayat HIV seropositif
- Semua anggota kelompok 1 had a history of iv drug abuse. The mean GHQ-30 and BDI scores were significantly higher in Group 1, and 90% of Group 1 were psychiatric cases compared with just over 42% of Group 2. (Dorman et. al. 1993)

Peran Konselor

- Konseling Pra dan Pasca tes HIV.
- Pelatihan dan supervisi edukator sebaya.
- Edukasi dan pelatihan petugas Lapas.
- Pengurangan risiko bunuh diri & rujukan psikiatrik.
- VCT untuk pengelolaan paparan okupasional.
- Konseling sebelum bebas
 - Pengurangan risiko, pengungkapan diri pada pasangan, rujukan terapi.

Strategi Potensial VCT

- Petugas kesehatan dari organisasi luar. Mengunjungi & apasuntuk VCT.
- Layanan kesehatan vs petugas Lapas.
- Tes Cepat.
- Bangun kemitraan dengan petugas Lapas.
- Penilaian risiko yang sesuai.
- Terjangkaunya materi KIE untuk dukungan VCT.
- Layanan konseling via telepon.

Aktivitas

Modul 3
Sub modul 7
Intervensi VCT Bersasaran – rumah tahanan/lembaga pemsyarakatan

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Memahami isu yang berkaitan dengan manajemen HIV/AIDS di rumah tahanan
- Mengenali strategi pencegahan dan dukungan HIV/AIDS di rumah tahanan

Introduksi

Rumah tahanan (rutan) dan lembaga pemsyarakatan (lapas) merupakan tempat yang termasuk sulit untuk menjalankan pencegahan dan perawatan efektif HIV/AIDS, dan terapi untuk odha. Diseluruh dunia, kebanyakan masyarakat memberikan prioritas rendah isu kesehatan masyarakat di rumah tahanan. Di rumah tahanan penyebaran penyakit infeksi menular melalui darah dan lewat hubungan seks seperti HIV/AIDS sangat mudah. Jika tahanan atau narapidana terinfeksi selama dalam penahanan maka akan sangat mudah menyebarkannya ke masyarakat luas, karena kebanyakan mereka ditahan dalam waktu tertentu dan kembali ke masyarakat.

Meski pengawasan kuat, suasana rutin atau lapas, sangat memungkinkan penyebaran penyakit infeksi melalui hubungan seks dan penggunaan napza dengan alat suntik. Perilaku dipenjarakan dan kondisinya membuat risiko lebih besar daripada di dunia luar.

Riset terbatas akan perilaku nabi telah dilakukan di Asia.

Napi dan kesehatan jiwa

Survei psikiatri di populasi rutin/lapas di negara Barat didapatkan, dari 22,790 napi, 3.7% laki-laki menderita gangguan psikotik, 10% mempunyai gangguan jiwa dan 65% dengan gangguan kepribadian termasuk 47% dengan gangguan kepribadian. Diantara perempuan 4.0% dengan penyakit psikotik, 12% dengan gangguan jiwa dan 42% dengan gangguan kepribadian, termasuk 21% dengan gangguan kepribadian antisosial. Napi lebih banyak menderita psikotik dan gangguan jiwa, dan sekitar 10 kali lebih banyak gangguan kepribadian antisosial dibanding populasi umum.¹

Di Thailand sebuah studi dari 230 perempuan dan 758 laki-laki napi di lapas/rutan Bangkok Metropolitan dan Bangkok Central prevalensi gangguan psikiatrik: psikosis 3.4%, depresi mayor 10%; episode manik 1.4%; *generalised anxiety disorder* 6.6%, dan; distimia 4.3%. Ketergantungan amfetamin setinggi 26.2% dan ketergantungan alkohol 12.2%.²

Angka HIV

Angka HIV di lapas dapat atau tidak dapat merefleksikan apa yang terjadi di masyarakat.

Di Amerika Serikat, dimana epidemi AIDS mempunyai sejarah panjang dibanding Asia; angka AIDS di lapas federal dan negara bagian lima kali lebih tinggi daripada

populasi umum.³ Tidak ada gambaran akurat akan prevalensi HIV karena tak semua tahanan mengumumkan status HIV dirinya. Tetapi angka kasus positif di institusi ini meningkat cepat daripada populasi umum di Amerika Serikat.⁴

Di Thailand angka infeksi HIV lebih tinggi di lapas daripada di populasi umum. Sebuah studi di lapas pusat Klongprem di Bangkok menyatakan 10% infeksi HIV pada napi . Pada 1997, napi yang dirawat di rumah sakit , 41% terinfeksi HIV, tuberculosis merupakan infeksi oportunistik terbanyak.⁵

Studi di India 250 napi laki-laki dan 9 perempuan dari bermacam tindak kriminal di lapas distrik dekat Delhi diperiksa IMS dan penyakit yang ditularkan lewat darah termasuk HIV, sifilis dan hepatitis B dan C infeksi viral , penyakit kulit dll. Napi berumur 15-50 tahun . Seratus tujuh empat tak mengetahui dirinya terinfeksi AIDS. Dalam pemeriksaan 28 dari 240 (11.6%) napi mempunyai hepatitis aktif dengan atau tanpa riwayat sakit kuning pada dua tahun terakhir, 25 (10.4%) TB paru aktif dan 11 (4.6%) ulcus sifilis di penis. Tiga laki-laki (1.3%) dengan Western blot dikonfirmasi HIV-1 positif sedangkan 28 (11.1%) laki-laki dan 2 (22.2%) perempuan positif HBsAg. Dari 3 orang HIV-positif, seorang pengguna napza dengan alat suntik (IDU), yang kedua pengguna napza dan sering menjadi pekerja seks (PS) , sedangkan yang ketiga mendapatkan HIV dari hubungan homoseksual.⁶ Meski infeksi HIV rendah , studi ini menyarankan kondisi lapas perlu mendapat perhatian karena terbukti sebagai tempat menyebar cepatnya HIV diantara napi.

Tahanan atau napi mungkin telah melakukan praktek risiko tinggi atau rentan HIV sebelum proses hukum berjalan. IDU, PS, migran/pengungsi dan laki-laki seks dengan laki-laki lebih rentan mendapatkan infeksi HIV daripada kelompok lain. men (tergantung konteks) dan juga lebih rentan pada tahanan atau napi. Contoh, injecting drug users (IDU) sering masuk lapas karena penggunaan ilegal dan tindak kriminal akibat penggunaan napza. Di Thailand jumlah orang yang ditahan untuk kasus narkotik meningkat lima angka sejak 1992-1999, dari 12,860 menjadi 67,440.⁷ Studi di Nepal menunjukkan 28% dari 95 napi yang setuju menjalani wawancara lebih dalam adalah IDU dan 75% selalu menggunakan jarum bersama.⁸

Transmisi HIV di lapas dan rutan

Transmisi HIV dapat terjadi melalui:

- Bertukar alat suntik
- Penularan seksual melalui :
 - Napi ke napi, suka sama suka
 - Inapi ke petugas lapas, sukarela/paksa
- Napi ke napi, perkosaan
- Tattooing "blood brother" atau kelompok ritual dengan alat tumpul
- Kendali infeksi buruk di layanan medik rutan/lapas

Studi di Thailand mendapatkan infeksi HIV berkaitan dengan risiko menyuntik sebelum dan sesudah lapas : ,menyuntik amfetamin sebelum ditahan , bergantian alat suntik di dalam sel dan meminjam alat suntik segera sesudah di bebaskan.⁹ Pada studi kohort IDU di Thailand sebelum diatas, menyimpulkan bahwa "penggunaan napza di dalam lapas adalah risiko kuat terinfeksi dikalangan IDU di Bangkok."¹⁰

Penggunaan bersama alat suntik

Sama dengan di masyarakat umum, di lapas/rutan juga terdapat pengguna napza dengan alat suntik (IDU). Sulitnya mendapat peralatan suntik dan peraturan hukum tak mengizinkan, membuat mereka lebih sering menggunakan alat suntik bersama, dan sedikit sekali yang mensterilkan alat suntiknya. Alat suntik di lapas/rutan masuk melalui jalur gelap, atau mereka menciptakan sendiri alat untuk memasukkan napza ke dalam tubuhnya, dari peralatan seadanya. Studi di Thailand menunjukkan hal diatas dan penggunaan alat suntik bersama selama dalam tahanan.¹¹

Seks

Beberapa studi menyatakan terdapat hubungan seksual di lapas/rutan, baik antara para tahanan/ napi atau antara napi dengan petugas. Sebuah studi melaporkan, 73% napi di Brazil melakukan MSM di dalam lapas. Laporan lainnya mengatakan 6% dan 12% di lapas Australian dan Kanadan.¹² Studi dari Abadan di lapas Agodi prison in Ibadan, Nigeria melaporkan 71% napi muda dan 29% napi lebih tua melakukan MSM di lapas. Hanya 7.8% melaporkan penggunaan kondom meski 96% mengetahui HIV ditularkan lewat hubungan seks.¹³

Otoritas lapas di banyak negara menghindari atau menolak membicarakan tingginya aktivitas seksual di lapas. Proyek riset HIV dan lapas juga ditolak jika membicarakan aktivitas seks di lapas, informasi seks didapat melalui mereka yang telah bebas atau sebelum masuk.

Tattoo dan praktek darah bertemu darah

Tatoo terjadi dimana-mana , juga di lapas/rutan. Kurangnya akses ke alat steril dapat menyebarkan infeksi yang ditularkan melalui darah pada mereka yang mengukir tatoo atau ritual dengan darah lainnya..

Buruknya pengendalian infeksi di layanan medik lapas/rutan

Facilitas medik di lapas dan rutan amat minim petugas dan dana. Di Indonesia dana berobat sebagian besar tergantung keluarga. Akibatnya infeksi sukar dikendalikan dan penyebaran di mudahkan , termasuk penyakit menular melalui darah seperti HIV.

Strategi kunci untuk perawatan dan pencegahan

Pedoman WHO untuk HIV dan AIDS di laps¹⁴ memuat strategi komprehensif untuk tes, pencegahan dan perawatan dalam lapas. Pedoman ini memperhatikan hak asasi manusia dan pemahaman akan prinsip perubahan perilaku dan intervensi perawatan yang telah diterapkan di banyak negara dan menunjukkan keberhasilan. Walaupun peduman ini meuat praktek terbaik, tetapi hanya akan realistik bila bila memperhatikan kondisi dan situasi dalam menerapkannya , tidak semua dapat diterapkan sama disemua lapas. Berikut ini sdtartegi kunci yang diambil dari pedoman WHO yang dapat diterapkan untuk memperbaiki perawatan dan menurunkan penularan di lapas.

VCT ditawarkan pada saat masuk dan sebelum bebas

"Tidak etis dan efektif jika tes pada napi dilakukan secara paksa , dan harus dilarang."¹⁵

Idealnya napi di tes HIV secara sukarela. Mereka masuk kedalam program dengan persetujuan tertulis. Meski demikian , *informed consent* di lapas amat jarang

dilakukan dan banyak petugas lapas menganggap bahwa para napi telah kehilangan hak untuk mengambil keputusan sendiri untuk tes HIV.

Konselor perlu meninjau kembali kebijakan dan praktek yang ada di fasilitas lapas yang berkaitan dengan tes HIV dan bekerja dengan manajemen fasilitas guna membangun kebijakan tes yang memasukkan berbagai unsur praktek yang mungkin dilakukan. Jika tes HIV tidak sularela, perlu diperkenalkan konseling pre dan pasca tes untuk mengawal proses tes. Jika tes tidak dilakukan pada semua napi, maka opsi strategi yang tepat adalah VCT sebelum selesai hukuman. Pertimbangan kebutuhan akan kerahasiaan merupakan isu utama di lapas. Bila napi ditemukan HIV positif, dapatkah dijamin kerahasiaannya?

Program edukasi sebaya

Prinsip edukasi sebaya adalah peningkatan efektivitas intervensi edukasi, terutama untuk kelompok tertentu, ketika edukator sebaya menularkan pengetahuannya. Napi biasanya menyikapi informasi dari staf lapas dengan ketidakpercayaan dan kecurigaan yang tinggi. Program edukasi sebaya menunjukkan efektivitas dalam menyampaikan informasi akurat tentang HIV/AIDS, meningkatkan pengetahuan dan menggali perubahan perilaku. Meski demikian, program ini menakutkan petugas lapas juga karena akan memberdayakan napi. Penting untuk menanamkan rasa percaya dalam hubungan relasi dengan semua tingkat petugas dan manajemen lapas, terutama petugas penjaga karena mereka paling bertanggung jawab akan terlaksananya program edukasi sebaya.

Program hidup sehat untuk napi

Napi atau tahanan memerlukan akses informasi hidup sehat untuk mempertahankan kualitas hidup. Didalamnya termasuk informasi dan saran akan makanan sehat, program berhenti merokok, dampak penggunaan zat ilegal dan medikasi lainnya, perawatan kesehatan dasar, kelompok dukungan, program detoksifikasi, olahraga, kesempatan pendidikan dan opsi dukungan kesejahteraan napi.

Akses kondom

Otoritas lapas seringkali takut menyediakan kondom, karena perilaku seks dengan sesama jenis merupakan pelanggaran hukum di Indonesia. Seks seringkali dilakukan napi dengan sesama napi atau petugas penjaga. Di Kanada, kondom tersedia di lapas sejak 1992 dan dalam laporan survei di sistem lapas 20 negara pada tahun 1998, penulis menyatakan bahwa "penyediaan kondom di lapas makin luas diterima."

¹⁶ Tidak ada bukti dengan pembagian kondom maka aktivitas seks meningkat.

Kondom diletakkan menyebar dan mudah dijangkau.

Injecting drug use (IDU)

Banyak napi mempunyai masalah penggunaan napza, erat hubungannya antara penggunaan napza dengan tindak kriminal, baik napza legal maupun ilegal. Penggunaan napza dal alkohol, seperti alkohol, heroin, amphetamin mengakibatkan gangguan perilaku dan gangguan fisik. Respon strategi untuk masalah napza termasuk pengurangan dampak buruk (metadon, terapi untuk gangguan mood, wawancara meningkatkan motivasi) dan cara menyuntik aman (membersihkan peralatan suntik, informasi cara menyuntik aman).

Penyediaan alat suntik

Distribusi jarum dan semprit steril kepada napi dilakukan di beberapa negara Eropa dengan hasil yang dilaporkan : tidak adanya peningkatan penggunaan napza.¹⁷ Di Indonesia program ini masih banyak menimbulkan pertentangan. Ini tidak berarti program pengurangan dampak buruk tidak dapat dijalankan , mengingat tujuannya guna menghambat penyebaran infeksi virus melalui darah seperti Hepatitis C, akan tetapi perlu dipilih program mana yang dapat dijalankan sambil terus melakukan pendekatan kepada pengambil keputusan akan pentingnya inisiatif melakukan penularan melalui penggunaan jarum bersama. Data tentang keberhasilan banyak tersedia , juga tentang cara efektif mengurangi penularan HIV melalui penggunaan bersama alat suntik.

Distribusi pemutih kuat dan edukasi penggunaan aman

Otoritas penjara yang tak mengizinkan pembagian jarum suntik steril kepada napi, akan lebih mudah menjalankan program pembersihan jarum suntik dengan pemutih. Meski penggunaan pemutih tidak 100% efektif membunuh HIV dalam jarum dan semprit, pencucian dengan cara ini lebih mudah dilakukan guna menurunkan penularan melalui penggunaan jarum bersama. Cara membersihkan dengan pemutih perlu diajarkan. Materi KIE untuk napi perlu diperhatikan, juga bagi napi yang kurang dapat menangkap informasi.

Manajemen kesehatan di lapas

"Semua napi mempunyai hak perawatan kesehatan, termasuk prevensi yang sama dengan masyarakat di luar tanpa diskriminasi, dengan tetap memperhatikan status hukum atau kebangsaan"¹⁸

Satu strategi yang mungkin efektif dalam memperbaiki manajemen HIV/AIDS di lapas untuk membawa sistem kesehatan lapas dibawah pengawasan atau kendali sektor kesehatan pemerintah. Layanan medik yang tersedia di lapas sebaiknya sesuai standar yang ditetapkan Departemen Kesehatan dan handaklah ada Pedoman dari Departemen Kesehatan. Isu penting dalam hal ini adalah :

- Kepemilikan catatan medik
- Peningkatan akses ke layanan sesudah bebas hukuman
- Peningkatan memanfaatkan layanan VCT
- Penurunan tindakan hukuman berkaitan dengan perilaku berisiko
- Penurunan stigma

VCT di lapas

Intervensi

- Konseling pra dan pasca tes HIV
- Pelatihan dan supervisi edukator sebaya
- Edukasi dan pelatihan staf penjaga tentang pencegahan HIV (tetapi tidak untuk melaksanakan VCT, lihat dibawah)
- Pengurangan risiko bunuh diri dan rujukan psikologik
- VCT untuk ,manajemen paparan okupasional
- Konseling sebelum bebas hukuman : pengurangan risiko, pengungkapan status kepada pasangan, rujukan terapi
- Demonstrasi pemakaian kondom dan cara menyuntik aman

Butir-butir yang perlu pertimbangan

- Penggunaan konselor atau petugas terlatih dari organisasi luar . Petugas lapas, terutama mereka yang berhubungan langsung dengan napi tidak tepat untuk menjalankan konseling VCT di lapas tempatnya bekerja
- Konselor membutuhkan kemitraan dengan *stakeholders* kunci sebelum aktivitas dimulai. Tanpa dukungan dari petugas lapas dan manajemen, intervensi tak akan dapat dijalankan dan akan hilang tidak berumur panjang
- Lakukan penilaian risiko HIV dan IMS dengan daftar periksa (*checklist*) yang tepat termasuk semua perilaku seksual yang dialami dan kemungkinan paparan non seksual seperti penggunaan jarum suntik bersama
- Memberikan kecukupan materi KIE tentang penularan HIV dan teknik pencegahannya . Konselor harus memberikan pemahaman akan materi yang diberikan pada klien.
- Layanan konseling melalui telepon mungkin memadai jika diperkenankan.

Rujukan

- ¹ Fazel S, Danesh J (2002), Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys, *Lancet* Vol 359(9306) Feb 2002, 545-550.
- ² Graipaspong D (2002), Psychiatric disorders among the inmates: A study in the jails in Bangkok Metropolitan and the Bangkok Central Prison. *Journal of Mental Health of Thailand* Vol 10 No 2, May 2002, pp 77-88.
- ³ Kantor E, HIV (1998) Transmission and Prevention in Prisons, HIV InSite Knowledge Base Chapter
- ⁴ Thies PA, Coping with HIV: A study of HIV+ male inmates in a federal prison, *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences and Engineering*. Vol 60(9-B), Apr 2000, 4913, US: Univ Microfilms International.
- ⁵ Lerwitworapong J (1997), HIV/AIDS and pulmonary tuberculosis in a prison, Thailand. *Journal of AIDS Disease (Thailand)* Vol 9 No 4 1997, pp 215-224.
- ⁶ Singh S, Prasad R, Mohanty. A High prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections amongst the inmates of a district jail in Northern India. *International Journal of STD AIDS* 1999 Jul;10(7):475-8.
- ⁷ C Beyrer, J Juttiwitikarn, W Teokul et al, Drug use, increasing incarceration rates, and HIV risks in Thailand, 1992-2000. Abstract MoPeC3396, XVth International AIDS Conference, Barcelona 2002
- ⁸ C Paul, S Das Gupta, S Sharma et al. Awareness, perception and risk behaviours of drug users in the prisons. Abstract WeOrE1323, XVth International AIDS Conference, Barcelona 2002
- ⁹ Aumthompun B, Page-Shafer K, van Grievsven G J P, et al. Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study. *BMJ* 8 Feb 2003 No 7384
- ¹⁰ S Raktham, D Kitayaporn, S Vanichseni et al. (2000) Incarceration as a continuing HIV risk factor among injecting drug users (IDUs) in Bangkok. Mahidol University Annual Research Abstracts 2000.
- ¹¹ *ibid*
- ¹² UNAIDS (1997), Prisons and AIDS, <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/prisons/prispve.pdf>
- ¹³ Okochi C A, Oladejo O, Ajuwon A F, Knowledge and sexual behaviours of inmates of Agodi prison in Ibadan Nigeria. *International Quarterly of Community Health Education* Vol 19(4) 1999;2000, 353-362
- ¹⁴ UNAIDS/99.47/E (English original, September 1999). First printed 1993, WHO/GPA/DIR/93.3
- ¹⁵ *ibid*
- ¹⁶ Laporte J, Bolinni P, Management of HIV/AIDS related problems: Situation in European Prisons. Program and Abstracts of XII World AIDS Conference, Geneva. Abstract 44193
- ¹⁷ Kantor E, HIV (1998) Transmission and Prevention in Prisons, HIV InSite Knowledge Base Chapter
- ¹⁸ UNAIDS/99(English original, September 1999)

Modul 3
Sub Modul 7
Lembar kegiatan 22

VCT di dalam lembaga pemasyarakatan: Buatlah alur kegiatan konseling, pencegahan dan rujukan yang potensial untuk lembaga pemasyarakatan.

Pertimbangkanlah hal-hal di bawah ini:

- Bagaimana para narapidana dapat menerima layanan VCT yang terjaga kerahasiaannya?
- Bagaimana cara menyampaikan hasil tes kepada para narapidana (termasuk memanggil narapidana untuk menerima hasil)?
- Siapa saja yang boleh mengetahui catatan medik? Bagaimana saudara dapat menjaga kerahasiaannya?
- Bagaimana cara lain melakukan peningkatan kesadaran dan aktivitas pencegahan ?
- Bagaimana cara menarik perhatian medik untuk menangani narapidana yang sakit serius berkaitan dengan HIV?
- Bagaimana saudara mengelola VCT sebelum narapidana dibebaskan dan melakukan edukasi pencegahan?
- Bagaimana saudara dapat mengelola isu yang berkaitan dengan diagnosis narapidana HIV positif dan mengungkapkan statusnya kepada pasangan atau teman seks regularnya ?

MODUL 4

PERAWATAN PSIKOSOSIAL



BADAN NARKOTIKA NASIONAL
PUSAT LABORATORIUM dan REHABILITASI
2004

Konseling untuk Kelanjutan Perawatan Penyakit

MODUL 4
Sub Modul 1
PERAWATAN PSIKOSOSIAL

MODUL 4
Sub modul 1
Isu konseling untuk kelanjutan perawatan penyakit HIV

Tujuan

Peserta lain mampu :

- Mengidentifikasi hubungan antara VCT , terapi dan rawatan
 - Mengidentifikasi isu psikososial yang umum terjadi pada klien yang hidup dengan HIV
 - Mendeskripsikan rawatan lanjutan
-

Waktu yang dibutuhkan

3 jam

Materi Pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT25)
 - Naskah (HO24)
 - Lembar aktivitas (studi kasus) (AS23)
 - Kertas flip chart dan pena
ATAU
 - Lembar transparansi ,OHP dan pena
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak tempat formulir evaluasi
-

Isi

- Isu psikososial
 - Intervensi untuk isu psikososial
 - Rawatan lanjutan HIV/AIDS
 - Manajemen kasus
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Sampaikan informasi dengan tayangan PowerPoint (PPT25). Minta para peserta lain merujuk pada naskah (HO24). Waktu yang tersedia 90 menit untuk paparan materi termasuk aktivitas kelompok.
 - *Aktivitas:* Curah pendapat. Tayangan 4 minta peserta lain melihat "Mempertimbangkan isu psikososial umum Odha"
 - Minta kelompok curah pendapat akan berbagai isu umum dan menjelaskan mengapa setiap isu merupakan hal sulit bagi Odha. misal Ketakutan untuk mengungkapkan status , merupakan isu yang sulit bagi Odha karena ketakutan akan perlakuan diskriminasi terkait HIV.
2. Sesudah aktivitas ini selesai, dilanjutkan dengan penyampaian materi dengan meninjau kembali isu kunci umum dan mencatat bahwa kelompok telah membicarakan apa yang tercatat disitu. Bicarakan lebih rinci akan isu tersebut yang belum diangkat oleh kelompok.
3. *Aktivitas:* Curah pendapat.
 - Tayangan 12 minta peserta lain "Apa contoh intervensi yang menguntungkan Odha yang telah saudara lakukan ?"
 - Minta kelompok melakukan curah pendapat atas intervensi yang telah dilakukan guna membuka pengetahuan dan berbagi pengalaman atas topik intervensi. Misal jejaring kerja

dukungan kelompok akan sangat membantu Odha yang ditolak keluarga dan teman-teman, dan tak mempunyai dukungan dari siapapun serta sangat takut membuka diri ketika bertemu dengan orang baru.

4. **Aktivitas:** Aktivitas kelompok kecil.

Tayangan 18, ditutup dengan kesimpulan materi dan aktivitas kelompok kecil menyimpulkan. Fokus aktivitas ini adalah "Manajemen perencanaan kasus untuk dibicarakan dalam konseling penyakit HIV yang berlanjut"

- Bagilah peserta atas 4 kelompok kecil.
 - Setiap kelompok akan mendapatkan sebuah skenario klien yang berbeda untuk dibicarakan. Utarakan bahwa skenario klien ditujukan untuk menjawab isu psikososial ketika penyakit berlanjut dan ada 4 kasus – satu kasus asimtomatik, satu kasus simptomatik, satu untuk diagnosis AIDS dan satu lagi : meninggal dan sekarat.
 - Tujuan aktivitas adalah mengkonsolidasi bahan yang disampaikan pelatih , mengembangkan ketrampilan perencanaan manajemen kasus dan mempertimbangkan bagaimana VCT dihubungkan dengan layanan yang telah berjalan.
 - Waktu yang tersedia adalah 90 menit, termasuk:
 - o 5 menit untuk menjelaskan aktivitas
 - o 20 menit untuk curah pendapat kelompok kecil
 - o 1 jam untuk presentasi (15 menit per kelompok – 4 kelompok)
 - o 5 menit untuk menyimpulkan dan menjawab pertanyaan
 - Minta peserta latih merujuk pada **AS23** dan meninjau petunjuk:
 - o Memilih naskah untuk kelompok
 - o Menunjuk juru bicara kelompok
 - o Membaca skenario klien
 - o Curah pendapat isu psikososial spesifik untuk klien
 - o Curah pendapat strategi masa kini yang dapat diterapkan guna membantu klien
 - o Curah pendapat strategi yang sedang dijalani yang dapat diterapkan guna membantu klien
 - o Curah pendapat pilihan rujukan yang sesuai untuk klien dan mengidentifikasi isu
 - Minta kelompok besar membagi diri dalam 4 kelompok kecil. Distribusikan skenario klien , masing-masing kelompok mendapatkan satu skenario. Pastikan setiap anggota kelompok kecil mempunyai satu salinan skenario klien dan selembur *flip chart* atau transparan dan pena.
 - Amati kecepatan proses aktivitas kelompok dan jika perlu, berikan bantuan. Peserta latih didorong untuk menepati waktu dengan mengingatkan waktu yang tersisa , kalau perlu dorong mereka untuk bergerak ke bagian aktivitas selanjutnya jika waktu tersisa tinggal sedikit.
 - Pada akhir diskusi , minta peserta kembali ke kelompok besar. Minta umpan balik dari juru bicara kelompok. Presentasi meliputi topik : 1.Asimtomatik 2.Simtomatik 3. Diagnosis AIDS 4.Kematian dan menuju kematian.
 - Umpan balik setiap kelompok :
 - o Tanyakan kepada kelompok besar "Apakah masih ada pertanyaan atau komentar spesifik untuk kasus ini ?"
 - o Ajukan pertanyaan/ tambahkan komentar pelatih.
5. Simpulkan butir kunci dari sub modul.
6. Ingatkan peserta bahwa rujukan klien akan dibicarakan lebih rinci kemudian dalam pelatihan ini.
7. Minta peserta apakah masih ada pertanyaan dan ingatkan tentang "kotak pertanyaan".
8. Minta peserta melengkapi formulir evaluasi dan masukkan dalam "kotak tempat mengumpulkan formulir evaluasi".

Dibawah ini studi kasus dan beberapa ide yang mungkin dapat dikembangkan oleh kelompok kecil. Pelatih dapat memilih bahan yang diperlukan untuk membantu peserta guna menjalankan aktivitas dan memberikan umpan balik pada setiap presentasi kelompok.

Studi kasus 1: Asimtomatik

Laki-laki, 31 tahun, didiagnosis positif dua bulan lalu. Ia datang ke klinik anonim dengan pacarnya, karena merencanakan akan menikah. Setelah pemeriksaan darah, hasilnya positif untuk dia, dan negatif untuk pacarnya. Begitu tahu hasilnya, pacar meninggalkannya. Ia memang sering berhubungan seks dengan banyak perempuan dan ia berpikir mungkin dari salah satu diantara mereka ia mendapatkan infeksi. Ia sangat cemas apakah ia dapat menikah dan punya anak. Keluarganya selalu bertanya mengapa ia belum menikah, dan ia tak paham dapat menjawab sebabnya. Ia tak kenal seorangpun yang ia tahu status HIVnya positif.

Respon yang mungkin dilontarkan untuk kasus 1:

- *Isu*: penyesuaian terhadap diagnosis, kehilangan relasi, riwayat seks tak aman, ketakutan menularkan pada orang lain, merasa bersalah, takut mengungkapkan status, kurangnya dukungan sosial, kurangnya informasi, tentang HIV dan progresi penyakit.
- *Strategi segera* : edukasi dan informasi tentang HIV/AIDS, diskusikan tentang reaksi yang mungkin muncul sebagai tanggapan terhadap diagnosis , menormalisasi kesulitan penyesuaian, edukasi seks aman , curah pendapat strategi pemastian seks aman.
- *Strategi yang sedang berjalan*: merencanakan dan latihan pengungkapan diri , konseling untuk relasi yang hilang, dan mengembangkan relasi yang baru
- *Opsi rujukan*: konseling yang sedang berjalan, dukungan sebaya.

Studi kasus 2: Simtomatik

Laki-laki, 22 tahun, mempunyai ruam kulit di sekujur tubuhnya sejak delapan bulan lalu. Dokter memintanya untuk tes HIV, dan ia menderita HIV positif. Ia tinggal di rumah bersama kedua orangtua dan dua saudara perempuannya. Mereka sekeluarga tahu status ini namun tak membukanya kepada keluarga dan kawannya. Sekarang berat badannya menurun dan ia merasa mudah lelah. Ia berobat pada dukun , dan merasa lebih baik sesudah dua minggu. Sekarang ia mulai diare setiap hari. Ia seringkali beli obat ke apotek untuk diarenya. Ketika ia menimbang berat badannya ternyata ia telah kehilangan berat badannya 5 kilogram. Simtom ini membuat ia lebih sering tinggal di rumah daripada biasanya

Respon yang mungkin dilontarkan untuk kasus 2:

- *Isu*: penampakan ruam kulit , turunnya berat badan , mudah lelah, diare, penurunan tampilan fisik, diskriminasi akibat munculnya simtom , penarikan diri, kurangnya akses ke layanan lain, takut mengungkapkan diri kepada keluarga besar dan kawan-kawan.
- *Strategi segera*: edukasi dan informasi tentang HIV/AIDS, strategi pengelolaan perlakuan diskriminasi, strategi untuk melanjutkan aktivitas sosial.
- *Strategi yang sedang berjalan*: perencanaan dan pelatihan untuk mengungkapkan diri kepada keluarga besar dan kawan-kawan (jika diperlukan), konseling untuk hilangnya kendali diri dan perubahan tampilan fisik, persiapan untuk menghadapi kemunduran fungsi.
- *Opsi rujukan*: konseling tindak lanjut, dukungan sebaya, klinik atau rumah sakit untuk profilaksis infeksi oportunistik.

Studi kasus 3: AIDS

Laki-laki, 37 tahun, positif HIV tiga tahun lalu. Ia mengalami banyak infeksi oportunistik pada tiga tahun belakangan ini. Ia sangat tertekan karena sering sakit dan merasa menjadi beban keluarga. Sekarang dirawat di rumah sakit karena menderita tuberkulosis dan serangan pneumonia kedua (PCP). Dokter merekomendasikan terapi antiretroviral (ARV) akan tetapi ia miskin dan tak dapat membeli obat. Dokter tak dapat memastikan apakah ia akan membaik, karenanya ia tidak diperkenankan pulang. Keluarga ikut mendengarkan penyampaian dokter tentang kabar buruk ini.

Respon yang mungkin dilontarkan untuk kasus 3:

- *Isu:* riwayat penyakit yang kambuh, nampaknya tak akan sembuh, ketakutan akan mati, memprihatinkan keluarga, tidak punya uang cukup untuk berobat, kemunduran fisik, kehilangan kendali atas diri (hospitalisasi).
- *Strategi segera:* konseling duka dan kemungkinan tidak sembuh, dukungan keluarga, strategi mengendalikan dan martabat diri.
- *Strategi yang sedang berjalan:* persiapan untuk kesehatan diri yang makin mundur dan menuju kematian, mendiskusikan ketakutan mati dan menuju kematian.
- *Opsi rujukan:* konseling tindak lanjut, dukungan sebaya, perawatan paliatif, dukungan spiritual, dukungan pastoral, perawatan di rumah.

Studi kasus 4: Kematian dan menuju kematian

Perempuan, 23 tahun, meninggal pagi ini karena AIDS. Saudara perempuannya mendampingi menuju kematian. Semua anggota keluarga menolak ketika mereka tahu status positif dua bulan lalu. Seluruh anggota keluarga takut tertular HIV dan tak akan pernah mendengarkannya ketika menyampaikan edukasi tentang HIV. Selain dukungan saudara perempuan, perempuan ini terisolasi dan kesepian. Saudara perempuannya kini sedang mengelola perasaannya atas kehilangan karena kematian, karena mereka demikian dekat selama beberapa bulan belakangan ini. Setiap hari sang saudara perempuan mendengarkan ketakutan-ketakutan klien menuju kematian. Keduanya merasa telah mengutarakan segenap isi hati, ketika ia berpulang. Sekarang bagaimana cara menghubungi keluarga? Ia sangat cemas keluarga menolak kehadirannya kalau nanti ia sakit, karena merasa takut bahwa ia tertular HIV dari saudaranya yang meninggal. Saudara perempuan ini tak mampu mendekati keluarga, serta ia memerlukan bantuan seputar isu kematian pasien.

Respon yang mungkin dilontarkan untuk kasus 3:

- *Isu:* riwayat penyakit yang kambuh, nampaknya tak akan sembuh, ketakutan akan mati, memprihatinkan keluarga, tidak punya uang cukup untuk berobat, kemunduran fisik, kehilangan kendali atas diri (hospitalisasi).
- *Strategi segera:* konseling duka dan kemungkinan tidak sembuh, dukungan keluarga, strategi mengendalikan dan martabat diri.
- *Strategi yang sedang berjalan:* persiapan untuk kesehatan diri yang makin mundur dan menuju kematian, mendiskusikan ketakutan mati dan menuju kematian.
- *Opsi rujukan:* konseling tindak lanjut, dukungan sebaya, perawatan paliatif, dukungan spiritual, dukungan pastoral, perawatan di rumah.

Konseling lanjutan tentang berbagai isu berkaitan dengan terus berjalannya penyakit HIV

Module 4 Sub module 1 / PPT25



Tujuan

- Mengenali isu psikososial yang biasa terjadi pada Odha.
- Mengenali hubungan antara VCT dengan terapi dan perawatan.
- Mendeskripsikan rawatan lanjutan.
- Mengenali relasi antara pengungkapan hasil, stigma dan diskriminasi.



Isu Psikososial

- Memahami isu psikososial merupakan dasar konseling dan perawatan.
- Konselor perlu memahami klien secara holistik mempertimbangkan lingkungan sosialnya.
- Isu yang dialami klien bermacam-macam variasi dan luasnya.
- Setiap klien mempunyai pengalaman yang berbeda-beda, tak ada dua orang dengan pengalaman yang sama.
- Isu dapat berubah dari waktu ke waktu seiring progresi penyakit.



Aktivitas Kelompok Besar

Pahami isu psikososial umum yang dialami Odha ...

- Apa isunya?
- Mengapa isu menyulitkan Odha?



Kunci Isu umum

- Rahasia.
- Sulit menerima diagnosis.
- Pengungkapan diagnosis.
- Diskriminasi dan stigma.
- Reaksi emosional – syok, menyangkal, depresi, marah, takut, merasa bersalah, anxietas, pikiran bunuh diri.



Kunci isu umum

- Progresivitas penyakit.
- Perubahan tampilan fisik.
- Penyakit / kemunduran kesehatan.
- Kehilangan kendali.
- Meninggal dan sekarat.
- Kehilangan dan duka.



Kunci isu umum

- Relasi – pasangan, keluarga, kawan, anak-anak.
- Kesulitan keuangan.
- Kesejahteraan – pendapatan/pekerjaan/perumahan.
- Kesulitan seksual.
- Kesulitan pekerjaan/ kehilangan pekerjaan.
- Isu terapi – akses, kepatuhan, efek samping.



intervensi isu psikososial

- Perawatan psikososial membuat konselor membuat intervensi yang menjawab isu sosial dan psikososial Odha dan maknanya bagi orang lain.
- Intervensi dapat membantu klien :
 - Mengembangkan jejaring dukungan
 - Penguatan otonomi
 - Tingkatkan kendali
- Konselor memainkan peran dalam memfasilitasi intervensi dan perawatan penyakit HIV yang berlanjut



intervensi yang mungkin

- Konseling – individual, pasangan, keluarga, pastoral, kelompok, masyarakat.
- Dukungan kelompok & sebaya
- Dukungan emosional & spiritual.
- Dukungan ekonomi / kesejahteraan.



intervensi yang mungkin

- Intervensi medik/ manajemen simtom.
- Manajemen farmasi.
- Cek kesehatan regular.
- Perawatan nutrisi.
- Perawatan paliatif.



intervensi yang mungkin

- Dasar rawatan rumah.
- Layanan PMS.
- Layanan Keluarga Berencana.
- Aktivitas masyarakat.
- Membantu yatim piatu dan anak-anak yang sensitif lainnya.



Aktivitas Keiompok Besar

Berikan contoh intervensi yang dapat dilakukan pada Odha?



VCT merupakan pintu masuk ke layanan prevensi, terapi dan perawatan

Perawatan lanjutan HIV/AIDS

- VCT merupakan pintu masuk.
- Ajukan serangkaian intervensi.
- Inkorporasi pengalaman orang lain, sumber lain dan layanan lain.
- Termasuk layanan rumah sakit, rawatan komunitas dan rumah akan perjalanan penyakit.
- Menyediakan layanan holistik dan komprehensif odha dan orang yang bermakna dalam hidupnya.

Layanan pencegahan berkesinambungan



Manajemen kasus

- Tujuan membantu melakukan layanan lanjutan.
- Manajemen kasus termasuk :
 - Kenali isu.
 - Nilai kebutuhannya.
 - Pengembangan rencana tindak individu.
 - Rujuk jika diperlukan dan tepat.
 - Koordinasi layanan tindak lanjut

Manajemen kasus

- Membangun rencana manajemen adekuat yang dibutuhkan konselor :
 - Bangun hubungan baik dan kepercayaan klien.
 - Pengetahuan yang memadai baru tentang HIV/AIDS dan isu yang berkaitan.
 - Pengetahuan terakhir tentang dukungan keluarga, dukungan non-government dan layanan rujukan lainnya.
- Selalu rujuk dan tekankan HIV/AIDS memerlukan layanan lanjutan.

Aktivitas Kelompok Kecil

Rencana manajemen kasus untuk konseling isu mengenai lanjutan penyakit HIV :

- Asimtomatik
- Simtomatik
- Diagnosis AIDS
- Kematian dan sekarat

Modul 4
Sub modul 1
Isu konseling untuk kelanjutan perawatan penyakit HIV

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Mengenali isu psikososial umum yang biasa dialami para odha
- Mengenali hubungan antara VCT-terapi-perawatan
- Mendeskripsikan kelanjutan perawatan
- Mengenali hubungan antara pengungkapan status, stigma dan diskriminasi

Isu psikososial

Mempertimbangkan isu psikososial merupakan dasar dari konseling dan perawatan HIV/AIDS. Konselor perlu memandang klien secara holistik dalam konteks lingkungan sosialnya. Klien mempunyai pengalaman bervariasi luas, tak seorangpun punya pengalaman sama. Lebih lanjut, isu dapat berubah sesuai dengan perjalanan waktu dan penyakitnya.

Ketika penyakit berjalan terus menuju penekanan sistem kekebalan, maka klien merasa tertekan dan mengalami gangguan neuropsikiatrik akibat HIV. Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan kemampuan individu untuk melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari, kemandiriannya dsb. Pada gilirannya akan memberi beban kepada fasilitas kesehatan rawat inap.

Kondisi seperti ini membutuhkan ketrampilan penilaian, diagnosis, dan manajemen kasus multidisiplin. Masyarakat dan layanan kesehatan perlu membuat rencana untuk perawatan pasien dengan menghadapi perubahan perilaku yang khas dalam kondisi tersebut. Pasien dengan gangguan mood dan perilaku dirawat atau tidak dirawat di ruang rawat HIV di bangsal umum, keluarga biasanya menolak atau tak mampu merawat di rumah.

Progresi penyakit HIV (+) menjadi AIDS, membangkitkan reaksi psikologik dan berdampak pada gaya hidup mereka sampai suatu saat dapat mencetuskan krisis. Salah satu titik krisis pada individu dengan HIV (+) adalah progresivitas penyakit menjadi AIDS. Beberapa diagnosis dapat terjadi sesaat sebelum atau sesudah rawatan pertama masuk rumah sakit. Dampak rawat rumah sakit memperbesar stresor psikososial klien, sebagai akibat penurunan kesehatan.¹

Di banyak negara berkembang masuk rumah sakit pertama kalinya dengan dugaan diagnosis AIDS, membuat klien pertamakali menjalani pemeriksaan antibodi HIV. Dampak psikologik dari dual diagnosis dapat menimbulkan penolakan klien tentang kemungkinan terinfeksi.

Isu psikososial umum yang dialami pada perjalanan lanjut penyakit²²⁴⁵

- Kerahasiaan
- Kesulitan menerima diagnosis
- Pengungkapan status
- Diskriminasi dan stigma
- Reaksi emosional – sok, penyangkalan, depresi, marah, takut, perasaan bersalah, anxietas, pikiran bunuh diri

- Progresi penyakit
- Perubahan tampilan fisik
- Penyakit/penurunan kesehatan
- Kehilangan kendali
- Kematian dan sekarat
- Kehilangan dan duka
- Hubungan relasi – pasangan, keluarga, kawan, anak-anak
- Kesulitan finansial
- Kesejahteraan – pendapatan/ pekerjaan/perumahan
- Kesulitan hubungan seksual
- Kesulitan pekerjaan/ kehilangan pekerjaan
- Isu terapi – akses, kepatuhan berobat, efek samping
- Gangguan neurologik dan psikiatrik berkaitan dengan HIV

Intervensi Isu psikososial⁸⁷

- Layanan psikososial mampu memberikan layanan luas untuk menghadapi isu sosial dan psikososial, apa yang dibutuhkan odha dan orang-orang bermakna dalam hidupnya
- Intervensi dapat membantu klien untuk:
 - Membangun jejering dukungan
 - Mengembangkan otonomi diri
 - Meningkatkan kendali diri
- Konselor memainkan peran integral dalam memfasilitasi intervensi akan layanan yang dibutuhkan sesuai dengan perjalanan lanjut penyakit HIV.

Intervensi yang dapat dijalankan⁸

- Konseling - individual, pasangan, keluarga, pastoral, group, masyarakat
- Jejering dukungan kelompok dan sebaya
- Dukungan emosional dan spiritual
- Dukungan ekonomi / intervensi kesejahteraan
- Intervensi medik / manajemen gejala
- Manajemen obat
- Pemeriksaan kesehatan teratur
- Layanan nutrisi
- Perawatan paliatif
- Perawatan di rumah
- Perawatan IMS
- Layanan Keluarga Berencana
- Aktivitas masyarakat
- Bantuan kepada yatim piatu dan anak rentan lainnya

Jenis intervensi yang dilakukan oleh konselor sangat tergantung pada ketrampilan dan pelatihan yang diperolehnya. Rujukan sesuai dengan kebutuhan klien yang tak dapat dilayani konselor.

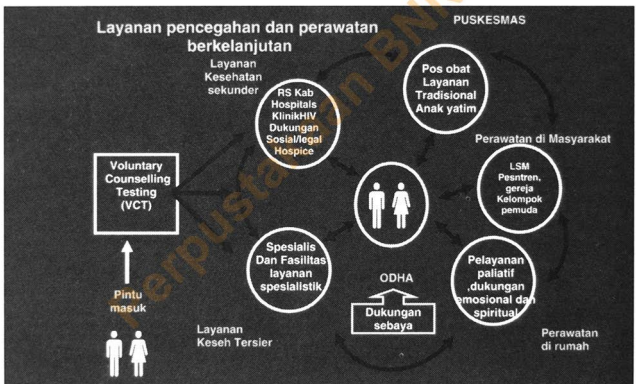
Dukungan psikososial teratur dapat dilakukan saat pasien secara teratur datang ke layanan kesehatan. Dukungan tersebut termasuk :

- Patuh akan melakukan seks dan cara menyuntik aman , pemberian makan bayi yang aman
- Penilaian mood
- Penilaian dukungan sosial
- Penilaian kebutuhan dukungan kesejahteraan

Perawatan lanjutan HIV/AIDS

VCT adalah pintu masuk ke dalam layanan prevensi, terapi dan perawatan

- VCT merupakan pintu masuk ke banyak intervensi
- Merangkul orang-orang, sumber dan layanan yang berbeda-beda
- Termasuk layanan di rumah sakit , di masyarakat dan di rumah pasien
- Memberikan layanan holistik dan komprehensif untuk Odha dan orang yang bernakna dalam hidup Odha



Manajemen kasus

- Tujuannya membantu layanan berkelanjutan
- Manajemen kasus termasuk :
 - Isu identifikasi
 - Penilaian kebutuhan
 - Pengembangan rencana tindak individu
 - Rujukan sesuai kebutuhan dan tepat
 - Koordinasi layanan tiundak lanjut
- Untuk mengembangkan rencana manajemen kasus yang memadai konselor membutuhkan :
 - Bina hubungan dan kepercayaan berhubungan dengan klien
 - Mengikutiterus kemajuan pengetahuan dan isu yang berkaitan dengan HIV/AIDS
 - Mengikuti ketersediaan dukungan pemerintah, LSM dan institusi rujukan lainnya dengan kemajuan pengetahuan
- Selalu merujuk pada pertimbangan untuk perawatan lanjutan HIV/AIDS

Rujukan

¹ Begley,K and Goulburn,L. in The AIDS Manual Abion Street Centre McLennan & Petty Publishers, Sydney Australia

² Catalàn, J. (edit) (1999) Mental Health and HIV Infection Psychological and Psychiatric Aspects UCL Press

³ Green, J and McCreaner,A. (edit) (1989) Counselling in HIV Infection and AIDS Blackwell Scientific Publications Oxford United Kingdom

⁴ Catalàn, J.,Burgess,Adrian and Klimes, Ivana.(1995) Psychological Medicine of HIV Infection Oxford Medical Publications United Kingdom.

⁵ Sheir, C.,Hankins,C and Bennett, L.(1996) AIDS as a Gender Issue Psychosocial perspectives

⁶ Kalichman, Seth C. (1995) Understanding AIDS A guide for Mental Health Professionals American Psychological Association Washington USA

⁷ Catalàn, J Psychological Interventions In Catalàn, J., Burgess,Adrian and Klimes, Ivana.(1995) Psychological Medicine of HIV Infection Oxford Medical Publications United Kingdom.

⁸ Catalàn, J.,Burgess,Adrian and Klimes, Ivana.(1995) Psychological Medicine of HIV Infection Oxford Medical Publications United Kingdom.

Modul 4

Sub Modul 1

Lembar kegiatan 23

Perencanaan pengelolaan kasus untuk konseling, isu yang berkaitan dengan penyakit lanjutan HIV:

- Asimtomatik
- Simtomatik
- Diagnosa AIDS
- Kematian dan sekarat

Kelompok saudara akan membutuhkan:

- Lembar kertas yang besar (kertas *flipchart*) and spidol
ATAU
- Kertas transparan dan spidol OHP
- Salah satu skenario dari empat tahap penyakit lanjutan HIV (terlampir dibawah)

Petunjuk:

1. Pilihlah satu skenario untuk satu kelompok
2. Pilihlah seorang untuk menjadi juru bicara kelompok
3. Bacalah skenario klien
4. Bahaslah topik psikososial yang spesifik untuk klien
5. Bahaslah apakah strategi yang segera dapat dilaksanakan untuk membantu klien
6. Bahaslah apakah strategi yang sedang berjalan yang dapat dilaksanakan untuk membantu klien
7. Bahaslah apakah masukan dari rujukan sesuai dengan klien dan lakukan identifikasi isu

Studi kasus 1: Asimtomatik

Laki-laki, 31 tahun, didiagnosis positif dua bulan lalu. Ia datang ke klinik anonim dengan pacarnya, karena merencanakan akan menikah. Setelah pemeriksaan darah, hasilnya positif untuk dia, dan negatif untuk pacarnya. Begitu tahu hasilnya, pacar meninggalkannya. Ia memang sering berhubungan seks dengan banyak perempuan dan ia berpikir mungkin dari salah satu diantara mereka ia mendapatkan infeksi. Ia sangat cemas apakah ia dapat menikah dan punya anak. Keluarganya selalu bertanya mengapa ia belum menikah, dan ia tak pernah dapat menjawab sebabnya. Ia tak kenal seorangpun yang ia tahu status HIVnya positif.

Studi kasus 2: Simtomatik

Laki-laki, 22 tahun, mempunyai ruam kulit di sekujur tubuhnya sejak delapan bulan lalu. Dokter memintanya untuk tes HIV, dan ia menderita HIV positif. Ia tinggal di rumah bersama kedua orang tua dan dua saudara perempuannya. Mereka sekeluarga tahu status ini namun tak membukanya kepada keluarga dan kawannya. Sekarang berat badannya menurun dan ia merasa mudah lelah. Ia berobat pada dukun, dan merasa lebih baik sesudah dua minggu. Sekarang ia mulai diare setiap hari. Ia seringkali beli obat ke apotek untuk diarenya. Ketika ia menimbang berat badannya ternyata ia telah kehilangan berat badannya 5 kilogram. Simtom ini membuat ia lebih sering tinggal di rumah daripada biasanya.

Studi kasus 3: AIDS

Laki-laki, 37 tahun, positif HIV tiga tahun lalu. Ia mengalami banyak infeksi oportunistik pada tiga tahun belakangan ini. Ia sangat tertekan karena sering sakit dan merasa menjadi beban keluarga. Sekarang dirawat di rumah sakit karena menderita tuberkulosis dan serangan pneumonia kedua (PCP). Dokter merekomendasikan terapi antiretroviral (ARV) akan tetapi ia miskin dan tak dapat membeli obat. Dokter tak dapat memastikan apakah ia akan membaik, karenanya ia tidak diperkenankan pulang. Keluarga ikut mendengarkan penyampaian dokter tentang kabar buruk ini.

Studi kasus 4: Kematian dan menuju kematian

Perempuan, 23 tahun, meninggal pagi ini karena AIDS. Saudara perempuannya mendampingi menuju kematian. Semua anggota keluarga menolak ketika mereka tahu status positif dua bulan lalu. Seluruh anggota keluarga takut tertular HIV dan tak akan pernah mendengarkannya ketika menyampaikan edukasi tentang HIV. Selain dukungan saudara perempuan, perempuan ini terisolasi dan kesepian. Saudara perempuannya kini sedang mengelola perasaannya atas kehilangan karena kematian, karena mereka demikian dekat selama beberapa bulan belakangan ini. Setiap hari sang saudara perempuan mendengarkan ketakutan-ketakutan klien menuju kematian. Keduanya merasa telah mengutarakan segenap isi hati, ketika ia berpulang. Sekarang bagaimana cara menghubungi keluarga? Ia sangat cemas keluarga menolak kehadirannya kalau nanti ia sakit, karena merasa takut bahwa ia tertular HIV dari saudaranya yang meninggal. Saudara perempuan ini tak mampu mendekati keluarga, serta ia memerlukan bantuan seputar isu kematian pasien.

Konseling untuk Kepatuhan Berobat

Perpustakaan Bina

MODUL 4
Sub Modul 2
PERAWATAN PSIKOSOSIAL

MODUL 4
Sub modul 2
Pembinaan kepatuhan terapi

Tujuan

Peserta latihan mampu :

- Membantu klien dalam menghadapi berbagai hambatan sehingga terapi dapat terus dilaksanakan
- Membantu klien menemukan jalan keluar yang baik sehingga tetap dapat melaksanakan terapi

Waktu yang dibutuhkan

1 jam 30 menit

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT26)
- Transparan OHP atau whiteboard
- Lembar kegiatan (AS24)
- Naskah (HO25)
- Kotak pertanyaan
- Kotak pengumpulan formulir evaluasi

Isi

- Mengapa pentingnya kepatuhan terapi
- Hal-hal yang menghambat kepatuhan terapi
- Upaya yang dapat dilakukan agar tetap patuh dan mengatasi rintangan
- Contoh kepatuhan terapi
- Pemecahan masalah

Petunjuk Pelaksanaan

1. **Kegiatan:** Kegiatan kelompok.
 - Minta seluruh peserta untuk berdiri
 - Minta peserta untuk mengingat-ingat kembali saat mereka diberi resep obat dan peserta diperbolehkan untuk duduk jika mereka makan obat sesuai yang di instruksikan
 - Pada mereka yang tetap berdiri minta mereka untuk memikirkan mengapa hal itu terjadi
 - Menanyakan kepada masing-masing peserta mengenai ketidak patuhannya
 - Klasifikasikan alasan tersebut seperti berikut ini :
 - o Keyakinan mengenai obat-obatan contoh "Lebih baik saya tidak makan obat karena obat itu adalah racun"
 - o Ketidak praktisan contoh "Saya harus minum obat 2 jam setelah makan"
 - o Memori contoh "Saya lupa minum obat"
 - o Sosial contoh "Saya tidak mau orang lain tahu saat saya sedang sakit"
 - o Kesalahfahaman contoh "Saya sudah sembuh karena tidak ada keluhan lagi."
 - Catat alasan-alasan mereka pada lembaran transparan OHP atau Whiteboard
 - Tandailah alasan yang sama karena akan banyak alasan yang mempengaruhi ketidak patuhannya
2. Menjelaskan dengan menggunakan tayangan PowerPoint (PPT26)

3. Kegiatan: Diskusi kasus Interaktif (AS24)

- Mintalah peserta untuk membaca masing-masing kasus kemudian mulailah suatu diskusi dengan menanyakan pendapat kelompok mengenai kasus tersebut
4. Menanyakan kepada kelompok jika masih ada pertanyaan dan mengingatkan mereka tentang "kotak pertanyaan"
 5. Meminta para peserta untuk melengkapi formulir evaluasi dan meletakkannya di "kotak pengumpulan formulir evaluasi"

Studi kasus 1

Klien anda sedang bekerja dengan beberapa kolega. Ia menceritakan bahwa ia sering tidak sempat untuk makan siang begitu juga dengan minum obatnya. Ia mengatakan alasannya adalah jika koleganya melihat ia membawa obat maka banyak pertanyaan dari mereka yang akan terlonkar. Ia ingin membawa obatnya bersama dengan makanannya. Ia pekerja konstruksi lapangan dan di sana tidak terdapat lemari es. Salah satu dari obatnya harus diletakkan di tempat yang dingin.

Tugas

Gunakan pemecahan masalah dengan cara bekerja sama dengan klien untuk memperlihatkan masalah dengan mengatur beberapa topik pembicaraan dan merencanakan untuk menerima masukan dari masalah yang dihadapi klien.

Studi kasus 2

Klien anda melaporkan bahwa ia telah menjalani setengah dari pengobatannya. Ia mengharapkan pengobatan tersebut dapat membuatnya merasa lebih baik tetapi sebaliknya pengobatan tersebut membuatnya merasa tidak nyaman. Ia kuatir akan lebih sakit dan kemudian meninggal kalau terus minum obat ini. Ia pergi ke pengobat tradisional. Ahli tersebut mengatakan bahwa obat yang dikonsumsi sangat beracun. Sehingga ia mengikuti pengobatan tradisional, disamping itu pengobatan tradisional akan menyembuhkan penyakit lainnya.

Tugas

Apa masukan yang harus diberikan oleh konselor?
Informasi apa yang berbeda yang diterima oleh klien?

Konseling Kepatuhan Berobat

Module 4 Sub module 2 / PPT26

Tujuan

- Mendiskusikan hambatan yang dihadapi klien untuk dapat patuh berobat.
- Membantu klien mengembangkan strategi memperbaiki kepatuhan berobat.

Aktivitas Kelompok

- Tanyakan peserta latih: Apakah mereka dapat patuh minum obat resep dokter? Jika ya, mereka tetap duduk. Bila tidak mereka berdiri.
- Diskusikan mengapa mereka tidak patuh dalam minum obat.
- Catat pengalaman dalam kelompok tema -

Keyakinan, memori, sosial, misinformasi

Apakah kepatuhan berobat itu?

Kepatuhan dengan berkaitan
minum obat : petunjuk

- Dosis tepat.
- Cara gunakan tepat.
- Setiap waktu.

Kepatuhan Terapi HIV

HIV adalah penyakit kronis yang memerlukan medikasi jangka panjang :

- Medikasi *antiretroviral* (ARVs).
- Medikasi Profilaksis untuk infeksi oportunistik.
- Medikasi infeksi oportunistik (terutama tuberkulosis = TB).

HIV & Kepatuhan berobat

Resimen kompleks.

- Medikasi yang berbeda-beda mis ARV & TB.
- Dosis berbeda.
- Jadwal bertalian
-mis. Satu sebelum makan, satu 2 jam sesudah makan.
- Kombinasi terapi ARV.

Mengapa Penting?

AKSES & KEPATUHAN terhadap medikasisangat mendasar.

Dampak ganda :

- * Pandangan pasien tentang hasil.
- * Pandangan Kesehatan Masyarakat & ekonomi kesehatan.



Pandangan pasien tentang hasil

Hubungan langsung antara kepatuhan berobat dengan efektivitas terapi.

Kepatuhan berobat buruk berakibat :

- * Virus berkembang cepat.
- * Resistensi terhadap obat.
- * Gangguan imunologi dan kegagalan klinis.

Source: WHO Scaling Up



Pandangan Kesehatan Masyarakat

Resistensi terhadap obat.

- * Menurunkan kapasitas memerangi penyakit - mis. Penyakit infeksi seperti HIV & TB.

Peningkatan biaya kesehatan.

- * Lebih kompleks, lebih berbiaya mahal (memerlukan riset dan pengembangan).
- * Makin sering rawat RS



Pembuktian

WHO Guidelines for Scaling Up ARV's in Resource-Limited Settings:

- * Intervensi perbaikan kepatuhan berobat memberikan dampak sangat besar pada kesehatan populasi daripada perbaikan medik spesifik.
- * Studi secara konsisten menemukan hasil bermakna pengurangan biaya dan peningkatan efektivitas jika ada intervensi untuk kepatuhan berobat.



Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Penyediaan informasi saja tidaklah cukup.

Faktor multidimensional yang mempengaruhi kepatuhan, dari sisi fisik dan psikologik.

- * Karakteristik penyakit.
- * Karakteristik terapi.
- * Karakteristik pasien.
- * Hubungan relasi dokter-pasien.



Karakteristik Penyakit

- * Lamanya infeksi diobati.
- * Keparahan dan stadium penyakit- misal pasien merasa tak perlu minum obat karena kesehatannya baik.



Karakteristik Terapi

- Kesulitan fisik -mis. menelan pil.
- Efek samping -mis. mual, konstipasi, hilang nafsu makan atau citarasa.
- Pantangan kegiatan rutin dan makanan.
- Durasi.

Karakteristik Terapi

- Kompleksitas jadual dosis- mis. makin tinggi dosis per hari , kepatuhan makin menurun.
- Kompleksitas resimen – mis jumlah dan macam pil yang berbeda.
- Farmakologi dari obat- mis simptom cepat hilang, sehingga pasien merasa tak perlu terus minum obat.

Karakteristik Pasien

- Sikap mis penguatan dari penyakit.
- Sistem keyakinan.
- Sosial.
- Faktor sosio-demografik – mis umur , pendidikan, pekerjaan, pendapatan, relasi, dan tanggung jawab.

Karakteristik Pasien

- Kepribadian/ perilaku.
- Motivasi.
- Psikologik.
- Isu stigma & pengungkapan, terutama mengenai HIV.

Relasi dokter /Pasien

- Hubungan baik.
- Durasi masa konsultasi.
- Kualitas informasi yang tersedia.
- Ketrampilan bahasa dan komunikasi.
- Gaya mendengarkan aktif

Relasi dokter /Pasien

- Setting klinis.
- Fisiologi pertukaran Informasi – mis Tanya & Jawab. Dokter/perawat perlu memberi informasi tentang efek samping.
- Sikap pasien dan dokter dapat membuat pasien merasa rendah diri. Dapat membuat pasien lepas berdiskusi.

Kehamilan dan Setelah melahirkan

Hambatan potensial :

- Perubahan fisik sesudah melahirkan membuat pasangan stres, juga karena tuntutan perawatan bayi baru lahir.
- Muntah 'ngidam' dan gangguan gastrointestinal, diperberat oleh mual dari ARV.
- Takut ARV akan membahayakan janin

Bayi dan Anak

- Membutuhkan supervisi orang dewasa.
 - Dosis berbeda dari orang dewasa.
- Mual dan muntah seiring dengan minum ARV perlu diperhatikan, juga efek samping.
- Isu pengungkapan hasil tes kepada anak dan isu rasa bersalah psikologik orangtua.

Populasi rentan

Kesulitan timbul karena ketidakstabilan gaya hidup – misal

- Pekerjaan orang, situasi kehidupannya dan kesehatan mentalnya.
- Penggunaan zat peningkat mood, baik legal maupun ilegal, termasuk IDU.

Strategi untuk menjawab kondisi kesehatan dan psikologik yang mendasari ketidak stabilan gaya hidup

Strategi Terapi

Sangat tergantung dari perilaku yang diambil alih dan penjagaan terapeutik. (Kebijakan WHO)

Komitmen & partisipasi semua *stakeholders* dalam sistem kesehatan.

- Dukungan multidisiplin dokter, perawat konselor, ahli gizi.
- Keluarga dan petugas kesehatan masyarakat

Strategi Terapi

Rekomendasi WHO :

- Sederhanakan , buat resimen yang ditoleransi baik, jumlah pil seminimal mungkin.
- Cara minum tak lebih dari dua kali sehari.

Konseling lanjutan & strategi konseling lainnya sangat membantu meningkatkan kepatuhan terapi.

Informasi untuk Pasien

Pasien perlu mengerti tentang :

- Medikasi yang tepat
- Cara yang tepat
- Jumlah yang tepat.
- Waktu yang tepat

Strategi Praktis

- Bagi obat dalam kantung/kotak/wadah berlabel, agar memudahkan minuman harian sampai mingguan.
- Buat jadual minum obat.
- Tulis atau gambar petunjuk penggunaan

Strategi Praktis

Jadikan minum obat sebagai kebiasaan harian.

- Minum obat pada jam yang sama tiap hari.
- Minum obat dijadikan rutinitas masuk kegiatan harian lainnya
- Minum obat dijadikan prioritas utama tiap hari.

Rencanakan kapan obat harus diambil lagi.

Bawa ekstra obat jika pergi jauh dari rumah.

Konseling – Edukasi Pasien

- Konseling direkomendasikan sebelum dosis pertama & lanjutan.
- Sasarkan pada perilaku & gaya hidup yang akan mempengaruhi kepatuhan
- Upayakan menurunkan stigma & pemahaman yang keliru.
- Sediakan informasi tentang keuntungan patuh berobat.

Edukasi Pasien

- Ulangi edukasi pasien melalui modus & orang yang berbeda - misal petunjuk verbal dokter, diikuti petunjuk tertulis, diikuti oleh konselor.
- Sediakan materi edukasi – misal pamflet, lembar fakta.

Modifikasi Perilaku

- Bangun ketrampilan dan dorong.
- Jadikan lebih teratur.
- Bantu dengan perangkat pengelolaan diri sendiri.
- Tampilkan pada perasaan dan emosi klien, buat mereka merasa sebagai individu dapat membuat perubahan diri.

Modifikasi Perilaku

- Gunakan dukungan sosial, konseling, kunjungan rumah.
- Buat daftar anggota keluarga yang dapat tepat membantu.

Model Kepatuhan Terapi

- Dibutuhkan model untuk berbagai *setting* yang terbatas.
- Kembangkan infrastruktur negara : rasio dokter-pasien, monitoring peralatan, layanan obat-obat dan sumber BCC.
- *Directly observed therapy (DOTS)* dengan keluarga atau bantuan kader kesehatan misal TB. Pertahankan efikasi dan sustainabilitas pendekatan

Model Kepatuhan Berobat

Pendekatan Pelayanan Kesehatan dasar :

- Berbasis masyarakat & rumah
- LSM, organisasi agama & kelompok dukungan masyarakat
- Dukungan sebaya & edukasi misal *Day Care Centre* di Thailand Utara

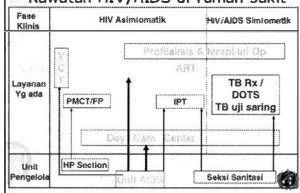
Tantangan

- Kepatuhan untuk terapi jangka panjang pada penyakit kronis di negara berkembang rata-rata 50% & angka ini rendah pada negara maju.
- Struktur Layanan Kesehatan lebih melayani kesehatan penyakit akut dibanding penyakit kronis.

Perkembangan Baru

- Begitu akses ARV berjalan, tingkatkan perhatian pada kepatuhan berobat.
- Dibutuhkan kemampuan kepatuhan yang dapat dijadikan contoh bagi daerah lain.
- WHO- mengawali proyek "*Adherence to Long-term Therapies: Toward Policies for Action*" untuk 10 penyakit kronis.

Rawatan HIV/AIDS di rumah sakit



Modul 4

Sub modul 2

Konsefing untuk kepatuhan berobat

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Mendiskusikan hambatan yang dijumpai klien untuk patuh berobat
- Membantu klien mengembangkan strategi untuk memperbaiki kepatuhan berobat

Apakah kepatuhan berobat itu?

Kepatuhan berobat adalah, atau secara luas , kemampuan klien untuk melakukan pengobatan sesuai petunjuk medik.¹ Artinya dosis, waktu dan cara pemberian tepat, (misal bersama makan). Medikasi, yang harus dilakukan untuk jangka panjang , adalah hal yang biasa pada setiap penyakit kronis, termasuk HIV/AIDS. Medikasi termasuk ARV, profilaksi untuk infeksi oportunistik, medikasi untuk infeksi oportunistik (terutama terapi TB). Medikasi yang bermacam-macam menghasilkan suatu regimen kompleks , yang harus diikuti oleh pasien. Misal, medikasi antiretroviral sangat efektif bila di berikan dalam bentuk kombinasi dua atau lebih jenis ARV kelas utama.

Mengapa kepatuhan berobat penting?

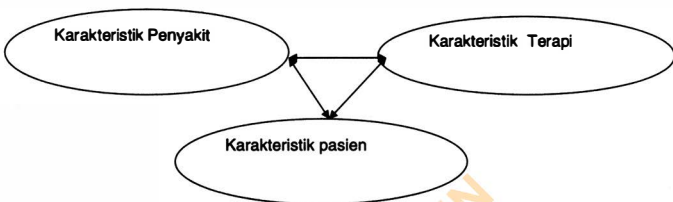
Akses ke medikasi penting tetapi tidak cukup hanya itu. Kepatuhan adalah faktor yang menentukan efektivitas suatu pengobatan. Kepatuhan yang buruk membuat dampak ganda dalam arti mengeluarkan banyak dana dan memperburuk kualitas hidup pasien. Bagi pasien, ketidak patuhan berobat mengakibatkan kegagalan antiretroviral melawan virus, sehingga virus resisten dan terjadi kegagalan imunologik dan keadaan klinis memburuk.² Pandangan kesehatan masyarakat menyatakan, bila terjadi resistensi terhadap pengobatan maka pengobatan menjadi tidak efektif, atau berhenti bekerja sehingga diperlukan upaya baru untuk melawan infeksi dengan obat lain atau obat sama dengan dosis berbeda atau kombinasi, sementara jenis obat terbatas persediaannya. Disamping itu mereka yang resisten sukar diobati. Resistensi jenis obat multipel telah terbukti di banyak negara . Dari sisi pandang ekonomi kesehatan, ketidak patuhan berobat meningkatkan biaya berobat dengan mahalnya harga obat pengganti dan lamanya hospitalisasi³.

Peningkatan kepatuhan berobat akan memberi dampak besar bagi kesehatan dalam masyarakat daripada terapi medik spesifik lainnya.⁴ Laporan WHO ,mengatakan akan mudah dan murah melakukan intervensi kepatuhan berobat secara konsisten dan hasilnya sangat efektif.⁵ Dalam terapi antiretroviral (ARV) , kepatuhan berobat merupakan kunci sukses terapi.^{6, 7}

Kepatuhan berobat jangka panjang untuk penyakit kronis di negara berkembang rata-rata 50% , bahkan lebih rendah. Banyak pasien sulit melakukan terapi sesuai petunjuk.⁸ Di banyak negara, sistem perawatan kesehatan dirancang untuk penyakit akut, yang tak terlalu cocok untuk diterapkan pada pengobatan jangka panjang untuk penyakit kronis. Karena itu, terjadi peningkatan kebutuhan berfokus pada pengembangan kebijakan dan struktur untuk mendukung kepatuhan berobat untuk mereka yang menderita penyakit kronis, termasuk HIV/AIDS, terutama akses ke terapi ARV diperluas di negara berkembang. Keberhasilan terapi ARV membutuhkan akses ke layanan dan fasilitas spesifik.⁹

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat – dipandang dari sisi biopsikososial

Pemberian informasi dari dokter dan petugas kesehatan tentang kepatuhan berobat tidaklah cukup. Banyak faktor, dari fisik sampai kondisi psikososial mempengaruhi kepatuhan berobat.¹⁰



Karakteristik penyakit

- Lamanya infeksi di terapi
- Keparahan dan stadium penyakit misal orang merasa sudah lebih baik kondisinya, sehingga obat tak perlu diteruskan

Karakteristik Terapi

- Kesulitan fisik untuk mengambil medikasi misal kesulitan menelan tablet dalam jumlah besar
- Keparahan dan lamanya efek samping terapi misal mual, konstipasi, kehilangan nafsu makan, atau perubahan cita rasa, perlu digali dari pasien agar obat dapat diteruskan
- Rutinitas sehari-hari dan pembatasan diet yang dibutuhkan untuk terapi misal minum obat dua jam sesudah makan
- Lamanya terapi
- Kompleksitas jadual dosis misal peningkatan dosis obat berakibat penurunan kepatuhan
- Kompleksitas resimen dosis misal banyaknya tablet
- Farmakologi obat misal antibiotik akan memperburuk gejala dan membuat orang merasa lebih enak, tetapi seluruh perjalanan infeksi belum selesai. Sehingga ketika obat dihentikan, maka infeksi berkembang lagi.

Karakteristik Pasien

- Sikap, misal sikap pasien terhadap medikasi barat: "Obat adalah racun. Hentikan saja."
- Sistem keyakinan, misal bagaimana pasien mempersepsikan HIV/AIDS
- Kepribadian/perilaku, misal pasien yang biasa hidup teratur akan lebih mudah patuh
- Sosial, misal "Saya tak ingin dianggap orang sakit. Jika orang melihat saya minum obat, saya dianggap sakit"
- Motivasi, misal pasien ingin sehat
- Faktor sosio-demografi, misal umur, edukasi, pekerjaan, penghasilan, relasi dan tanggung jawab, misal pekerjaan, membesarkan anak

- Psikologik

Karakteristik hubungan antara dokter dan pasien

- Bina hubungan secara umum
- Kualitas informasi yang disampaikan
- Keterampilan bahasa dan komunikasi
- Cara mendengarkan
- Waktu konsultasi
- *Setting* klinik
- Cara bertukar informasi tanya dan jawab
- Sikap pasien dan petugas kesehatan, petugas kesehatan sering membuat pasien merasa rendah diri sehingga pasien merasa dikendalikan

Kehamilan dan pasca melahirkan

Penting untuk memberi perhatian khusus dengan dukungan kepada pasien antepartum dan pasca melahirkan, serta pemberian medikasinya, agar kepatuhan terjaga.¹¹ Hambatan potensial untuk kepatuhan unik pada orang hamil, termasuk diantaranya: ketakutan bahwa ARV akan menimbulkan gangguan bagi janinnya, perubahan fisik pasca melahirkan membuat tekanan pada pasangan, tuntutan pengasuhan bayi baru lahir, masa kehamilan, gangguan gastrointestinal, yang mungkin akan ditambah dengan penggunaan ARV, mengingat ARV juga membuat mual.¹²

Bayi dan anak

Kepatuhan berobat untuk anak dan bayi merupakan hal yang sulit karena membutuhkan bantuan orang dewasa, dan keinginan kuat mereka untuk minum obat, yang menumbuhkan perasaan tak nyaman dan pengungkapan status. Untuk terapi ARV, terdapat isu spesifik fisiologi, klinis, praktis dan sosial yang perlu pertimbangan ketika anak terinfeksi dan membutuhkan terapi ARV.¹³ Konselor perlu menggali apakah rasa bersalah orangtua mempunyai dampak sebaliknya untuk anaknya yang terinfeksi, ia tak menginginkan anaknya menderita akan efek samping dan menghentikan obat secara dini atau mengurangi dosis obat.

Gaya hidup tak stabil

Kepatuhan berobat membuat sulitnya penyesuaian diri dalam kehidupan sehari-hari dan faktor lainnya, seperti waktu bekerja, suasana sekitar dan kesehatan mental mereka. Mereka yang mengalami masalah perilaku, seperti gangguan kepribadian antisosial batas ambang, dan mereka yang mengalami gangguan mental serius, merasa diri menjadi tak stabil moodnya seperti menggunakan obat yang mempengaruhi mood, baik legal maupun ilegal (termasuk alkohol). Konsekuensinya, maka semua perubahan kesehatan dan psikologi yang membuat gaya hidup tak stabil perlu mendapat perhatian sebagaimana perhatian terhadap terapi. Strategi untuk memperbaiki stabilitas gaya hidup membutuhkan pendekatan seputar pola penggunaan napza, tingkat ketergantungan napza, dan emosional, legal, serta pendapatan.¹⁴

Strategi kepatuhan

Kepatuhan berobat berarti patuh mengikuti petunjuk penggunaan medikasi, dan lebih daripada itu mengadopsi perilaku terapeutik dan mempertahankannya.¹⁵ Agar patuh diperlukan komitmen dan partisipasi semua *stakeholders* di sistem layanan kesehatan. Ketidakpatuhan berobat merupakan problem multidimensional, yang membutuhkan strategi

inovatif yang berbeda tergantung ketersediaan sumber di lingkungan tersebut dan kerjasama serta dukungan petugas kesehatan, konselor, masyarakat dan anggota keluarga. Intervensi untuk memperbaiki kepatuhan dananya cukup rendah, studi membuktikan adanya penghematan dan peningkatan efektifitas intervensi kesehatan yang berbiaya rendah untuk meningkatkan kepatuhan.¹⁶

WHO merekomendasikan kepatuhan berobat dipromosikan sebagai penyederhanaan resimen, sesedikit mungkin jumlah obat, diberikan tidak lebih dari dua kali sehari.¹⁷ Konseling lanjutan dan strategi konseling merupakan alat untuk dapat meningkatkan kepatuhan pada resimen terapi. Elemen sukses bagi kepatuhan termasuk edukasi dalam manajemen diri sendiri, program manajemen farmasi, perawat, apoteker/asisten apoteker dan petugas kesehatan profesional non medik lainnya membuat protokol Intervensi, konseling, intervensi perilaku, tindak lanjut dan *reminders*.¹⁸

Pada tempat yang tak memungkinkan dokter-pasien melakukan konsultasi, konselor dapat membantu mendukung dengan cara melakukan penilaian pra terapi, lanjut dengan memonitor kepatuhan, edukasi pasien dan konseling guna mengatasi kesulitan akan kepatuhan yang terjadi.

Edukasi pasien¹⁹

Ketika dokter menulis resep, penting diingat bahwa pasien harus memahami²⁰:

- Jenis medikasi
- Manfaat medikasi
- Lamanya
- Efek samping yang mungkin terjadi – banyak pasien berhenti minum obat karena menderita efek samping yang sebelumnya tidak diantisipasi
- Bagaimana cara minum yang benar

Mereka yang minum obat harus mengerti:

- *Medikasi yang benar* – mereka mengambil medikasi yang cocok untuk penyakitnya. Ketika mereka mencampur obatnya dalam satu wadah atau kemasan untuk pagi, malam misalnya, mereka harus paham betul nama obat, wama dan bentuk, dosis, agar tak terjadi kebingungan.
- *Cara yang benar* – bahwa obat betul masuk tubuh sesuai anjuran, yakni lewat telan, atau kunyah, hisap, dioles di kulit, disuntikkan dsb. Beberapa medikasi harus masuk dalam lambung kosong, artinya 30 menit sebelum makan atau 1 jam sesudah makan. Ada obat yang harus dimakan bersama makanan, artinya bersamaan dengan makan atau makanan kecil.
- *Jumlah yang benar* – dosis yang ditelan harus tepat, jangan melebihi aturan, atau kurang dari aturannya. Ada pendapat salah mengatakan makin banyak diminum cepat sembuh, atau menghemat obat diminum sedikit kurang dari ketentuan dosis.
- *Waktu yang tepat* – mereka harus minum obat pada jam yang ditentukan misal setiap empat jam. Lebih baik jika dituliskan waktu minum obat agar tidak membingungkan misal pukul 08.00, 12.00, 16.00, 20.00.

Odha mungkin minum beberapa obat macam obat pada satu waktu, beberapa medikasi mungkin untuk HIV, infeksi oportunistik, untuk nyeri, untuk menghilangkan simtom, atau

lainnya yang tak terkait HIV. Akan sangat membantu untuk menuliskan semua medikasi yang digunakan , bersama petunjuk pemakaiannya.

Tabel dibawah ini merupakan contoh :

JADUAL MEDIKASI				
Nama obat	Manfaat	Deskripsi	Kapan diberikan	Komentar
Trimethoprim-sulphame-thoxazole double strength (DS) Cotrimoxazole Bactrim	Terapi dan profilaksi untuk Pnemocysits Carinii Pneumonia (PCP)	Lonjong panjang putih tengahnya ada tulisan	Terapi khas : 2 DS tablet TDS. Profilaksis: 1 DS tablet 4 kali perminggu atau ½ DS tablet sehari	Dapat menyebabkan mual dan muntah , diberikan sesudah makan. Amati reaksi alergi meski sebelumnya cocok
Parasetamol	Untuk demam, sakit kepala dan nyeri .	Tablet putih 500mg atau kapsul	Minum 1-2 tablet setiap 4 jam	Minum tak lebih dari 8 tablet atau kapsul sehari. Diminum dalam keadaan perut kosong.
Tablet kontrasepsi	Pencegahan kehamilan	Berbagai bentuk dan warna	Diminum setiap hari tak lebih dari 24 jam bedanya	Diminum sesudah makan malam atau mau tidur Dapat dipengaruhi obat lain seperti Rifampicin, antibiotik. Tanya dokter atau petugas kesehatan tentang interaksinya.

Konseling kepatuhan

WHO merekomendasikan sejumlah waktu untuk edukasi dan persiapan guna meningkatkan kepatuhan sebelum dimulai terapi ARV²¹. Persiapannya termasuk melakukan penilaian kemampuan individu untuk patuh pada terapi dan skrining penyalahgunaan napza atau gangguan mental yang akan memberi dampak pada HIV. Sekali terapi dimulai, harus dilakukan monitoring terus menerus yang dinilai oleh dokter, jumlah obat (kuantitatif berguna tetapi merupakan subyek kesalahan dan manipulasi) dan divalidasi dengan daftar pertanyaan kepada pasien.²²⁻²³ Konseling perlu untuk membantu pasien mencari jalan keluar dari kesulitan yang mungkin timbul dari pemberian terapi dan mempengaruhi kepatuhan.

Model keyakinan kesehatan²⁴ mengatakan setiap individu akan masuk dalam perilaku sehat seperti kepatuhan minum obat kalau mereka percaya obat manjur untuk penyakitnya dan

memberikan konsekuensi serius pada mereka, dan mereka percaya aksi obat akan mengurangi keparahan penyakit. Sebagai tambahan model ini menimbang aspek akan antisipasi hambatan, dana (harus berulang kali datang untuk VCT, pengambilan medikasi dsb) dan keuntungan yang diperoleh. Faktor krusial kepatuhan adalah keyakinan individu akan kemampuannya atau kompetensinya dalam menjaga kepatuhan berobat untuk jangka panjang agar tujuan pengobatan tercapai.²⁵ Penting untuk konselor menilai faktor ini dan mengembangkan strategi menanggapi misal klien dapat melaporkan kepada dokter bila mereka merasa medikasinya sangat toksik dan membuat kesehatan mereka memburuk. Mereka mengatakan : *"teman saya minum obat ini dan dalam waktu singkat ia meninggal, karena itu saya tak mau minum obat ini."* Sebagai pernyataan ketakutan mereka akan toksisitas obat yang diberikan.

Strategi perilaku

Saran untuk membantu individu mengatur medikasinya adalah sebagai berikut :

- Buat jadwal medikasi. Gunakan kalender atau buku harian untuk membantu penggunaan medikasi sesuai aturan, kapan diminum, caranya, misal mulai minggu pertama tulis dosis lalu beri tanda pada kalender kalau hari itu obat sudah diminum.
- Bagi obat dalam jumlah harian, atau mingguan. Dapat juga dimasukkan dalam wadah kemudian diberi label. Petugas kesehatan dapat membantu pada awalnya.
- Minumlah obat pada jam yang sama setiap hari (sesuaikan dengan petunjuk)
- Minum obat dimasukkan dalam jadwal rutin harian pasien seperti sesudah makan atau akan pergi kerja atau pulang kerja.(sesuaikan dengan petunjuk)
- Rencanakan kapan membeli obat lagi, sehingga persediaan tak sampai kosong dan dosis terlewat
- Jika bepergian, jangan lupa bawa obat dan bawa cadangan juga untuk menjaga bila hilang.
- Minum obat dijadikan prioritas setiap hari.

Modifikasi perilaku

- Membangun ketrampilan dan mendorongnya
- Lebih teratur
- Alat bantu manajemen diri sendiri
- Buat pasien merasa senang dan sebagai individu tampil beda
- Gunakan dukungan sosial, konseling, kunjungan rumah
- Mintalah bantuan anggota keluarga

Konseling pemecahan masalah untuk kepatuhan berobat

Klien dapat diajari membangun struktur pemecahan masalah untuk mengatasi masalah yang timbul dari kepatuhan berobat. Ini sangat berguna ketika diskusi mencari solusi masalah yang dihadapi dalam kepatuhan misal klien memberitahu bahwa ia menghindari minum obat ketika kerja, karena ia makan siang selalu bersama kolega dan tak ingin siapapun tahu ia sakit. Sementara obat harus diminum pada waktu makan. Konselor dan klien berkolaborasi curah pendapat dan mengevaluasi berbagai opsi yang muncul berkaitan dengan permasalahan yang diajukan. Konselor membantu klien mengembangkan rencana kepatuhan personal dan mengajar klien ketrampilan perilaku yang dibutuhkan.

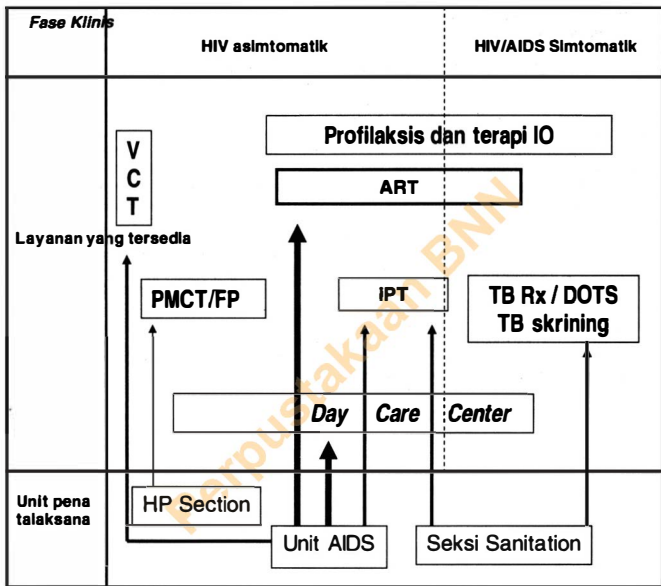
Pendekatan inovatif kepatuhan pada setting yang buruk

Pada beberapa *setting*, *directly observed therapy* (DOT) dengan bantuan “perawat” atau anggota keluarga akan tepat membantu terutama pada tempat yang telah ada program terapi TB. Masih dalam perdebatan tentang efikasi dan keterjagaan pendekatan ini untuk HIV/AIDS.^{26 27}

Konselor VCT dan staf farmasi di rumah sakit Bamrasnaradura, Thailand; telah dilatih untuk mengembangkan kesadaran menanggapi hambatan kepatuhan psikososial pasien; untuk secara tepat menilai kemampuan klien patuh akan resimen terapi dan membangun ketrampilan kognitif – strategi intervensi perilaku akan mengoptimalkan kepatuhan berobat. Perawat konselor atau perawat triase mewawancarai pasien sebelum dan sesudah konsultasi medik dan dilakukan konseling untuk menghadapi isu kepatuhan. Perawat konselor ikut dalam visit multidisiplin pasien di bangsal untuk menjadi penghubung staf medik ketika pasien direncanakan pulang²⁸ Konselor rumah sakit Bamrasnaradura juga bekerja sama dengan *Candlelight for Life* dan *Wednesday Friends PWA clubs* mengembangkan materi untuk odha dan fasilitator perawatan masyarakat dalam paket “*With Hope and Help*”²⁹ yang dirancang untuk memberdayakan kelompok masyarakat non professional dan odha untuk menatalaksana isu yang berkaitan dengan HIV dan terapinya.

Banyak model dukungan sebaya, yang diuji cobakan di beberapa tempat. Misal di utara Thailand, Kementerian Kesehatan Masyarakat mengadakan proyek pusat *day care*³⁰ dan memperluas program ini ke rumah sakit lain untuk dukungan sebaya, supervisi profesional dan sebagai pintu masuk ke dukungan multisektor.³¹ Misal, pada satu rumah sakit pusat rawat siang mempunyai hari khusus untuk kasus ARV dan semua pasien menelan dosis awal bersama-sama pada rawat siang tersebut pada hari itu. Kelompok odha melakukan edukasi sebaya; konseling sebaya dan kunjungan rumah dan satu orang mengawasi kasus ARV di tempat-tempat tersebut. Keterbatasan pendekatan ini tak dapat terlihat dalam skala besar atau orang tak membuka diri akan statusnya.

Studi kasus: Odha dan kemitraan rawatan kesehatan dalam mendukung kepatuhan berobat, di Thailand Utara



Di Thailand Utara Odha melakukan dukungan kepatuhan dalam fasilitas pusat *day care*. Odha saling mendukung secara rutin dalam mengambil medikasi. Petugas kesehatan menawarkan konseling kepatuhan kepada klien, dan pelatihan serta dukungan untuk Odha anggota kelompok sebaya.

Diagram diatas menunjukkan hubungan rujukan antara petugas kesehatan pemerintah dan organisasi kemasyarakatan. Personil VCT melakukan dukungan tindak lanjut kepada Unit AIDS di fasilitas kesehatan dan *Day Care Centre*

Rujukan

- ¹ World Health Organisation (June 2001). Adherence To Long-Term Therapies: Policy for Action, Meeting Report 4-5 June 2001. Geneva: WHO/MNC/CCH/01.02, p. 7
- ² WHO (2002). *ibid.*
- ³³ Rohr, M. (1998) Bridging the Gap between the world of medicine and people living with HIV/AIDS: a prerequisite for good compliance. 12th World AIDS Conference, Geneva, June 28/July 3 1998
- ⁴ World Health Organisation (2002). Scaling Up Antiretroviral Therapy In Resource-Limited Settings: Guidelines For A Public Health Approach. Geneva: WHO
- ⁵ WHO (2002). *ibid.*
- ⁶ WHO (2002). *ibid.*
- ⁷ Ammasari, A., Trotta, Maria Paola, Murri, R., Castelli, Francesco, Narcisco, Pasquale, Noto, Pasquale, Antinori, Andrea. Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: Overview of the published literature JAIDS 31:123-127
- ⁸ World Health Organisation (June 2001). Adherence To Long-Term Therapies: Policy for Action, Meeting Report 4-5 June 2001. Geneva: WHO/MNC/CCH/01.02, p. 7
- ⁹ Ammasari, A., Trotta, Maria Paola, Murri, R., Castelli, Francesco, Narcisco, Pasquale, Noto, Pasquale, Antinori, Andrea. Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: Overview of the published literature JAIDS 31:123-127
- ¹⁰ Daar, E.S., Cohen, Calvin., Remien, R., Sherer, R., Smith, K. (2003) Improving adherence to antiretroviral therapy AIDS Read 13(2):81 – 90, 2003 Cligot publishing
- ¹¹ World Health Organisation (2002). Scaling Up Antiretroviral Therapy In Resource-Limited Settings: Guidelines For A Public Health Approach. Geneva: WHO
- ¹² WHO (2002). *ibid.*, p. 48
- ¹³ World Health Organisation (June 2001). Adherence To Long-Term Therapies: Policy for Action, Meeting Report 4-5 June 2001. Geneva: WHO/MNC/CCH/01.02, 7
- ¹⁴ WHO (2002). *ibid.*, pp. 76 - 77
- ¹⁵ WHO (June 2001). *ibid.*, p. 1
- ¹⁶ WHO (June 2001). *ibid.*, p. 2
- ¹⁷ World Health Organisation (2002). Scaling Up Antiretroviral Therapy In Resource-Limited Settings: Guidelines For A Public Health Approach. Geneva: WHO
- ¹⁸ WHO (June 2001). *ibid.*, p. 10
- ¹⁹ WHO Western Pacific Regional Office (2003). Care Manual for People Living with HIV/AIDS, In press
- ²⁰ Gifford, A.L., Laurent, D.D., Gonzales, V.M., Chesney, M.A. and Lorig, K.R. Pilot randomised trial of education to improve self management skills of men with symptomatic HIV/AIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology 18:136-144
- ²¹ WHO (2002). *ibid.*, p. 81
- ²² Tuldara, Albert & Wu, Albert (2002) Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy JAIDS 31:S154-S157
- ²³ WHO (2002). *ibid.*, p. 81
- ²⁴ Rosenstock IM, Stretcher VJ and Becker MH. The health belief model and HIV risk behavior change. In DiClemente RJ, Peterson JL (eds) Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions. New York: Plenum Press 1994.
- ²⁵ Klaus, B.D., Grodesky, M.J. (1997) Assessing and enhancing compliance with antiretroviral therapy. The nurse practitioner April 1997 211-219
- ²⁶ WHO (2002). *ibid.*
- ²⁷ Woodward, W.C. (1996) Should directly observed therapy be considered for treatment of HIV? JAMA Dec 25276:p1956
- ²⁸ Casey, K. & Turtan C (2000) Report to AusAID Training Outcomes – PDD 1.2.5 Sydney. Australia
- ²⁹ Unicef (2001) With Hope and Help The positive face of HIV and AIDS in Thailand. Bangkok. Thailand
- ³⁰ Prammaung, T. Holistic Cares for PWAs by Communities and PWA Groups in Northern Thailand Poster 1056 Sixth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific Melbourne Australia
- ³¹ Kanthawee, S., Supawitakul, S., Pintatum, U., Mae Chan day care centre network: Enhancing care, roles and responsibilities Poster 1957 Sixth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific Melbourne Australia

Modul 4
Sub Modul 2
Lembar kegiatan 24

Studi kasus 1

Klien seorang pekerja konstruksi bangunan. Ia mengatakan bahwa sering tidak sempat untuk makan siang begitu juga dengan meminum obatnya. Alasannya adalah ia takut dilihat teman sekerjanya meminum obat, sebab mereka akan melontarkan banyak pertanyaan. Ia ingin membawa obatnya bersama dengan makanannya, namun ini tak mungkin karena salah satu obatnya harus disimpan di lemari pendingin, sementara di lapangan tak terdapat lemari pendingin.

Tugas

Gunakan pemecahan masalah dengan cara bekerja sama dengan klien untuk memperlihatkan masalah dengan mengatur beberapa topik pembicaraan dan merencanakan untuk menerima masukan dari masalah yang dihadapi klien.

Studi kasus 2

Klien anda melaporkan bahwa ia telah menjalani setengah dari pengobatannya. Ia menghaprapkan pengobatan tersebut dapat membuatnya merasa lebih baik tetapi sebaliknya yang terjadi, pengobatan tersebut membuatnya merasa tidak nyaman. Ia menduga akan ada seseorang yang juga menjalani pengobatan yang sama menjadi lebih menderita kesakitan dan meninggal setelahnya. Kelompoknya menduga ia mendatangi ahli pengobatan tradisional. Ahli tersebut mengatakan bahwa obat yang dikonsumsi sangat beracun. Sehingga ia seharusnya mengeluarkan uangnya untuk pengobatan tradisional yang juga dapat megobati penyakit lainnya.

Tugas

Apa masukan yang harus diberikan oleh konselor?
Informasi apa yang berbeda yang diterima oleh klien?

MODUL 5

PENDIRIAN dan MANAJEMEN PELAYANAN VCT



BADAN NARKOTIKA NASIONAL
PUSAT LABORATORIUM dan REHABILITASI
2004

Adaptasi Model VCT

MODUL 5
Sub Modul 1
PENDIRIAN dan MANAJEMEN
PELAYANAN VCT

MODUL 5
Sub modul 1
Adaptasi model standar VCT

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Mengadaptasi VCT model klasik guna memenuhi kebutuhan klien dalam berbagai situasi
 - Memahami perbedaan antara VCT individual , VCT kombinasi dengan pemberian informasi kelompok sebelum konseling pre-tes individual, dan konseling pasangan
 - Memahami keuntungan dan kerugian berbagai model layanan VCT
-

Waktu yang dibutuhkan

1 jam

Materi Pelatihan

- Presentasi *PowerPoint* (**PPT27**)
 - Naskah (**HO26**)
 - Kotak Pertanyaan
 - Kotak Formulir Evaluasi
-

Isi

- VCT individual
 - Pemberian informasi kelompok
 - Konseling pasangan
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Berikan informasi dengan tayangan PowerPoint (**PPT27**). Mintalah peserta melihat kembali naskah HO26.
 - Pelatih memberikan materi satu jam- termasuk aktivitas tiga kelompok besar
2. *Aktivitas:*
 - Tiga aktivitas kelompok besar terintegrasi dalam penyampaian materi – tayangan # 5, 10 dan 21.
 - Lakukan aktivitas ini saat kemunculannya dalam presentasi.
 - # 5 peserta diminta untuk "Mendiskusikan ...VCT individual – Apa keuntungan ? Apa kerugiannya ?" Mintalah peserta melakukan curah pendapat.
 - # 10 peserta diminta untuk "Mendiskusikan ... Penyampaian informasi Kelompok – Apa keuntungan ? Apa kerugiannya ?" Mintalah peserta melakukan curah pendapat.
 - # 21 peserta diminta untuk "Mendiskusikan ... VCT untuk pasangan – Apa keuntungan ? Apa kerugiannya?" Mintalah peserta melakukan curah pendapat.

3. Tayangan terakhir menyimpulkan ruang lingkup diskusi. Agar memahami apa yang harus disampaikan kepada klien maka ajaklah peserta mempertimbangkan epidemi HIV, prosedur tes laboratorium (ELISA, *rapid testing*), dan sumber daya yang tersedia. Jika masih tersedia waktu, pelatih dapat meminta peserta melakukan diskusi terbuka akan isu yang telah dibicarakan sebelumnya atau meminta komentar mereka bagaimana isu ini berkaitan dengan situasi yang terjadi.
4. Tanyakan apakah masih ada yang mengajukan pertanyaan, tanggapan, komentar. Jika mengajukannya secara tertulis dapat dimasukkan dalam "Kotak Pertanyaan".
5. Mintaah peserta melengkapi formulir evaluasi dan memasukkannya dalam "Kotak Formulir Evaluasi".

Perpustakaan BNN

Adaptasi sesuai Model Standar VCT

Module 5 Sub module 17 PPT27

Tujuan

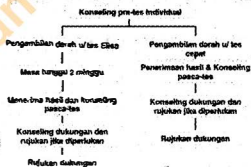
- Adaptasi model VCT klasik guna memenuhi kebutuhan klien yang berbeda-beda situasinya.
- Memahami perbedaan masing VCT: individual, kombinasi pemberian informasi dalam kelompok sebelum konseling pra-tes dan VCT bagi pasangan.
- Memahami keuntungan dan hambatan berbagai model layanan VCT

Tatalaksana alur klien , Penyesuaian dari Model VCT Klasik

VCT Individual
Pemberian Informasi Kelompok
VCT untuk pasangan

Semua hal diatas berkaitan dengan metoda tes tradisional dan tes cepat.

Alur Klien Individual



Aktivitas 1

VCT INDIVIDUAL

Mendiskusikan ...

Apa keuntungan ?
Apa kerugian ?

Pemberian Informasi dalam Kelompok – Kombinasi dengan Konseling pra-tes individual

- Konseling pra-tes individual adalah strategi paling efektif.
- Ketika tuntutan untuk VCT demikian tinggi, maka sementara SDM terbatas, dapat dilakukan pemberian informasi dalam kelompok, diikuti kemudian dengan konseling pra-tes individual
- Pemberian informasi kelompok dapat dengan video/film atau edukator

Pemberian Informasi Kelompok

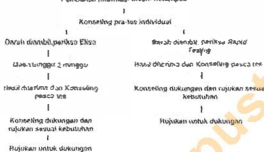
- Kerahasiaan dan privasi tetap ditawarkan pada klien.
- Informasi berisi dasar penyakit HIV, penularannya, dan pengurangan risiko
- Demonstrasi dan diskusi penggunaan kondom.
- Keuntungan dan isu potensial berkaitan dengan tes.
- Prosedur tes dan penyampaian hasil.
- Informasi umum tentang kesehatan reproduksi

Konseling Pra-tes Individual

- Penilaian risiko personal dan umpan balik tentang risiko individu.
- Eksplorasi dan pemecahan problem hambatan dalam mengurangi risiko.
- Eksplorasi: apa yang akan dilakukan klien jika hasil tes +, dan cara penyesuaian diri yang dimungkinkan.
- *Informed consent.*

Pemberian Informasi Kelompok

Perbedaan info kelompok menurut pada Pemberian Informasi Kelompok



Apa beda pemberian informasi kelompok dari Konseling Kelompok?

Pemberian informasi kelompok	Konseling kelompok
Tidak rahasia	Rahasia.
Sejumlah orang (banyak/sedikit)	Biasanya sejumlah kecil orang
Emosional netral.	Membangkitkan emosi kuat pada konselor dan klien.
Umum	Terfokus, spesifik dan ada target goal
Informasi digunakan u/ peningkatan pengetahuan & edukasi.	Informasi digunakan u/ motivasi mengubah sikap dan perilaku.

Aktivitas 2

PEMBERIAN INFORMASI KELOMPOK

Diskusikan ...

Apa keuntungan?

Apa kerugian?

Tahap Perkembangan Kelompok

- Semua kelompok mempunyai siklus kehidupan.
- Awal / tengah / akhir
- Ketika melakukan pemberian informasi dalam kelompok, perhatikan siklus kehidupan setiap kelompok.
- Setiap kelompok mempunyai 5 tahap pengembangan.

Tahapan Pengembangan Kelompok Tahap 1 – Pembentukan

- Bergabung dalam kelompok.
- Perasaan tak nyaman masuk situasi baru.
- Anggota kelompok cenderung untuk :
 - ambivalen, berhati-hati, sopan, menghindari konflik & ketegangan.
- Tugas Fasilitator –
 - buat suasana nyaman.
 - buat suasana hangat dan bersemangat
 - beri arah dan tujuan

Tahapan Pengembangan Kelompok Tahap 2 – Curah Pendapat

- Bereaksi atas tuntutan akan apa yang harus dikerjakan kelompok dan isu kelompok.
- Anggota kelompok –
 - Menurunkan pertahanan diri,
 - Menanyakan otoritas dan ekspresikan kepedulian
- Mungkin timbul konflik atas isu.
- Mungkin menantang fasilitator.
- Tugas Fasilitator –
 - Kenali tahapan normal pengembangan kelompok ini
 - Dengar kepedulian atau isu yang dimunculkan

Tahapan Pengembangan Kelompok Tahap 3 – Pembentukan Norma

- Kelompok mengembangkan semangat kooperatif
- Kelompok bersikap menerima nilai mereka
- Anggota kelompok –
 - Mengembangkan respek.
 - Mengembangkan toleransi.
- Tugas Fasilitator –
 - Menghargai tugas kelompok
 - Menemukan kebutuhan anggota

Tahapan Pengembangan Kelompok Tahap 4 – Pembentukan Kinerja

- Kelompok bekerja dg tujuan mencapai goal
- Anggota kelompok kebanyakan produktif
- Anggota kelompok –
 - Biasanya suportif,
 - Saling menjaga satu sama lain
- Tugas fasilitator –
 - Memelihara fokus kelompok
 - Monitor progresivitas.
 - Memberi umpan balik sesuai kebutuhan.

Tahapan Pengembangan Kelompok Tahap 5 – Pembentukan - Adjourning

- Terjadi ketika kelompok mencapai hasil.
- Anggota kelompok :
 - Merasa dekat satu sama lain
- Tugas Fasilitator
 - Menyiapkan anggota kelompok akan apa yang terjadi nanti
 - Melaksanakan aktivitas penutup atau evaluasi untuk membantu kelompok menghadapi isu lanjutan dan mengakhiri keanggotaan kelompok

Faktor yang menghambat perkembangan kelompok

- Anggota kelompok terlambat bergabung
- Kurang konfidensialitas.
- Kurang partisipatif.
- Fasilitator tak berminat.
- Anggota kelompok tak berminat.
- Kurang umpan balik kepada kelompok tentang kontribusi dan komentar mereka
- Kurang jelas goal dan tujuan
- Kurang jelas prosedur dan struktur

VCT bagi pasangan

- Perlu ditawarkan, digalakkan dan sebagai opsi bagi semua pasangan.
- Dapat membantu :
 - Mempertimbangkan keputusan tentang bdtb tidak punya anak
 - Menilai cara keluarga berencana
 - Menyusuri rencana masa depan.
- Rahasia - pasangan diberitahu keterbatasan dan ruang lingkup.
- Penilaian risiko individu harus dilakukan.

VCT bagi pasangan – Berbagai hasil tes

- Pengungkapan status klien kepada pasangan hanya atas izin klien.
- Klien yang datang dengan pasangan untuk menerima hasil, harus dikonseling secara terpisah, baru kemudian dapat bersama.
- Strategi ini untuk memastikan bahwa klien tak terancam oleh pasangannya waktu menerima hasil. Juga membantu

Alur Pasangan Klien



Aktivitas 3

VCT bagi PASANGAN

Diskusikan ...

Apa keuntungannya?
Apa kerugiannya?

Kesimpulan

VCT Individual
Pemberian Informasi Kelompok
VCT untuk pasangan
ELISA testing atau HIV rapid tests

- Efisiensi dan/atau
- Prosedur tes
- Sumber yang tersedia

Modul 5

Sub modul 1

Adaptasi model standar VCT

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Mengadaptasi model VCT klasik untuk memenuhi kebutuhan klien sesuai situasi.
- Memahami perbedaan antar VCT individual dengan kombinasi pemberian informasi kelompok sebelum konseling pra-tes, dan konseling pasangan
- Memahami keuntungan dan kerugian berbagai model layanan VCT

Mengatur alur klien dan mengadaptasi model VCT klasik

Dalam melakukan layanan yang baik, perlu dipertimbangkan besaran epidemi, prosedur tes, tingkat sumber (daya dan dana) yang tersedia. Dalam sub modul ini dibicarakan VCT dengan pemeriksaan metode tes tradisional dan dengan penggunaan metode tes cepat. Pilihan untuk VCT individual, pemberian informasi kelompok, dan VCT untuk pasangan dalam hubungan pemeriksaan metode tradisional dan cepat¹.

1. VCT Individual

(model ini didiskusikan secara rinci dalam Modul 2 sub modul 5.3)



Pemberian Informasi kelompok – kombinasi konseling pra tes Individual dan kelompok

Konseling pra-tes individual merupakan strategi konseling pra-tes yang paling efektif. Di banyak tempat tuntutan konseling sangat tinggi sementara sumber dana & daya terbatas, sehingga seringkali klien masuk dalam daftar tunggu untuk jangka waktu panjang atau menunggu lama di ruang tunggu. Menghadapi hal ini, maka dilakukan pengurangan waktu untuk konseling individual, yakni lebih dahulu semua peserta diberi informasi HIV dan yang

¹ Semua bagan alur termasuk naskah ini (individual, kelompok, dan pasangan) diadaptasi dari PSI New Start Zimbabwe Operating Procedure Manual dan WHO VCT Counseling Training Manual – Swaziland, ditulis oleh Dr Buhle Ncube dan Kathleen Casey.

berkaitan dengan itu diberikan dalam kelompok, sementara isu yang bersifat spesifik individual diberikan dalam pertemuan konseling pra tes individu.

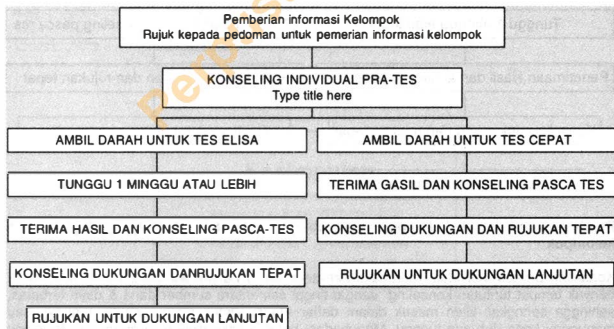
Struktur yang disarankan telah tersedia.

Beberapa informasi kelompok dapat diberikan oleh video atau oleh edukator sebaya terlatih ketika jumlah konselor terbatas.

Tabel 1: Kombinasi pemberian informasi kelompok / konseling pra tes Individual

Pemberian Informasi kelompok	Konseling pra tes Individual
• Kerahasiaan dan yang bersifat pribadi ditawarkan pada klien • Informasi dasar tentang HIV • Informasi dasar tentang cara penularan dan mengurangi risiko HIV • Demonstrasi dan diskusi tentang penggunaan kondom • Keuntungan dan isu potensial berkaitan dengan konseling • Prosedur tes dan penyampaian hasil • Informasi umum tentang kesehatan reproduksi	• Penilaian risiko individual dan umpan balik risiko individual • Eksplorasi dan pemecahan masalah untuk mengurangi hambatan penurunan risiko • Eksplorasi akan apa yang klien lakukan jika hasil tes (+) atau (-), cara adaptasi positif • Informed consent

Penyampaian hasil tes tidak akan pernah diberikan kepada kelompok. Tidak disarankan menyampaikan hasil negatif sekalipun kepada kelompok, juga hasil positif, semua disampaikan secara individu, mengingat sifat kerahasiaan dan status mereka yang berbeda-beda.



Perbedaan pemberian informasi dan konseling kelompok⁶

Pemberian informasi kelompok	Konseling kelompok
Tidak bersifat rahasia	Rahasia
Jumlah dalam kelompok: sedikit atau banyak	Biasanya dalam kelompok kecil
Emosi netral	Membangkitkan emosi kuat pada klien dan konselor
Umum	Berfokus, pada sasaran dan tujuan khusus
Informasi digunakan untuk meningkatkan pengertian dan mendidik	Informasi digunakan untuk mengubah sikap dan perilaku
Menekankan isi materi	Menekankan pada isu
Berbasis kebutuhan kesehatan masyarakat	Berbasis kebutuhan klien

Tahap perkembangan kelompok

Semua kelompok punya siklus kehidupan, artinya ada awal-pertengahan dan akhir. Siklus ini sama buat setiap orang dalam setiap kelompok dan tergantung pada tugas masing-masing kelompok.⁴ Ketika menyampaikan informasi, siklus ini perlu dijadikan pertimbangan. Dalam setiap situasi kelompok, diusulkan setiap kelompok mempunyai lima tahap perkembangan.^{1,2}

TAHAP 1 – PEMBENTUKAN

Pembentukan adalah ketika orang bergabung dalam satu kelompok. Dalam kelompok pemberian informasi VCT, adalah saat anggota kelompok mengikuti sesi kelompok sebelum konseling pra tes individu dan memutuskan untuk tes HIV. Anggota kelompok cenderung ambivalen dan berhati-hati. Mereka terlihat sopan, cenderung tak ingin konflik, dan tak ingin ketegangan diantara mereka dan anggota kelompok lainnya. Mulanya tak enak, seperti ketika seseorang memasuki lingkungan baru. Anggota kelompok senang berbicara dalam kelompok dan apa proses dalam VCT nantinya. Tugas fasilitator memaparkan suasana agar hangat dan bersemangat. Fasilitas membantu memberi arah dan tujuan kelompok. Diskusikan akan pentingnya VCT dan memperjelas prosedur yang dilalui.

TAHAP 2 – CURAH PENDAPAT

Tahap 2 adalah curah pendapat, khas dengan reaksi pengajuan tuntutan apa yang harus dilakukan dalam kelompok dan isu dalam kelompok. Anggota kelompok menuntun pertahanan dirinya dan mempertanyakan otoritas serta mengekspresikan apa yang menjadi perhatian. Konflik akan isu didiskusikan dan akan terjadi mengemukakan tantangan pada fasilitator. Fasilitator memerlukan pengetahuan akan tahapan pengembangan kelompok. Penting untuk mendengarkan isu yang menjadi perhatian atau ditimbulkan oleh kelompok dan menjawab kelompok tanpa menghakimi. Jika ditantang, fasilitator harus tetap tenang dan berkomunikasi asertif.

TAHAP 3 – PEMBENTUKAN NORMA

Dalam tahap 3 berkembang ke arah pembentukan norma kelompok, semangat kerjasama dan penerimaan serta tujuan kelompok. Biasanya terbangun toleransi dan tanggung jawab dalam kelompok. Fasilitator perlu mempertahankan keseimbangan antara pencapaian tugas, memenuhi kebutuhan kelompok dan memelihara suasana kohesif kelompok.

TAHAP 4 – KINERJA

Pada tahap empat kelompok mengarah mencapai tujuan kelompok. Saat ini anggota kelompok begitu produktif. Anggota kelompok biasanya saling dukung dan memperhatikan. Tugas fasilitator menjaga fokus dari kelompok, memonitor perjalanan kemajuan dan memberikan umpan balik pada kelompok sesuai kebutuhan.

TAHAP 5 – MENUNDA

Tahap penundaan terjadi ketika kelompok mencapai tujuan. Anggota kelompok menjadi erat satu sama lain. Dalam kelompok VCT fasilitator perlu menyiapkan kelompok untuk masuk tahap selesai dan mempersiapkan para anggota kelompok apa yang akan dilakukan selanjutnya. Aktivitas penutup akan membantu kelompok untuk tidak menunda isu dan mengakhiri keanggotaannya.

Berbagai model pengembangan kelompok menunjukkan keberadaannya, dan kebanyakan mengikuti pentahapan seperti telah disebutkan. Kelompok melalui tahap demi tahap atau secara acak. Fasilitator perlu memahami bahwa kelompok melalui tahap ini. Jika kelompok nampak tak berkembang, fasilitator perlu memasukkan isu yang diperhatikan kelompok untuk membuka diskusi.

Faktor yang mempengaruhi kelambanan perkembangan kelompok³:

- Anggota kelompok bergabung saat kelompok telah lama berjalan
- Kurang percaya diri
- Kurang partisipasi
- Fasilitator tak berminat
- Anggota kelompok tak berminat
- Kurangnya umpan balik kepada kelompok tentang komentar dan kontribusi
- Kurang jelasnya arah dan tujuan
- Kurangnya pembatasan prosedur atau struktur

2. VCT untuk pasangan

Konseling pasangan harus digali, tidak hanya dalam perencanaan perkawinan, tetapi juga perencanaan mempunyai anak, metoda keluarga berencana dan tetap bekerja di luar rumah, rencana hari esok.

Pasangan tak boleh dipaksa untuk dikonseling bersama, tetapi diberi kesempatan untuk memikirkan dan mengambil keputusan konseling. Rahasia penting untuk dijaga dan pasangan perlu diberitahu apa yang dapat dirahasiakan dan limitasinya. Perlu juga dilakukan penilaian risiko.

Konselor harus mendengar aktif apa yang dikemukakan oleh pasangan, alasan mereka melakukan tes. Setiap orang harus mendapatkan kesempatan yang sama untuk mengajukan pertanyaan dan berdiskusi, konselor memastikan diri tidak menghakimi dan menghargai setiap pernyataan pasangan. Pasangan perlu diberi fakta yang relevan dan akurat tentang HIV/AIDS dan membantu mereka mengambil keputusan.

Mereka perlu dibantu untuk memahami dampak dari hasil tes terhadap kehidupan perkawinan mereka, kehidupan seksual, keluarga berencana, dan perencanaan membesarkan anak. Setiap anggota pasangan diberi kesempatan konseling secara individual sehingga mereka dapat mengeluarkan isu yang tak mungkin diungkapkan di depan pasangannya seperti perilaku seksual berisiko dimasa lalu. Pasangan perlu juga

digali kemungkinan perubahan aktivitas seksual seperti abstinen, penggunaan kondom, atau seks tanpa penetrasi. Sebagian besar studi mengenai konseling pasangan yang serodiskordan melaporkan keberhasilan mereka mengubah perilaku guna mencegah penularan HIV kepada pasangannya yang HIV (-).⁵

Berbagi hasil

Status klien tak boleh dibuka kepada pasangannya tanpa izin klien. Ketika pasangan datang untuk menerima hasil, hasil disampaikan secara individual, terpisah, baru kemudian ketika disetujui dibuka kepada pasangan. Strategi ini dirancang untuk memastikan individu tidak dipaksa untuk berbagi hasil tes. Juga perlu klien dibantu untuk merencanakan bagaimana membuka status diri kepada pasangan.



Rujukan

1. Tuckman, B. (1965). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63, 384-399.
2. Tuckman, B. and Jensen, M. (1977). Stages of small group development revisited. *Group and Organisational Studies*, 2, 419-427.
3. Hamer, K. (1991). *Leading a group*. (3rd Edition). Maroubra: Kerri Hamer.
4. Cranfield, S. (1994). *Training matters*. London: Health Education Authority.
5. UNAIDS. (2001). The Impact of Voluntary Counseling and Testing: A global review of the benefits and challenges. Geneva, UNAIDS.
6. Ministry of Health and Family Welfare (2001) *Government of India HIV testing Manual*. India: National AIDS Control Organization.

Model Pelayanan VCT

MODUL 5
Sub Modul 2
PENDIRIAN dan MANAJEMEN
PELAYANAN VCT

MODUL 5
Sub modul 2
Model layanan VCT

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Memahami keuntungan dan kerugian berbagai model layanan VCT
 - Memfasilitasi alur layanan klien secara efektif di berbagai tempat layanan
-

Waktu yang dibutuhkan

1 jam

Materi Pelatihan

- Tayangan PowerPoint (**PPT28**)
 - Lembar aktivitas (**AS25**)
 - Naskah (**HO27**)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak Formulir Evaluasi
-

Isi

- Model layanan VCT
 - Mandiri
 - Terintegrasi
 - Keliling
 - Penjangkauan
 - Strategi alur klien
 - VCT individual
 - Pasangan
 - Menangani alur klien dalam jumlah besar
-

Patunjuk Pelaksanaan

1. Berikan informasi dengan tayangan PowerPoint (**PPT28**)
2. **Aktivitas: (AS25)**
 - Bagi peserta dalam tiga kelompok:
 - Kelompok 1 membicarakan model layanan VCT mandiri.
 - Kelompok 2 membicarakan model layanan VCT terintegrasi.
 - Kelompok 3 membicarakan model layanan VCT penjangkauan
 - Mintalah setiap kelompok mempertimbangkan hal dibawah ini :
 - Untuk masyarakat mana yang cocok dengan jenis layanan diatas ?
 - Apa kunci dari masing-masing model layanan ?
 - Apa sumber daya (staf, alat dsb) yang dibutuhkan oleh masing-masing model ?

- Apa keuntungan dari model jenis ini ?
 - Apa kerugian dari model jenis ini ?
3. Tanyakan apakah masih ada yang mengajukan pertanyaan, tanggapan, komentar. Jika mengajukannya secara tertulis dapat dimasukkan dalam "Kotak Pertanyaan".
 4. Mintalah peserta melengkapi formulir evaluasi dan memasukkannya dalam "Kotak Formulir Evaluasi"

Perpustakaan BNN

Model Layanan VCT

Module 5 Sub module 2 / PPT28

Terimakasih

- Rachel Baggeley WHO Consultant
- Kathleen Casey (WHO)
- Kara counselling, Zambia (Fr Michael Kelly, Ignatius Kayawe, Stanley Chama)
- Zambart project, Zambia
- Sam Kalibala (Pop council)
- Eric van Praag (FHI)
- Patrick Osewe (New Start, Zimbabwe)
- Evalyn Serima (ZAPSO, Zimbabwe)
- Elena Purick (Humana, Ukraine)
- Connie Osborne, Jeanette Olsson, David Miller (UNAIDS)

Tujuan

Memahami keuntungan dan kerugian
bermacam-macam model layanan VCT

Memfasilitasi klien untuk layanan efektif
dalam berbagai setting.

Cara layanan VCT

Layanan mandiri.

Terintegrasi dalam layanan kesehatan lain :

Integrasi dalam puskesmas.

Integrasi dalam KIA

Integrasi dalam layanan TB.

Integrasi ke layanan (STI).

Integrasi ke layanan KB.

Social marketing of VCT.

Sektor swasta.

Tes di rumah (tidak dianjurkan).

Penjangkauan masyarakat

Pendekatan layanan VCT

Layanan VCT untuk kelompok khusus :

Pemuda.

Keluarga dan anak-anak.

Laki-laki seks dengan laki-laki (MSM).

Injecting drug users (IDU).

Pekerja seks

Layanan di Lapas dan rumah tahanan.

VCT dan transfusi darah.

VCT dan proyek penelitian.

Layanan VCT Mandiri

Gambaran penting

Kesadaran masyarakat.

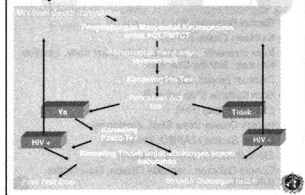
Staf yang berdedikasi.

Jam layanan fleksibel.

Tes anonim.

Klub Pasca-tes.

Layanan VCT Mandiri



Layanan VCT Mandiri

Pisahkan dari layanan medik lain.
Link dengan masyarakat
Konselor berdedikasi.
Dukungan pasca tes.
Jam buka sesuai kebutuhan masyarakat.

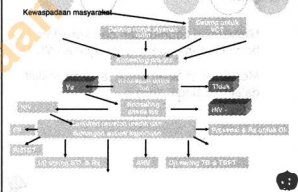
Kemungkinan stigma.
Kelangengan layanan dan pendanaan

Terintegrasi kedlam Layanan Kesehatan Dasar

Terletak ditengah masyarakat, dimana puskesmas berada.

- Konseling dilakukan oleh staf klinik.
- Link dengan layanan medik

VCT terintegrasi dalam layanan medik



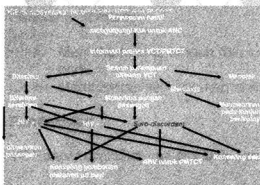
Terintegrasi kedalam Layanan kesehatan dasar

- ↓ Biaya.
- Mudah ditiru /ditingkatkan.
- ↓ Dukungan akan Stigma terhadap tes.
- ↑ Liaison dengan intervensi medik.
- ↑ Akses untuk perempuan.
- ↑ Akses kepada anak muda.
- ↑ Beban kerja.
- ↓ Akses untuk laki-laki dan pasangan.
- ? ↓ Kualitas konseling.

Terintegrasi dalam Layanan Kesehatan Dasar

Staf berdedikasi untuk konseling.
Perencanaan/pengembangan bersama layanan lainnya.
Komitmen dan pemahaman VCT oleh pemimpin klinik.
Pertemuan teratur untuk memfasilitasi layanan dan rujukan silang.

Terintegrasi dengan layanan ANC/KIA



Layanan terintegrasi ANC pada KIA

Kesempatan untuk PMTCT.

Lebih mudah mereplikasi/ meningkatkan

Perempuan berpotensi disalahkan menjadi penyebab infeksi HIV.

Perempuan mungkin kurang memiliki otonomi untuk mengambil keputusan termasuk untuk menjalani VCT.

↑ Beban kerja.

↓ Akses untuk lelaki (dan pasangan).

? ↓ Kualitas konseling.

Terintegrasi dalam layanan TB

Kesempatan untuk TBPT.

Memaparkan infrastruktur.

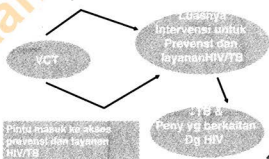
Sistem layanan kebidanan dan intervensi medik lainnya (misal ARV).

Prevalensi tinggi HIV.

Tak ada akses untuk mereka yang asimtomatik.

↑↑ Stigma.

Pendekatan mereka yang setuju TES VCT & layanan TB



Sektor swasta VCT

Kelengkapan/ Pendanaan.

Akses pelayanan medik.

Kenyamanan (untuk beberapa kelompok).

Terbatasnya akses ke kelompok miskin/ berisiko.

? Kualitas konseling dan tes.

Rahasia.

Memberi iming-iming.

Kurangnya privasi HIV.

Tes di rumah

Privasi.

Akses untuk 'kelompok khusus'.

Murah (untuk sistem kesehatan).

Tak ada konseling pre-tes.

Tak ada/terbatasnya konseling pasca-tes.

Memberi iming-iming.

Buruknya kendali kualitas (quality control).

Tes tunggal.

Sulit dilampirkan.

VCT keliling

Anonimitas.

Akses mudah.

Akses untuk 'kelompok sulit dijangkau'.

Akses untuk daerah yang jauh dan komunitas rural.

Sulit ditindaklanjuti dan dukungan pasca tes.

Masalah logistik/ rumanan.



Modul 5
Sub modul 2
Model bentuk layanan VCT¹

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Memahami keuntungan dan kerugian model pemberian layanan VCT yang berbeda-beda
- Memfasilitasi alur layanan efektif klien di berbagai *setting*

Pendekatan

VCT dapat dilakukan melalui lima pendekatan yang berbeda-beda sebagai berikut :

Lima pendekatan melakukan pelayanan VCT

1. Layanan mandiri
2. Layanan terintegrasi dalam layanan kesehatan
 - 2.1 Keluarga Berencana (KB)
 - 2.2 Pencegahan Penularan Ibu-Anak (*Prevention of mother to child transmission =PMTCT*)
 - 2.3 Infeksi Menular Seksual (*Sexually transmitted infections =STI*)
 - 2.4 Terapi Tuberkulosa
3. Sektor swasta
4. Tes di rumah
5. Penjangkauan ke masyarakat

1. Layanan Mandiri

Pelayanan mandiri (Gambar 1) menawarkan VCT jauh dari fasilitas kesehatan, ia mempunyai hubungan dengan layanan perawatan dan dukungan lain. Banyak layanan mandiri dikelola oleh LSM lokal atau internasional, dan menjadikan VCT dan kewaspadaan publik sebagai tulang punggung kegiatannya. Keberhasilan didukung oleh publikasi, pemahaman masyarakat akan VCT, dan upaya untuk mengurangi stigma berkaitan dengan HIV. Tempat VCT yang berhasil menarik orang didukung oleh kampanye informasi, edukasi, dan komunikasi, mobilisasi masyarakat dan iklan. Klinik Anonimus merupakan layanan VCT mandiri yang dikelola oleh *the Thai Red Cross* di Bangkok. Individu dapat hadir di klinik ini , menerima konseling dan tes HIV, dan mengunjungi kelompok sebaya. Lokasi di pertokoan dan mempunyai akses transportasi publik. Layanan mandiri ini dekat dengan Chulalongkorn Hospital dan mempunyai hubungan dengan layanan rawat jalan dan inapnya. Keuntungan lokasi ini dekat dengan tempat kerja pekerja seks dan mempunyai hubungan dengan penjangkauan edukasi dan riset perilaku yang dilakukan oleh program *the Red Cross*¹.

Keuntungan esensi pendekatan termasuk :

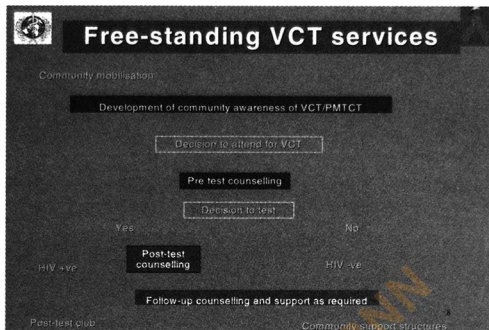
¹Materi ini dikumpulkan oleh Dr Rachel Baggalety for WHO Geneva, dan ditinjau serta diadaptasi oleh Kathleen Casey dan Scott McGill (WHO). Dokumen ini disiapkan untuk diskusi pada sesi lokakarya ini. WHO Geneva akan segera mempublikasikan dokumen ini secara lebih komprehensif.

- **Staf konseling berdedikasi** – Penopang utama layanan mandiri adalah VCT, konseling purna waktu oleh para konselor yang tidak bekerja di tempat lain
- **Keleluasaan jam buka** – Layanan mandiri tidak berada dalam layanan manapun, maka ia dapat melakukan jam operasional yang leluasa sesuai dengan kebutuhan klien jangkauannya, misalnya malam hari atau hari libur
- **Tes tanpa nama** – Kebanyakan layanan mandiri menawarkan layanan VCT rahasia atau anonim (orang yang datang tidak menyebut nama)
- **Terpisah dari layanan medik** – Keterpisahannya dari layanan medik membuat semua klien yang tanpa gejala dengan senang hati mendatangi, terutama laki-laki jarang datang ke fasilitas kesehatan kecuali ia sakit, karena itu layanan mandiri merupakan perluasan penjangkauan VCT pada masyarakat lebih luas.
- **Berhubungan dengan masyarakat** – Layanan mandiri berada di tengah masyarakat dengan struktur manajemen luwes. Melalui cara ini hubungan ke dan dari masyarakat serta kemitraan dapat ditindak lanjuti dengan baik.
- **Dukungan kelompok pasca tes** – Banyak layanan mandiri VCT melakukan dukungan pasca tes. Layanan ini mempunyai kemandirian dan kurang menggunakan pendekatan medik pada perawatan dan dukungan pasca tes.

Kerugian:

- **Pendanaan** – Kebanyakan layanan dilakukan oleh LSM, maka ia tergantung pada dukungan dana donor, sulit untuk menjaga kesinambungan.
- **Berpotensi membuat stigma** – Layanan mandiri mempunyai layanan tunggal berkaitan dengan HIV/AIDS, sehingga mungkin merupakan stigma. Orang akan menolak karena takut dikenali sebagai pengidap HIV. Ini akan menyulitkan, terutama di wilayah kecil dan prevalensi rendah dimana HIV masih menjadi stigma. Di masyarakat kecil, lebih baik dilakukan layanan terintegrasi menggunakan sistem kode sehingga kerahasiaan lebih mungkin dijamin dan layanan dihampiri orang.
- **Petugas yang jenuh (burnout staffs)** – Pada pusat layanan yang staf nya berdedikasi, kejenuhan dan depresi tak terhindarkan, sehingga menimbulkan stres dengan merasa lelah secara emosional.

Figure 1:



2. Terintegrasi kedalam layanan kesehatan

Layanan VCT dapat terintegrasi dalam layanan kesehatan yang telah ada. Dalam pendekatan ini Puskesmas yang dikunjungi banyak pasien di masyarakat wilayahnya, baik untuk KIA, KB, TB, IMS, dsb dapat melakukan VCT. Konseling dilakukan oleh konselor terlatih, baik ia staf Puskesmas atau konselor HIV/AIDS. Dengan telah terjalinnnya sistem rujukan Puskesmas dengan fasilitas kesehatan lainnya, maka rujukan VCT pun dapat dilakukan. Dukungan staf konselor yang berdedikasi baik waktu dan diri akan membuahkan keberhasilan layanan yang terintegrasi. Perlu dilakukan pertemuan teratur, pertemuan antar klinik, untuk memastikan berjalannya liaison dan rujukan antar klinik. Komitmen pihak manajemen (juga pengertiannya), perencanaan dan pengembangan layanan VCT, akan membuat layanan VCT dapat berkembang. RS Marjuki Mahdi di Bogor, merupakan contoh layanan VCT bagi para pengguna napza yang tinggal di tempat pemulihan napza tersebut. Konseling disini dilakukan kapan saja, sangat fleksibel, dan para klien dapat memilih konselor masing-masing maupun konselor pengganti, kepada siapa mereka merasa nyaman mengemukakan persoalannya. Para konselor dimungkinkan untuk terus menerus mendukung klien dan konselor sebaya. RS penyakit infeksi Barmasnaradura di Bangkok menawarkan layanan *drop in* VCT, juga konseling lanjutan setelah mereka mengetahui diagnosis, baik bagi mereka yang rawat jalan maupun inap. Konselornya juga mampu memberikan layanan VCT bagi perempuan hamil di klinik ANC rumah sakit.²

Keuntungan pendekatannya termasuk :

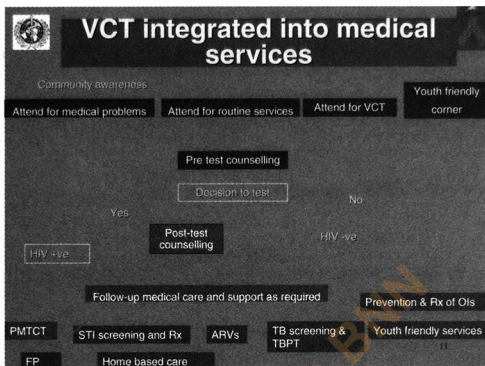
- **Biaya rendah** – Layanan VCT terintegrasi kedalam fasilitas kesehatan yang ada membutuhkan ekstra dana guna menyiapkan tempat dan perlengkapannya. Layanan terintegrasi membutuhkan latihan bagi staf konselornya tanpa harus merekrut staf baru.
- **Mudah direplikasi/ditingkatkan** – Di banyak negara terjaln jejaring kerja yang baik antar Puskesmas telah mapan. Jika VCT dapat berhasil diintegrasikan sesudah suatu percontohan, maka akan dengan mudah direplikasi karena infrastruktur dasarnya telah ada disana.

- **Stigma lebih kecil** – Puskesmas melakukan beberapa jenis layanan kesehatan, karenanya akan mudah orang datang untuk VCT tanpa merasa malu.
- **Hubungan dengan intervensi medik** –Diagnosis HIV-infeksi yang berkaitan dengan HIV, akses dan monitoring terapi , intervensi pencegahan dapat difasilitasi melalui jalur klinik yang telah ada.
- **Akses untuk perempuan** – VCT terintegrasi mudah dikunjungi perempuan daripada layanan VCT mandiri. Kunjungan perempuan ke Puskesmas merupakan hal yang biasa, bahkan mungkin rutin untuk KB,KIA, pemeriksaan anaknya, karena itu lebih mudah untuk juga menawarkan VCT kepada mereka.
- **Akses untuk kawula muda** – VCT dapat dimasukkan dalam layanan yang bersahabat bagi kaum muda dan dapat dimulai di Puskesmas yang telah melakukan layanan kesehatan reproduksi dan klinik remaja. Di RS Ketergantungan Obat yang klien nya anakmuda dan memberikan berbagai layanan untuk edukasi sebaya, konseling napza, demikian juga Klinik Metadon RSU Sanglah, layanan VCT dapat dilakukan.

Kerugian:

- **Peningkatan beban kerja** – Mereka yang bekerja di fasilitas kesehatan telah mempunyai tugas pokok dan fungsi masing-masing, sebagian besar petugas kesehatan di Puskesmas sangat sibuk melayani pasien, sehingga waktu dan tenaga sedikit tersisa untuk konseling. Diperlukan kesediaan waktu ekstra untuk konseling lebih dalam jika diperlukan. Keterbatasan waktu dan banyaknya pasien merupakan kendala untuk mempertahankan layanan konseling.
- **Syarat ruangan** – VCT membutuhkan ruang pribadi yang orang lain tak dapat ikut 'mendengar' dialog dalam konseling. Bila Puskesmas terlalu kecil, maka sulit untuk menyediakan ruang yang nyaman untuk konseling. Di RS Jiwa Pontianak, layanan VCT dilakukan di ruang yang tadinya digunakan oleh manajemen, sehingga manajemen perlu alih tempat.
- **Akses terbatas untuk laki-laki dan pasangan** – Laki-laki tak secara rutin datang ke Puskesmas, dan jarang perempuan didampingi pasangannya ketika mengunjungi Puskesmas.
- **Kualitas konseling buruk** –Dalam laporan baru-baru ini dikatakan "*VCT dilakukan di semua fasilitas kesehatan di Afrika Selatan*".³ Meski para petugas kesehatan telah mendapat pelatihan yang baik dalam konseling, karena keterbatasan waktu membuat layanan konseling mereka di Puskesmas berkualitas tak memadai, dan klien yang ditangani sedikit.
- **Training dan konseling yang tak memadai** –Konselor dilatih untuk konseling dasar, dalam keadaan ia terjun bekerja, isu yang dijumpai ternyata kompleks, terutama dalam konseling lanjutan.⁴ Kurangnya supervisi dari kasus yang ditangani juga memberi kontribusi kualitas layanan tak memadai .

Figure 2:



2.1 Integrasi kedalam layanan keluarga berencana

Keluarga berencana (KB) layanannya telah berkembang baik di banyak negara dan secara rutin ada kontak dengan perempuan usia subur. Namun layanan VCT belum banyak terintegrasi dalam layanan KB, sehingga kesempatan tak digunakan sebagaimana mestinya.⁵ Pemerintah Sri Lanka mengembangkan strategi bertujuan untuk “pendekatan tambahan yang komprehensif layanan kesehatan reproduksi pada sistem kesehatan yang ada yakni layanan di KIA dan KB , termasuk anemia, deteksi dini dan pencegahan IMS dan HIV/AIDS. Pemeriksaan keganasan organ reproduksi di Puskesmas. Melalui pemantauan 300 klinik perempuan dan mengendalikan infeksi saluran reproduksi bersama aktivitas lainnya”⁶.

Keuntungan :

- **Sistem sudah ada** – Bersama dengan layanan IMS dan TB, infrastruktur dan staf sudah ada.
- **Ketrampilan konseling** – Banyak petugas kesehatan memberikan layanan KB sambil memberikan konseling . Petugas kesehatan yang bekerja di klinik KB telah mempunyai kemampuan konseling dan telah biasa menghadapi permasalahan seksual dari kliennya. Kepada mereka dapat ditambahkan ketrampilan konseling HIV melalui kursus singkat.
- **Rujukan silang** – Mengetahui status dirinya, banyak klien yang memikirkan masa depan menyelamatkan generasinya dari terkena HIV dengan cara ikut KB, juga untuk menghindari dari kehamilan tak dikehendaki.

Kerugian :

- **Terbatasnya akses bagi laki-laki** – Laki-laki jarang mengunjungi layanan KB .
- **Terbatasnya akses untuk anak muda** – Pelayanan KB tidak menjangkau anak muda, sehingga melalui metode ini anak muda sulit dijangkau dengan VCT
- **Beban kerja tambahan bagi petugas kesehatan** – Petugas KB sering menolak melakukan pekerjaan tambahan konseling HIV karena mereka tak melihat kaitan langsung dengan pekerjaannya. Keadaan ini terjadi di negara-negara dengan prevalensi rendah di Asia.⁷

2.2 Terintegrasi dalam layanan antenatal

Penyediaan layanan VCT meningkat dalam klinik ANC (lihat gambar 3 dibawah) dalam upaya mencegah penularan dari ibu ke anak(prevention of mother-to-child transmission =PMTCT) ². UNICEF, UNAIDS dan WHO berinisiatif melaksanakan rangkaian proyek percontohan di Afrika sub-Saharan dan Asia dengan tujuan menyediakan layanan VCT kepada perempuan hamil dan ARV (antiretroviral therapy =ART) serta intervensi PMTCT lainnya bagi perempuan HIV (+). Program Nasional VCT/PMTCT juga dimantapkan di negara berpendapatan menengah , seperti Thailand dan India , dimana layanan VCT/PMTCT sudah dijalankan sejak tahun 2000.⁸ Beberapa negara seperti Asia Selatan dan Tenggara seperti Myanmar sekarang meningkatkan program dari proyek percontohan yang sukses .

VCT dalam layanan *antenatal care* mempunyai keuntungan dan kerugian yang sama dengan VCT terintegrasi dalam layanan Puskesmas. Walaupun demikian, pertimbangan khusus termasuk menawarkan kebutuhan perempuan hamil akan VCT dan peran serta pasangannya dalam pencegahan penularan , perlu masuk dalam persetujuan. Bidan dan perawat memerlukan tambahan pelatihan ketrampilan VCT dan PMTCT. Semua layanan tidak lanjut untuk ibu dan perawat bayi pasca dilahirkan, serta perempuan dengan HIV (+) perlu ditawarkan intervensi PMTCT.

Keuntungan pendekatan ini :

- **Kesempatan melakukan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak** – Tujuan klinik ANC melakukan VCT adalah mengidentifikasi HIV (+) pada perempuan hamil sehingga mereka dapat diintervensi dengan PMTCT. Di banyak negara Eropa , Asia dan Amerika Serikat , sebagian besar perempuan hamil di tes dan diberi ART dalam PMTCT , dengan hasil infeksi sangat rendah infeksi HIV pada anak.
- **Layanan komprehensif** – Perawatan dan dukungan berkelanjutan dapat diberikan kepada perempuan, pasangan dan anaknya.

Kerugian:

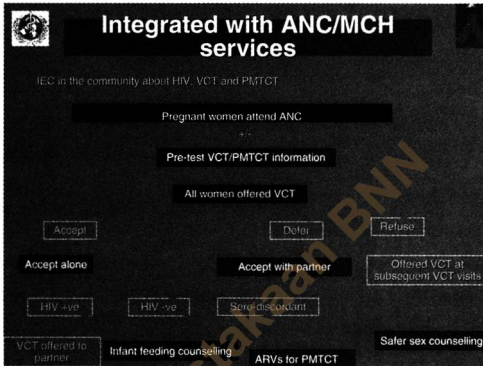
- **Perempuan dipersialkan sebagai sumber penularan HIV** – Memfokuskan VCT pada perempuan akan membuat perempuan menjadi bahan tuduhan penyebab infeksi HIV.⁹
- **Perempuan miskin otonomi diri** – Budaya dan ekonomi sering merupakan alasan perempuan kehilangan otonomi dirinya, sehingga perempuan seringkali sulit membuat keputusan, termasuk keputusan untuk ikut dalam VCT. Ketika ia akan berkonsultasi

² Preventing HIV Infection in Infants – A State-of-the-Art Review. World Health Organization.

tentang pencegahan dan intervensinya, maka persetujuan suami atau keluarga harus dimintakan.

- **Akses terbatas untuk laki-laki** – Amat sedikit laki-laki melakukan VCT di klinik ANC, meski program PMTCT berupaya meminta partisipasi mereka.

Gambar 3:



2.3 Integrasi kedalam layanan IMS (Infeksi Menular Seksual)

Prevalensi HIV tinggi pada mereka yang mengidap IMS dibanding populasi umum. Contoh di Myanmar pada tahun 1997, Pengunjung klinik IMS 13.21%, pengunjung ANC 0.65%.¹⁰ Menawarkan VCT di klinik IMS akan mengidentifikasi lebih banyak pengidap HIV. Di banyak negara berkembang VCT dilakukan rutin pada setiap pengunjung IMS. Di klinik tertentu dapat dilayani konseling, tes dan terapi bagi mereka dengan HIV (+). Pada negara berkembang, meski beberapa klinik IMS dapat melakukan tes HIV, hanya sedikit layanan VCT yang berkualitas. Di India, di pelabuhan ada program *Operation Lighthouse*¹¹ yang melayani IMS/HIV/AIDS untuk petugas kapal dan pekerja transportasi. Program nasional ini terdapat di semua pelabuhan besar di India, dengan tenaga koordinator teknik utama dari Mumbai.

Keuntungan pendekatan ini adalah :

- **Tingginya angka deteksi** – Dilaksankannya VCT di layanan IMS akan meningkatkan jumlah orang yang dikenali status HIV nya dan memfasilitasi mereka ke layanan kesehatan yang sesuai.
- **Sistem pemberitahuan kepada pasangan telah mantap** – Pada beberapa layanan IMS telah terdapat sistem konseling pasangan yang mantap dan cara menyampaikan kepada pasangan tentang status. Kehati-hatian akan lingkungan sekitar klien tetap

dipertimbangkan, ketika pengungkapan status HIV klien disampaikan mengingat pertimbangan etik, hukum, hak-hak pribadi dan pemberian persetujuan tertulis senantiasa harus dilakukan dalam pengungkapan status.¹²

Kerugian :

- **Stigma** – Kadang-kadang orang menolak datang ke klinik IMS karena kuatir dikenali atau rahasianya terbuka.
- **Terbatasnya akses pada orang yang tanpa gejala** – VCT dalam layanan kesehatan senantiasa menjangkau mereka yang mempunyai gejala sakit dan diberikan kepada mereka yang membutuhkan pengobatan. IMS seringkali tanpa gejala, dan kebanyakan penderita IMS memilih mengobati dirinya sendiri, karenanya VCT dalam setting ini tidak menjangkau mereka yang membutuhkan perhatian.

2.4 Terintegrasi dalam layanan TB

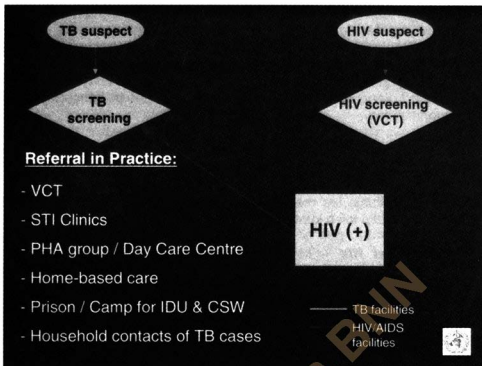
Hampir 30% odha terinfeksi TB. TB merupakan infeksi oportunistik yang paling banyak menyerang odha, serta merupakan penyebab kematian utama pada odha. Pada banyak negara epidemi TB dan HIV saling memperkuat.¹³ Infeksi HIV dan TB seringkali diobati secara terpisah. Program TB memberi perhatian tidak cukup besar selain untuk menemukan kasus dan memberikan terapi, sebaliknya program HIV juga kurang memberi perhatian pada TB. Dibutuhkan kerjasama yang lebih besar bagi penanganan keduanya.

Keuntungan pendekatan ini termasuk :

- **Angka temuan tinggi** – Dengan adanya layanan VCT di klinik TB maka memudahkan pengenalan odha sehingga memudahkan pelaksanaan intervensi yang dibutuhkan lainnya.
- **Infrastruktur mapan** – Di banyak negara layanan TB telah mapan, mempunyai jangkauan nasional, mempekerjakan orang yang terampil dalam memberikan diagnosis dan dapat melakukan supervisi terapi TB. Layanan VCT dalam sistem yang telah mapan seperti ini mudah dilakukan. Juga dapat diusulkan layanan pemberian terapi ART pada odha dalam sistem layanan TB.

Kerugian:

- **Terbatasnya akses ke mereka yang tanpa gejala** – Sama seperti integrasi kedalam layanan IMS, VCT dalam layanan TB hanya akan menjangkau mereka yang tampil dengan gejala TB dan datang untuk mengambil terapi.

Gambar 4: Dibutuhkan mekanisme rujukan efektif dalam layanan TB dan HIV¹⁴

3. Sektor swasta

Di Asia, dokter praktek swasta banyak yang menjalankan praktek umum. Tes HIV seringkali dilakukan tanpa kecukupan konseling pra tes atau persetujuan tertulis, dan kendali mutu yang tak memadai dalam prosedur tes HIV. VCT (atau lebih banyak hanya tes HIV) biasanya dilakukan sebagai bagian layanan klinik, biasanya untuk menegakkan diagnosis HIV. Meski di beberapa negara tersedia terapi ART, pasien dengan mudah mengakses layanan medik yang dikehendaki, namun sebagian besar mengabaikan prevensi HIV. Karena itu nampaknya VCT di sektor swasta perlu dipikirkan pengembangannya. Dokter praktek swasta dapat dilatih ketrampilan melakukan layanan VCT yang lebih baik. Misal di Pakistan, Green Star Network¹⁵ merupakan salah satu jejaring kesehatan reproduksi sektor swasta terbesar di dunia, franchise. Logo *The Green Star* melambangkan program berkualitas nyata, *standard operating procedures* dan pelatihan staff dilakukan dalam klinik yang ditandai logo. Hanya dokter yang terlatih sesuai kurikulum ditetapkan yang dianggap kompeten, dapat masuk dalam jejaring *The Green Star*. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa kualitas layanan konseling mereka tinggi dan layanan memuaskan. Namun demikian VCT tetap bukan merupakan bagian prevensi HIV.

Pada umumnya, **keuntungan** VCT termasuk:

- **Dana** – Layanan ini dibayar oleh klien atau perusahaan/sektor swasta maka pendanaan dari luar tak diperlukan dan kesinambungan tetap terjaga
- **Layanan medik** – Dokter praktek swasta dapat melakukan terapi lanjutan bagi odha.
- **Nyaman (untuk beberapa kelompok klien)** – Ketika dokter praktek swasta melakukan konseling VCT bagi pasien pelanggannya, maka klien akan merasa nyaman.

Keuntungan:

- **Akses** – VCT di sektor swasta dibayar dari kantong klien, membuat mereka yang tak mampu bayar sulit mendapatkan layanan, terutama di negara berkembang
- **Kualitas konseling dan kendali kualitas tes** – Dokter praktek swasta hampir tidak ada yang mengendalikannya cara memberikan layanannya, sehingga bagi mereka yang terbatas pelatihannya tak terawasi kualitasnya. Dengan demikian berakibat akan buruknya kualitas konseling dan tes. Layanan akan berbasis pada “pembayaran waktu layanan”, maka klien yang kurang mampu akan sulit membayar layanan konseling tambahan jika mereka memerlukannya.
- **Rahasia** – Sistem tidak menjamin kerahasiaan, terutama bagi pegawai yang dibayar perusahaannya akan takut rahasia diungkapkan kepada majikan/perusahaan.
- **Coercion** – Dalam situasi tes merupakan syarat bagi promosi atau kenaikan pangkat atau tugas belajar, maka klien takut akan dibukanya rahasia status HIV dirinya.
- **Kurangnya prevensi HIV** – Mereka yang tanpa gejala akan tidak menghubungi dokternya, sehingga penggalan potensi pencegahan penularan dalam VCT tak dapat dilakukan. Dokter juga terbatas waktunya untuk memberikan konseling dan informasi pencegahan. Hanya sedikit dokter terlatih mengeksplorasi hambatan dalam melaksanakan pengurangan perilaku berisiko, atau ketrampilannya memberikan strategi mengatasi hambatan.

Meski demikian dokter praktek swasta di banyak negara mempunyai potensi untuk melakukan konseling yang nyata cukup untuk layanan VCT. Pemahaman akan etik dan kualitas tinggi masih merupakan tantangan penting. Sampai saat ini, dibutuhkan strategi untuk meningkatkan pengembangan kemampuan dokter praktek swasta melakukan layanan berkualitas tinggi dan menjunjung etika serta rahasia. Adalah baik untuk dipertimbangkan insentif bagi dokter yang memenuhi kriteria, misalnya dengan meningkatkan kemampuan medik untuk akreditasi dan registrasi. Pelatihan juga dapat dilakukan dengan belajar jarak jauh atau kursus paruh waktu, kemitraan antara pemerintah dan sektor swasta untuk saling berbagi pengalaman.

4. Tes dirumah

Alat tes oleh diri sendiri sekarang dapat diperoleh dengan mudah di apotek, sehingga dimungkinkan tes dirumah, meski pihak berwenang belum melakukan pengaturan akan hal ini.

Di Amerika Serikat dan negara lain, tes seperti ini telah disetujui untuk digunakan. Klien dapat diambil darahnya dirumah, dan sampel darah dikirim ke fasilitas pemeriksa. Setelah seminggu, klien dapat menelpon untuk mengetahui hasil tesnya, jika hasilnya negatif akan dijawab oleh mesin penjawab. Jika hasilnya positif klien di “konseling” lewat telpon dan dirujuk jika diperlukan. Pengalaman Amerika Serikat menunjukkan 97% orang menelpon hasilnya dan 65% dengan HIV-positif menerima rujukan konseling.¹⁶ Penggunaan tes di rumah, sekarang dilarang di Amerika Serikat, karena ketakutan disalahgunakan dan ketidakakuratan hasil pada suatu situasi tertentu. Tes darah oleh diri sendiri/dirumah tidak didahului pra tes dan pasca tes dapat atau tidak diberikan.

Studi menyatakan terdapat risiko bunuh diri berkaitan dengan hasil tes HIV. Dalam konseling pra dan pasca tes terdapat komponen penilaian potensi/risiko bunuh diri, dan penilaian kemampuan klien untuk menghadapi hasil tes positif. Tanpa konseling hampir dipastikan tak ada penilaian risiko bunuh diri dan manajemen strategi mengatasinya. Meski demikian tes seperti ini mempunyai **keuntungan**:

- **Pribadi** – Tes dirumah atau pengambilan darah dirumah akan membuat orang tak perlu datang ke klinik VCT sehingga ia tak mudah dikenali orang
- **Akses untuk “kelompok khusus”** – beberpa kelompok dapat mengambil manfaat dari cara ini, seperti petugas kesehatan yang terkena pajakan okupasional dan takut diketahui rekan sekerjanya, dan mereka yang melakukan tes dirumah sebelum melaksanakan tes wajib karena akan bekerja di luar negeri
- **Murah menurut sistem kesehatan** – Murah, karena tak membayar konseling dan tes dibayar oleh klien sendiri. Hanya sedikit informasi yang diperoleh akan hasil dari tes sistem ini.

Kerugian:

- **Tak ada konseling pra-tes** – Tak ada konseling bagi mereka yang melakukan tes mandiri.
- **Terbatasnya konseling pasca tes atau perawatan dan dukungan lanjutan** – Meski dikatakan adanya rujukan pasca hasil disampaikan, kebanyakan orang dengan hasil tes (+) tak melakukannya, atau tak ada laporan tentang hal itu. Juga, tak ada informasi tentang kualitas konseling, hasil perubahan perilaku dan psikososial setelah tes. Tanpa dukungan emosi yang memadai dimungkinkan peningkatan potensi bunuh diri.
- **Coercion** – Penyalahgunaan tes dirumah, merupakan desakan bagi pasangan untuk paksa tes.
- **Buruknya kendali kualitas** – Banyak alat tes seperti ini dapat dibeli lewat internet namun kualitas belum dijamin, atau positif palsu tinggi.
- **Tes tunggal** – Pengguna harus memahami akan perlunya tes konfirmasi dan masa jendela.
- **Sulit dilakukan** – Meski tes ini dikatakan mudah, namun beberapa tidak demikian, terutama bagi mereka yang tak punya latarbelakang teknbis atau paham akanpetujujuk.

5. Layanan VCT melalui penjangkauan masyarakat

Bagi mereka yang tak secara rutin mengunjungi fasilitas kesehatan, maka layanan VCT bergerak atau penjangkauan masyarakat dapat dikembangkan. Unit VCT keliling, dapat menggunakan mobil atau *in situ* pada tempat dan waktu yang ditetapkan dan disosialisasikan. Pendekatan ini (lihat Gambar 5) digunakan untuk menjangkau masyarakat yang sulit dijangkau dan tidak akan datang di layanan kesehatan formal, mereka adalah gelandangan, pekerja seks, para IDU. Juga dapat untuk meningkatkan akses ke area pedesaan. Salah satu variasi model ini adalah tim VCT yang dapat melayani klien dalam waktu yang ditentukan secara tetap di Puskesmas, sekolah, pesantren atau kelompok lainnya. Diperlukan pemberitahuan yang luas kepada masyarakat, agar mereka dapat mengakses, kalau perlu disediakan peta, informasi dan jadual. Menggunakan tes cepat akan sangat membantu, karena hasil diperoleh pada hari yang sama. Meskipun demikian di beberapa tempat tetap dapat dilaksanakan dengan tes yang hasilnya dapat diambil keesokan harinya.

Sebuah studi dari Australia menunjukkan masyarakat pinggiran yang mendapat pelayanan dari Unit Keliling HIV/IMS, kadang-kadang mengunjungi fasilitas kesehatan permanen.¹⁷

Layanan permanen yang mereka kunjungi adalah yang stafnya ikut Unit Keliling, dan mereka dirujuk oleh staf ini. Setelah kepercayaan dapat tertanam, klien dapat mengunjungi fasilitas kesehatan permanen. Karena itu sedikit sekali publikasi tentang Unit Keliling pada proyek berjangka waktu pendek. PSI India telah memaparkan informasi HIV, pemasaran sosial kondom, dan layanan VCT pada terminal terbesar truk di Asia.¹⁸ Unit Keliling dioperasikan sepanjang jalan raya Rajasthan. Dalam waktu 12 bulan 30.000 pengendara truk menerima informasi HIV, 2000 dilaporkan diterapi gejala IMS dan lebih dari 500 melakukan tes HIV. Unit Keliling konseling VCT/AIDS Mumbai Pusat dan Selatan dipastikan berdana rendah dibanding membangun fasilitas kesehatan permanen atau terintegrasi. Layanan dikunjungi banyak orang yang melakukan VCT.¹⁹

Keuntungan pendekatan ini termasuk :

- **Anonim** – Unit Keliling dapat merupakan bagian dari Puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya, mengakses klien secara anonim.
- **Perbalkan akses** – Unit Keliling mempunyai akses besar kepada mereka yang rentan, di area yang cukup luas, kelompok yang terpinggirkan, dapat dijangkau oleh petugas penjangkauan
- **Berhubungan dengan layanan permanen** – Begitu relasi dapat dibangun, Unit Keliling dapat berjalan reguler kemudian layanan dapat dialihkan ke fasilitas layanan lebih komprehensif dan permanen.

Kerugian:

- **Pasca tes lanjutan dan dukungan** – Unit Keliling hanya memberi layanan VCT yang terbatas jumlah kliennya, sulit melakukan konseling dan dukungan lanjutan kepada mereka yang membutuhkan.
- **Rumatan** – Unit Keliling yang berjud mobil akan sulit dipelihara di negara berkembang, terutama di daerah pedesaan yang tak ada jalan.
- **Rahasia** – Mereka yang datang ke layanan VCT biasanya mempunyai kebutuhan tunggal, dan sering dfapat dikenali oleh masyarakat sekitar.
- **Keterbatasan orang yang dilayani VCT** – Jika layanan dilakukan dalam mobil maka setiap kali hanya satu orang yang dapat dilayani, agar rahasia dapoaat terjaga.

Gambar 5: Target pendekatan VCT Unit Keliling



References

- ¹ The Thai Red Cross (2003) The Anonymous Clinic: http://www.redcross.or.th/english/service/medical_clinicaids.php4
- ² Ministry of Public Health (2000) Regional Training Centre Bamrasnaradura Hospital Bangkok
- ³ DFID (2000) Community based approaches to voluntary counselling and testing. Report of the meeting held 12th July 2000, Durban South Africa.
- ⁴ Miller D., Casey K., Report on a consultancy on strategic counselling development in Thailand, Chang Mai, UNAIDS, July 1997
- ⁵ IPPF (Gill Gordon and Doortje Braeken (2001) personal communication)
- ⁶ Ministry of Health (2003) Sri Lanka - Programme Responses to ARSH Problems: <http://www.unescobkk.org/ips/ari-web/demographics/srilanka1.cfm>
- ⁷ IPPF (Gill Gordon and Doortje Braeken (2001) personal communication)
- ⁸ Amomwiche Pomsinee, Kullerk Nareeluck, Nuntamanop Sirilak, Rakseri Sompis, Kusonjariya Suwat, Baggaley R., Lo Ying-Ru, (2001) Evaluation of voluntary counseling and testing (VCT) in the context of the national program for prevention of mother-infant HIV transmission (PMTCT) in Thailand Abstract ICAAP
- ⁹ Maman S., Mbwapo J., Hogan M., Kilongo G., Sweat M., Weiss E., (2001) HIV and partner violence: implications for HIV voluntary counselling and testing programmes in Dar es Salaam, Tanzania Final report USAID & Pop Council Feb 2001
- ¹⁰ UNAIDS (2000) Report on the global HIV/AIDS epidemic
- ¹¹ PSI International (2001) Operation Lighthouse Site Operation Guide. PSI Washington
- ¹² UNAIDS (2000) Opening up the HIV/AIDS epidemic. Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counseling & appropriate use of HIV case-reporting.
- ¹³ WHO (2003) Stop TB Working Group http://www.stoptb.org/Working_Groups/TB/HIV/default.asp
- ¹⁴ WHO/SEARO/WPRO Regional Framework on TB/HIV: <http://www.who.int/gtb/whats-new/durban/June15/Morning/maaren.ppt>
- ¹⁵ KIT Information Services(2003) Green Star Clinics Pakistan: <http://www.afonets.org/archive/199909/msg00067.php>
- ¹⁶ Branson B., (1998) Experience with home collection kits in the USA *JAMA* 280 19 1699
- ¹⁷ Van Beek I. (1994) On the streets of Kings Cross. In: Perkins R, ed. *Sex work and sex workers in Australia*. Sydney: University of NSW Press.
- ¹⁸ Gaikwad, D., Merchant, S., Shukla, A. (2001) Creating Intensive Intervention Strategy: Working with Truckers in HIV/AIDS Programmes in Bombay Poster 0727 Sixth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific 5-10 October, Melbourne Australia.
- ¹⁹ Ambwani, P., Yadav, S., Vast, V., Gilada, J., Akter, S. (2001) Cost Effectivity and User Friendliness of Mobile AIDS Counselling and Testing Service. Poster 0911 Sixth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific 5-10 October, Melbourne Australia.

Modul 5
Sub Modul 2
Lembar Kegiatan 25

Peserta dibagi menjadi tiga kelompok:

- Kelompok 1 membahas tentang berbagai model pelayanan VCT
- Kelompok 2 membahas tentang model pelayanan VCT yang terintegrasi.
- Kelompok 3 membahas tentang model pelayanan VCT yang bergerak / penjangkauan ke masyarakat.

Masing-masing kelompok mendiskusikan beberapa hal dibawah ini:

- Apakah model itu cukup bila dihubungkan dengan masyarakat For which affected communities would this type of model be suitable?
- What would some of the key / distinguishing features of the model be?
- Apa jenis sumber daya (tenaga, peralatan, dan lain-lain) yang dibutuhkan bila mengembangkan model tersebut?
- Apa keuntungannya bila menggunakan model tersebut ?
- Apa kerugiannya bila menggunakan model tersebut?

Pengembangan Rujukan dan Jejaring

MODUL 5
Sub Modul 3
PENDIRIAN dan MANAJEMEN
PELAYANAN VCT

MODUL 5
Sub modul 3
Pengembangan sistem rujukan dan jejaring

Tujuan Sesi

Peserta latih mampu :

- Mendiskusikan alasan pengembangan sistem rujukan dan jejaring
 - Mengembangkan sumber daya untuk memfasilitasi rujukan dari tempat layanan VCT mereka
 - Melakukan rujukan sebagai bagian dari kewajiban klinis kerja di tempat layanan VCT mereka
-

Waktu yang dibutuhkan

1 jam

Materi Pelatihan

- Presentasi tayangan PowerPoint (**PPT29**)
 - Lembar aktivitas (**AS26**)
 - Naskah (**HO28**)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Isi

- Rujukan dan rawatan berkelanjutan
 - Memantapkan sistem rujukan
 - Merujuk klien
 - Studi kasus UNAIDS/WHO
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Berikan informasi dengan tayangan *PowerPoint* (**PPT29**)
2. *Aktivitas*: Kelompok membicarakan persiapan sumber daya yang diperlukan untuk mengembangkan sistem rujukan dan jejaring kerja.
 - Bagi peserta atas tiga kelompok.
 - Kelompok 1 membuat sebuah format petunjuk rujukan. Mereka perlu memutuskan kelompok-kelompok penting sebagai judul dari petunjuk dan informasi yang perlu dimasukkan dalam petunjuk tersebut.
 - Kelompok 2 membuat pertanyaan untuk dikirimkan kepada lembaga/institusi agar informasi rujukan akurat. Ini untuk membantu konselor agar senantiasa memperbarui petunjuk setiap tahunannya.
 - Kelompok 3 menulis protokol rujukan bagi layanan VCT mereka. Tuliskan dalam satu atau dua halaman kertas, pedoman prosedur guna memastikan rujukan tepat dijalankan dalam layanan VCT mereka.
 - Semua peserta diajak untuk bersama menelaah hasil diatas dan mendiskusikan bagaimana direktori rujukan dikembangkan berdasarkan informasi ini.
3. Tanyakan apakah masih ada yang mengajukan pertanyaan, tanggapan, komentar. Jika mengajukannya secara tertulis dapat dimasukkan dalam "Kotak Pertanyaan".
4. Mintalah peserta melengkapi formulir evaluasi dan memasukkannya dalam "Kotak Formulir Evaluasi".

Rujukan dan Jejaring Pengembangan

Module 5 Sub module 3 / PPT29

Tujuan

- Mendiskusikan alasan rasional untuk pengembangan sistem rujukan dan jejaring.
- Mengembangkan sumber untuk memfasilitasi rujukan bagi tempat VCT.
- Melaksanakan rujukan sebagai bagian dari tugas klinik pada tempat VCT.

Memaparkan sistem rujukan

- Klien mungkin dapat mengambil manfaat dari layanan VCT tambahan dan atau yang berbeda.
- Kebutuhan untuk menjawab kebutuhan fisik, psikologik dan sosial
- Layanan lanjutan :
 Layanan pada semua tahap infeksi HIV.
 Dapat dijangkau dari semua titik layanan VCT. sehingga berkesinambungan ke sistem layanan kesehatan (layanan kesehatan dasar, sekunder dan tertier) dan layanan sosial & dukungan berbasis masyarakat serta home care.

Layanan lanjutan Untuk Pencegahan



VCT dan Rujukan

- VCT akan bekerja dengan membangun didalam masyarakatnya.
- Prose dua arah :
 1. Rujukan *ke tempat VCT* ke layanan lain (baik di masyarakat, ke layanan medik lainnya, dan ke layanan tertier).
 2. Rujukan dari masyarakat *ke tempat VCT*.

Rujukan Sesuai

- Memfasilitasi layanan berkelanjutan bagi klien.
- Meningkatkan permintaan atas layanan VCT ketika masyarakat menyadari perlunya layanan VCT.
- Membantu memastikan efisiensi penggunaan layanan kesehatan. Rujukan yg tak sesuai atau rujukan atas kemauan sendiri akan berimplikasi pada pendanaan dan penggunaan berlebihan layanan kesehatan

Memaparkan sistem rujukan

- Bila layanan tersedia di tempat, maka akan mudah dikenal dan dijangkau.
- Temui mereka dan kumpulan informasi :
 - Nama organisasi
 - Alamat
 - Nomor telepon
 - Nama orang yang dihubungi
 - Layanan yang diberikan organisasi tersebut
 - Jam layanan
- Cari tahu bagaimana mereka menyimpan rahasia klien.

Petunjuk Rujukan

- Dokumen informasi petunjuk rujukan misal:
 - Konseling tambahan pada pusat VCT.
 - Terapi medik.
 - Layanan kesehatan reproduksi dan terapi STI.
 - Konseling: Individual; Relationship; Keluarga; dan Spiritual; Psikologi; Kesehatan fisik.
 - Konseling napza, detoxifikasi, terapi atau rehabilitasi.
 - Dukungan sosial, kesejahteraan, ecebya, dan berbasis rumah.
 - Layanan untuk remaja.
 - Layanan bagi korban tindak kekerasan fisik maupun seksual

Petunjuk Rujukan

- Pastikan staf di tempat layanan VCT memahami petunjuk rujukan.
- Sesuaikan kembali informasi tahun.
 - Mungkin klien merasa tertekan bila informasi yang disampaikan tak benar. keadaan ini mendorong klien untuk mencari layanan di tempat lain.
- Pengembangan dokumentasi :
 - Rujukan dari dan ke tempat layanan VCT.
 - Menyampaikan formulir informasi rahasia kepada klien.
 - Ieu rahasia (gunakan sistem kode)

Merujuk Klien

Konseling Berjalan

1. Mendiskusikan kemauan klien untuk mengakses layanan lain.
2. Menginformasikan dan mendiskusikan dg klien bahwa rujukan akan membutuhkan perubahan status anonim menjadi teridentifikasi.
3. Telpun layanan rujukan untuk memberikan arahan rujukan dan sediakan informasi yg dibutuhkan.
4. Lengkapi dokumen yang dibutuhkan.
5. Tindak lanjut klien/layanan.

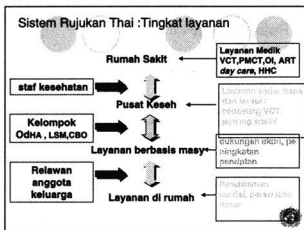
Rahasia

- Perlu pemastian pemberi layanan rujukan.
- Membuka rahasia dengan layanan rujukan dapat memberi dampak negatif untuk klien & tempat layanan VCT.

Studi Kasus UNAIDS/WHO

Layanan lanjutan Proyek di Manipur, India:

- Memaparkan sistem rujukan & membuat petunjuk rujukan.
- 1994 - July 2000 total 1844 rujukan.
- Gunakan nomor kode untuk penyimpanan catatan.
- Informasi hanya dapat diberikan pada staf dan penggerak masyarakat terlatih



Modul 5

Sub modul 3

Pengembangan rujukan dan jejaring

Tujuan

Peserta latih mampu :

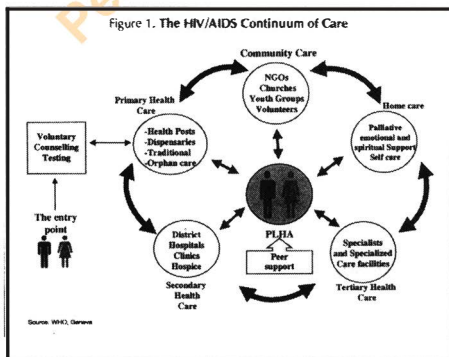
- Mendiskusikan alasan pengembangan sistem rujukan dan jejaring.
- Mengembangkan sumber-sumber untuk memfasilitasi rujukan pada tempat VCT mereka
- Melakukan rujukan sebagai bagian kewajiban klinik pada tempat VCT mereka

Rujukan dan kesinambungan perawatan

Rujukan merupakan proses ketika petugas kesehatan atau pekerja masyarakat melakukan penilaian bahwa klien mereka memerlukan layanan tambahan lainnya. Rujukan merupakan alat penting guna memastikan terpenuhinya layanan berkelanjutan yang dibutuhkan klien untuk mengatasi keluhan fisik, psikologik dan sosial (lihat Gambar 1 dibawah) Konsep layanan berkelanjutan menekankan perlunya pemenuhan kebutuhan pada setiap tahap penyakit infeksi , yang seyogyanya dapat diakses disetiap titik dari layanan VCT guna memenuhi kebutuhan yang perawatan kesehatan berkelanjutan (Puskesmas, layanan kesehatan sekunder dan tersier) dan layanan sosial berbasis masyarakat dan rumah.¹

Layanan VCT bekerja dengan membangun hubungan antara masyarakat dan rujukan yang sesuai dengan kebutuhannya, serta memastikan rujukan dari masyarakat ke pusat VCT, sehingga terdapat dua basis layanan. Contoh, ketika klien didiagnosis dan berada dalam stadium dini, mereka akan beruntung jika dirujuk pada kelompok sebaya dan sosial untuk mendapat dukungan. Ketika mereka berada dalam stadium lanjut dengan infeksi dan infeksi oportunistik , maka mereka perlu dirujuk pada layanan rujukan medik tersier. Rujukan yang tepat dimaksud untuk memastikan penggunaan layanan kesehatan yang efisien dan meminimalisasi biaya.

Gambar 1: Perawatan berkelanjutan



Memapankan sistem rujukan

Konselor VCT perlu paham akan layanan kesehatan dan sosial yang ada di daerahnya. Tempat atau program penyelenggara layanan penyakit kronis dan atau berbasis masyarakat perlu diajak bekerjasama untuk dapat melakukan pendekatan terintegrasi.² Untuk mengetahui apa saja layanan yang tersedia di daerah tersebut, maka perlu digalang pertemuan dan kerjasama, lalu didokumentasikan dalam sebuah catatan ringkas yang dapat diberikan kepada pasien guna suatu saat diperlukan rujukan. Informasi yang dikumpulkan termasuk :

- Nama organisasi
- Alamat
- Nomor telpon
- Nama orang yang dapat dihubungi
- Layanan yang ditawarkan organisasi
- Jam beroperasi

Petunjuk rujukan (berbentuk buku atau kartu) dapat merupakan kumpulan panduan rujukan yang dapat digunakan oleh semua petugas klinik atau program. Informasi dapat dikelompokkan dalam berbagai area layanan, misal :

- Konseling tambahan pada Pusat VCT
- Terapi medikasi (misal program TB, terapi infeksi oportunistik, nutrisi)
- Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (*Prevention of mother to child transmission = PMTCT*)
- Layanan kesehatan reproduksi dan terapi IMS
- Konseling: Individual; Relasi; Keluarga; dan Spiritual.
- Konseling psikologik atau kesehatan mental, kesehatan
- Konseling penggunaan napza termasuk alkohol, detoksifikasi, rehabilitasi
- Organisasi pemberian dukungan sosial dan kesejahteraan
- Organisasi dukungan sebaya
- Layanan perawatan di rumah
- Organisasi/klinik remaja
- Organisasi/klinik bagi korban kekerasan seksual atau penganiayaan

Informasi setiap kali diperbaharui (paling tidak setahun sekali) untuk memastikan bahwa informasinya masih relevan. Setiap kali ada perubahan, hendaknya diberitahukan, misal perubahan alamat/nomor telpon.

Perlu dibuat formulir yang memungkinkan konselor mendokumentasikan proses rujukan (lihat contoh formulir di bagian "Formulir Untuk Layanan VCT") Formulir rujukan dapat dikembangkan menjadi dokumen informasi tentang layanan dimana klien dirujuk., tanggal dan perlunya rujukan. Dengan demikian jejak klien dapat diikuti, sehingga mereka tak hilang dari sistem dan apakah masih lanjut dalam perawatan. Untuk keperluan kerahasiaan, konselor perlu mencatat hanya kode dan nomor catatan di lembar rujukan. Satu salinan dari form perlu disimpan sebagai arsip, satu diberikan kepada klien untuk rujukan kepada layanan lainnya. Pelepasan informasi rahasia dapat juga digunakan sebagai lampiran formulir rujukan (lihat contoh "Formulir persetujuan memberikan informasi") pada modul ini dalam formulir layanan VCT.

Merujuk klien

Konselor dapat merujuk klien ke kelompok dukungan sesuai kebutuhan klien dan responnya terhadap konseling. Ketika merujuk klien, perlu diinformasikan tentang layanan rujukan, bahwa klien dalam proses dirujuk, bahwa status klien bergeser dari anonimitas ke konfidensialitas. Ini disebabkan karena beberapa layanan mencatat nama dan setiap organisasi mempunyai pedomannya sendiri-sendiri. Dengan pemberian informasi yang jelas, diharapkan klien memahami dengan benar kemana ia harus datang untuk mendapat konseling dukungan lanjutan.

Guna membantu proses fasilitasi dan membantu klien dalam masa transisi ke layanan perawatan dan dukungan, maka konselor diharapkan menghubungi lebih dahulu tempat yang dituju klien dan memberitahu bahwa klien akan dirujuk dan jadwal perjanjian pertemuan klien. Rujukan formulir harus dilengkapi oleh konselor dan melepaskan informasi rahasia tercatat dalam catatan medik lengkap yang diisi konselor. Konselor meminta klien untuk segera melakukan rujukan sesuai dengan kenyamanannya dan dapat menelpon konselor VCT jika ada pertanyaan.

Konselor perlu menekankan layanan rujukan tetap bersifat rahasia. Kalau layanan rujukan tidak menghargai kerahasiaan akan menimbulkan dampak negatif dalam layanan VCT.

STUDI KASUS UNAIDS/ WHO³

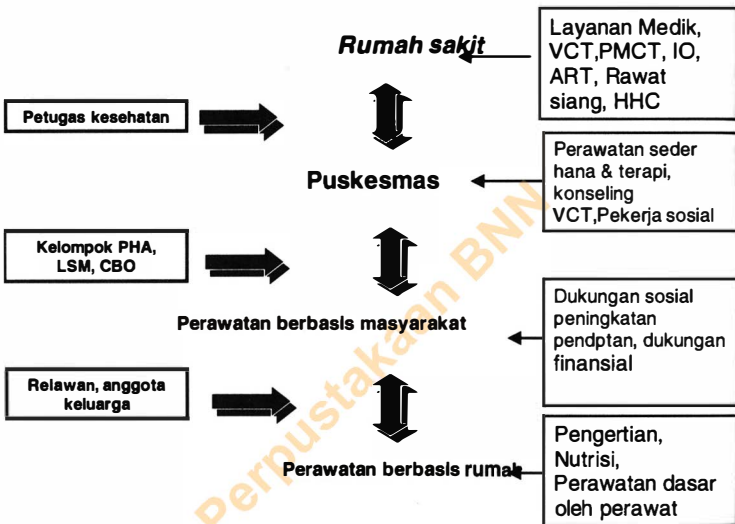
"Proyek Perawatan Lanjutan" di Manipur, Timur Laut India membangun layanan HIV/AIDS dengan menyiapkan pelatihan petugas kesehatan multidisiplin yang bekerja dalam tim serta melawan LSM di tiga distrik. Proyek diawali dengan fokus pada IDU yang berasal dari sosial ekonomi rendah dan kemudian berkembang melakukan pertemuan membahas kebutuhan mantan IDU, pasangan dan anak-anaknya.

Salah satu komponen dari proyek adalah mengembangkan sistem rujukan untuk menghubungkan berbagai faktor bersama dalam upaya membentuk suatu perawatan berkelanjutan dari rumah ke rumah sakit. Selama berjalannya proyek tahun 1994 sampai July 2000, institusi kesehatan telah melakukan rujukan sejumlah 1844 ke konseling dan layanan perawatan di rumah. Separuh dari yang dirujuk adalah HIV (+).

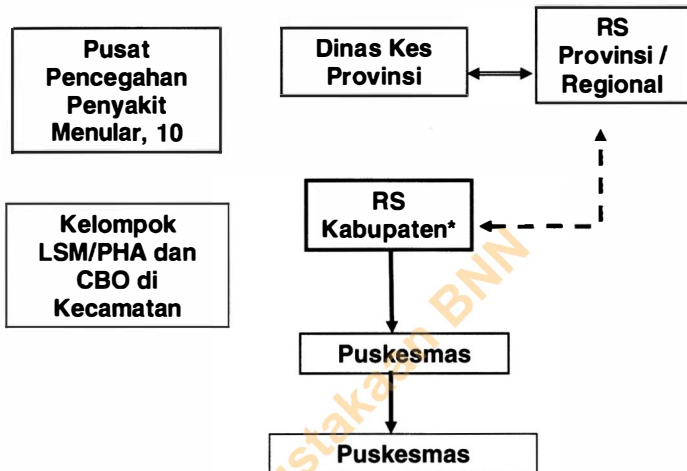
Rujukan difasilitasi melalui pembuatan direktori untuk tiga area tersebut. Direktori ini berisi rincian kontak untuk perawatan dan dukungan sosial untuk odha di komunitas mereka. Pada semua rujukan, kerahasiaan dipertahankan dengan cara penggunaan kode nomor untuk pencatatan, dan hanya petugas keliling masyarakat terlatih serta staf yang dapat bertukar informasi. Cara ini vital untuk meningkatkan dan memelihara kepercayaan klien.

Thailand mengembangkan program perawatan rumah untuk menyediakan layanan yang tak dapat dilakukan sistem kesehatan yang ada. Meski demikian, rujukan klien yang rumit masalahnya dilakukan. Mereka dirujuk ke rumah sakit atau dokter praktek dengan demikian perawatan berkelanjutan senantiasa tersedia bagi klien.

Sistem rujukan Thailand: Tingkat perawatan



Rujukan Thailand Pada Tingkat Kecamatan



*Sebuah RS Kabupaten melayani sekitar 20,000 - 10,000 penduduk

References

- ¹ WHO/UNAIDS (September 2000), *Key Elements in HIV/AIDS Care and Support – Draft Working Document*, www.who.org
- ² Narain J., Chela C., Van Praag E. (2002), *Planning and Implementing HIV/AIDS Care Programmes: A Step-By-Step Approach*, WHO: south East Asia Regional Office, p. 11
- ³ UNAIDS (2001), *Reaching Out, Scaling Up: Eight Case Studies of Home and Community Care For and By People with HIV/AIDS*, UNAIDS Best Practice Collection, pp. 47-56 and p. 103 and Narain J., Chela C., Van Praag E. (2002), *Planning and Implementing HIV/AIDS Care Programmes: A Step-By-Step Approach*, WHO: South East Asia Regional Office, p. 7

Modul 5
Sub Modul 3
Lembar Kegiatan 26

Mempersiapkan sumber daya untuk rujukan dan pengembangan jejaring.

- Kelompok 1 membuat format daftar rujukan. Informasi penting apa saja yang perlu di masukkan dalam daftar tersebut.
- Kelompok 2 membuat kuesioner untuk mengirim kepada lembaga-informasi rujukan yang tepat. Ini membantu konselor dalam menilai laporan tahunan.
- Kelompok 3 membuat orotokol rujukan untuk pelayan VCT. Ini akan menjadi petunjuk pelaksanaan, tidak lebih dari satu atau halaman untuk bahan -bahan yang mendukung rujukan pada pelayanan VCT.

Perpustakaan BNN

Supervisi Konseling dan Dukungan

MODUL 5
Sub Modul 4
PENDIRIAN dan MANAJEMEN
PELAYANAN VCT

MODUL 5
Sub modul 4
Konseling supervisi dan dukungan

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Mengenal gambaran utama konselor pendukung
 - Mengenal akan pentingnya manajemen stres dan pencegahan kejenuhan
 - Mengembangkan strategi menjawab stres dan mencegah kejenuhan
 - Mengenal konsep dasar dan pentingnya konselor pendukung
 - Mengenal peran dan tanggung jawab supervisor dan yang disupervisi
-

Waktu yang dibutuhkan

2 jam

Materi Pelatihan

- Tayangan PowerPoint(PPT30)
 - Lembar aktivitas (AS27)
 - Naskah (HO29)
 - Papan tulis , lembaran kertas (*flip chart*), pena
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Isi

- Stres okupasional para konselor VCT
 - Perawatan diri sendiri konselor
 - Model klinik supervisi
 - Individual
 - Kelompok
 - Supervisi sebaya
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. **Aktivitas:** Curah pendapat.
 - Mintalah kelompok melakukan curah pendapat tentang berbagai isu personal yang membuat konselor VCT bekerja dalam pengaruh stres. Tuliskan diatas papan tulis atau lembaran kertas (*flip chart*).
2. Kenalkan topik melalui tayangan PowerPoint (PPT30).
3. Tinjau ulang setiap isu yang dimunculkan peserta dan bagilah dalam tiga kategori :
 - Organisasional
 - Kognisi dan perilaku konselor
 - Peran alamiah membantu
4. Sarankan solusi pada setiap isu organisasional menekankan bahwa konselor mempunyai kemampuan menyelesaikan beberapa isu organisasional.
5. Aktivitas 1 – 7: Lakukan aktivitas kelompok sesuai dengan tayangan PowerPoint. Lakukan aktivitas sesuai dengan petunjuk (AS27) yang berisi petunjuk untuk ke 7 aktivitas.

6. Aktivitas 1:

- Mintalah peserta berpikir tentang jejaring kerja mereka dengan kolega, teman, keluarga, supervisor dsb. Dan tuliskan slapa dan apa yang ditemukan berdasarkan kebutuhan ketika mereka berhadapan dengan hal dibawah ini:
 - i. Bertukar pikiran dengan tetap memegang unsur kerahasiaan
 - ii. Melakukan umpan balik/ tuntunan
 - iii. Mengembangkan ketrampilan profesional, pemikiran dan informasi
 - iv. Memventilasi emosi ketika saudara marah, jenuh dan kecewa
 - v. Memahami perasaan dalam keadaan stres, senang, gagai , dsb
 - vi. Merasa dihargai sebagai kolega
 - vii. Meningkatkan kesejahteraan emosi, fisik dan spiritual
- Beberapa pemikiran: pekerja, atasan, pasangan , kawan, suami, isteri, paman, bibi, kemenakan, kakek/nenek, seminar akhir minggu, universitas, kelompok dukungan, konseling, pijat, kelompok kerja, konsultan, tokoh agama, petugas rapat, rehat kopi, belajar jarak jauh, anjing/kucing/hewan piaraan,klien, siswa, pelatihan di tempat kerja, televisi, radio, olahraga, sembahyang, meditasi, musik, dansa, literatur dsb.
- Mintalah peserta memikirkan hal dibawah ini:
 - o Dari ketujuh kebutuhan diatas mana yang saudara dapatkan saat itu?
 - o Apa yang mungkin tepat didapatkan dalam supervisi?
 - o Apa yang tidak ditemukan sama sekali? Bagaimana saudara menemukannya dalam sumber daya yang demikian ?

7. Aktivitas 2: Alat ukur personal (*Personal Self-Inventory*)

- Mintalah peserta melengkapi pertanyaan dibawah ini:
 - o Bagaimana saya tahu kalau saya sedang stres? (Ini dapat termasuk tanda fisik, emosi, dan perilaku)
 - o Apa tanda stres lai yang dapat saya kenali?
 - o Apa sumber daya tersering yang membuat saya stres dalam pekerjaan? (Ini dapat termasuk isu administratif dan klinik.)
 - o Apa strategi-strategi yang saya gunakan untuk mengatasi stres ?
 - o Apa strategi lainnya yang dapat saya gunakan untuk menurunkan stres?
- Ketika mereka selesai, dalam diskusi tindak lanjut apakah mereka saling berbagi perasaan yang menyenangkan dalam kelompok besar .

8. Aktivitas 3:

- Mintalah peserta berpasangan untuk menyiapkan definisi mereka sendiri apa yang dimaksud dengan supervisi dan diskusikan mengapa mereka merasa bahwa supervisi penting.

9. Aktivitas 4:

- Dari daftar dibawah ini , mintalah peserta menjelaskan kemana mereka akan melangkah pada tahap selanjutnya.
 - o Mengawali menjadi konselor dalam pelatihan. Peserta latih tak mempunyai pengalaman mengkonseling klien.
 - o mempraktekan latihan menjadi konselor: Peserta yang melakukan pekerjaan mengkonseling klien.
 - o Mulai menjadi konselor: Praktek konselor.
 - o Konselor berpengalaman: Konselor dengan pengembangan pengalaman bekerja bersama klien.
 - o "Ahii ": Konselor dikenal oleh kolega dan dapat menularkan ilmunya kepada orang lain dalam perannya sebagai supervisor, pelatih maupun konsultan.

10. Aktivitas 5:

- Mintalah peserta mendiskusikan dengan pasangannya:
 - o Ketrampilan yang saudara akan pelajari atau perbaiki dalam melakukan konseling.
 - o Pengetahuan dan informasi yang saudara inginkan.
 - o Wawasan baru atau konsep pikir tentang kerja saudara, yang ingin digail.
 - o Isu pribadi, kesempatan atau hambatan yang akan saudara jawab.

11. Aktivitas 6:

- Mintalah peserta memikirkan seorang konselor yang pekerjaannya dikagumi oleh mereka. Bagaimana sikap, ketrampilan, dan pengetahuan mereka ketika melakukan praktek yang baik. Buat daftar ringkas.

- Sekarang pikirkan seorang konselor yang sulit diajak konseling ketika menjadi supervisor mereka. Apa sikap, ketrampilan, dan pengetahuan yang membuat hambatan dalam konseling dengannya. Buatlah daftar ringkas kedua.
- Tanyakan pada mereka dua daftar guna membantu mereka menuliskan pernyataan (tak usah panjang-panjang) apa yang mereka harapkan dari yang disupervisi dalam melakukan praktek yang baik. Pernyataan ini adalah apa yang mereka pikirkan saat ini, mungkin kemudian akan mereka tambahkan pemikiran lain.

12. Activity 7:

- Brainstorm advantages and disadvantages of group supervision work.
13. Ask the group if they have any questions and remind them about the "question box".
 14. Ask trainees to complete an evaluation form for the sub module and place in "evaluation form collection box".

Perpustakaan BNN

Supervisi dan dukungan Konseling

Module 5 Sub module 4 / PPT30

Aktivitas Curah Pendapat.

Tujuan

- Mengenal gambaran utama dukungan konselor.
- Memahami pentingnya manajemen stres dan pencegahan kejenuhan
- Mengembangkan strategi untuk menangani stres dan pencegahan kejenuhan.
- Mengenal konsep dasar dan pentingnya supervisi konselor.
- Mengenal peran dan tanggung jawab supervisor dan yang diawasi

Dukungan konselor & Supervisi

1. Dukungan sebaya.
2. Kewaspadaan Personal.
3. Konseling Supervisi Klinis Individual.
4. Supervisi klinis kelompok

Dukungan Sebaya

- Jejaring kerja informal para konselor yang saling mencurahkan stres dan kisah suksesnya.

Aktivitas 1:

Lihat pada dukungan aktivitas konselor

Personal Self Inventory

- Sadar akan "tanda waspada dini" diri sendiri.
- Mengembangkan rancangan manajemen diri "*stress and burnout*".

Aktivitas 2:

Aktivitas kesadaran diri personal

Supervisor

Seorang psikolog/psikiater/social worker mahirakan :

- Pelatihan VCT HIV
- Mempunyai pengalaman dan masih bekerja dalam konseling/terapi VCT.

Aktivitas 3

Memberi balasan tentang supervisi

Konselor Supervisi

- Konselor yang disupervisi memperlihatkan hasil pekerjaannya untuk mendapatkan umpan balik dan atau petunjuk dari supervisor (mis klien yang sulit bagi mereka, atau kasus yang memerlukan penanganan lebih lanjut).
- Keadaan ini memberikan kepastian akan perkembangan ketrampilan konselor dan memperbaiki layanan terhadap klien.

Aktivitas 4

Dari daftar persoalan yang saudara buat sendiri, dan bagaimana saudara merencanakan kemajuan :

- Memulai pelatihan konselor
- Mempraktikkan pelatihan konselor
- Mengawasi tugas sebagai konselor
- Mengalami proses dalam konseling sbg konselor
- "Ahli"

Aktivitas 5

Pilih seorang teman dalam kelompok, diskusikan :

1. Ketrampilan yang saudara pikir perlu dipelajari dalam menjalankan praktek konseling.
2. Pengetahuan dan informasi tambahan yang saudara perlukan.
3. Isu personal atau block yang saudara alami

Aktivitas 6a

Pikirkan seseorang yang anda hormati/kagumi. Bayangkan ia melakukan konseling pada klien.

- Bagaimana sikap, ketrampilan dan pengetahuannya mengalir dalam proses melakukan konseling?

Buat daftar ringkas.

Aktivitas 6b

Sekarang tanpa menyebut nama bayangkan seseorang yang pernah saudara lihat begitu merasa sulit ketika melaksanakan konseling.

- Apa sikap, ketrampilan dan pengetahuan yang membuat ia merasa sulit ?

Buat daftar kedua.

Supervisi Klinik Kelompok

- Lebih formal daripada dukungan sebaya.
- Terstruktur, dengan pengalaman terlatih sebagai fasilitator/ penasehat.
- Anggota kelompok melakukan presentasi kasus formal (mis menghadapi klien yang mereka anggap sulit, atau kasus yang memerlukan masukan lebih lanjut).

Aktivitas 7

Curah pendapat
keuntungan dan
kerugian melakukan
supervisi kelompok

Modul 5
Sub modul 4
Supervisi konselor dan dukungan¹

Tujuan

Peserta latih mampu

- Mengidentifikasi gambaran utama dukungan konselor
- Mengenali pentingnya manajemen stres dan pencegahan kejenuhan
- Mengembangkan strategi menjawab stres dan mencegah kejenuhan
- Mengidentifikasi konsep dasar dan pentingnya supervisi konselor
- Mengenali peran dan tanggung jawab supervisor dan yang disupervisi

Kejenuhan konselor

Penting untuk dipahami bahwa konselor merupakan tumpahan perasaan stres dan emosional lainnya dari klien, sehingga konselor ikut terbebani secara emosional dengan berusaha memahami, juga telah banyak kehilangan energi dan waktu, serta harapan. Konselor pencegahan HIV, seperti juga petugas kesehatan lainnya, mempunyai masalah sendiri dalam hidupnya dan menghadapi problema kematian para kliennya yang pada suatu saat mempengaruhi fisik, mental dan spiritualnya. Perlu dibuat suatu keseimbangan personal dan profesional dalam upaya mempertahankan kesehatan dan melanjutkan pekerjaan dalam bidang ini.

Para konselor hendaklah dapat mengenali saudara dan gejala ketika dirinya sudah dipenuhi muatan yang tak sanggup dipikulnya.¹ Penting untuk mempertimbangkan orang secara keseluruhan ketika menghadapi orang secara personal untuk menjaga diri sendiri. Melihat orang seutuhnya artinya memsaudarakan fisik, jiwa dan spiritnya. Seringkali petugas hanya melihat satu aspek dari manusia seutuhnya. Mungkin aspek tubuh, yakni kesehatan fisik, atau jiwa yakni perilaku, atau aspek spiritual yakni perasaan damai. Tiga entitas kesatuan—badan, jiwa, spirit—berhubungan satu sama lain. Kebutuhan ini merupakan keseimbangan dalam kesatuan: setiap bagian perlu diperhatikan seimbang. Misal, kesehatan fisik membuat orang tidak mengabaikan kebutuhan mental dan spiritual.²

Konselor harus juga menyadari bahwa mereka tidak harus memenuhi semua kebutuhan klien.³ Perlu ada garis batas diri dengan permasalahan klien, siapa diri kita, siapa klien, dan apa yang dibutuhkan dari interaksi keduanya. Dalam menilai kebutuhan klien, petugas perlu bertanya dan berpikir: “apa yang dapat saya capai dan apa yang tidak dapat saya capai?” Klien dapat saja dirujuk ke fasilitas diluar tempat kerja konselor, sesuai dengan kebutuhan klien: karena itu konselor perlu memahami tempat-tempat ini.

Jika kita sebagai petugas dapat dengan jelas memahami tugas, peran dan harapan, maka kita juga dapat membantu klien memperjelas tugas, peran dan harapannya. Pada banyak situasi konselor mempunyai komitmen tinggi, tekanan dalam pekerjaan, kurangnya dukungan, dan perasaan terasing sehingga membawa kepada kejenuhan.⁴ Dalam upaya membawa perasaan keseimbangan dan memapankan kesinambungan dalam kerja ini, maka konselor perlu:

- Meminta pertolongan ketika ia membutuhkan

¹ Materi ini diadaptasi dari materi yang disiapkan oleh the Population Services International “New Start” VCT Training Manual (Zimbabwe) dan Deborah Boswell of FHI, USA dan materi dari Kathleen Casey, Albion Street Centre International Health Services Unit, Australia.

- Tahu keterbatasan diri dan mampu asertif
- Pisahkan antara pribadi dan profesi
- Gunakan supervisi atau dukungan sebaya untuk mendiskusikan keprihatinan mereka tentang pekerjaan
- Waspada perasaan bias diri sendiri dan stereotipnya
- Belajar asertif dan membatasi diri pada klien dan petugas lain
- Lanjut belajar ketrampilan baru dan meminta umpan balik tentang pekerjaannya

Kelompok dukungan untuk konselor perlu diinstitusikan dan disukung oleh petugas lainnya. Konselor juga perlu diberi cukup waktu untuk istirahat dan "hari-hari sehat jiwa" jika diperlukan

Dukungan konselor

Konselor perlu berhubungan dengan jejaring kolega, kawan, keluarga, supervisor dsb untuk melihat apakah kebutuhannya terpenuhi

- Berbagi isu pekerjaan dan tetap menjaga kerahasiaan
- Menyediakan umpan balik/ pedoman
- Mengembangkan ketrampilan, ide, informasi profesional
- Menyalurkan emosi ketika saudara marah, putus asa, kecewa
- Mengenal perasaan tertekan, senang, gagal dsb
- Merasa dihargai dianggap sebagai kolega
- Meningkatkan kesejahteraan fisik, emosional dan spiritual

Beberapa pendukung antara lain : atasan , petugas kesehatan lainnya, pasangan, teman, suami/isteri, paman, bibi, kakek, nenek, liburan, seminar akhir minggu, universitas, kelompok dukungan, konseling, pijat, tim kerja, konsultan, tokoh agama, pertemuan staff, rehat kopi, belajar jarak jauh, hewan piaraan, klien, murid, pelatihan, televisi, radio, olahraga, berdoa, meditasi, musik, menari, membaca dsb

Cara mengukur diri sendiri

- Bagaimana cara mengetahui bahwa diri sedang mengalami stres? (Termasuk tsaudara fisik, emosi, dan perilaku)
- Apa tsaudara stres saya yang dapat dilihat oleh orang lain ?
- Apa yang paling sering menimbulkan stres di tempat kerja ? (Termasuk isu klinik dan administratif)
- Apa strategi saya untuk mengurangi stres ?
- Apa strategi lain yang dapat saya gunakan untuk menurunkan stres ?

Konseling supervisi dan dukungan

Konseling merupakan pekerjaan yang membutuhkan praktek terus menerus, monitoring penggunaan ketrampilan oleh supervisor yang kompeten.⁵ Konselor yang berharap menghasilkan keberhasilan terapi bagi kliennya perlu terus menerapkan ketrampilan konseling , menguji diri, dan memahami teori konseling.

Definisi konseling supervisi:

Merupakan hubungan kerja antara supervisor dan yang disupervisi. Yang disupervisi memberikan catatan pekerjaannya untuk dipantulkan dan menerima umpan balik dan atau petunjuk.

Tujuan dari kerja sama ini adalah meningkatkan kompetensi etikal, rasa percaya diri, dan kreativitas dengan demikian dapat memberikan layanan terbaik bagi klien. Karena itu supervisi juga untuk proteksi klien ,kelanjutan akuntabilitas, dan pengembangan profesionalitas dari yang disupervisi. Supervisi juga memberi kesempatan mencegah kejenuhan yang mengancam,

Supervisor hanya dapat bekerja dengan bahan yang disajikan kepadanya. Penting untuk tetap menggunakan supervisi dan mengerti bagaimana melakukannya. Ada kebutuhan untuk melatih konselor sebagai supervisor di area kerjanya.

Hubungan keduanya berjalan melalui cara belajar sendiri. Supervisi merupakan pekerjaan menantang dan memberi dukungan. Supervisor membantu menemukan sumber kekayaan diri mereka yang disupervisi .

Hubungan supervisor-supervisee berisi elemen relasi konselor-klien meski supervisi bukanlah konseling.

Relasi supervisor-supervisee:

- Mempunyai maksud tujuan
- Memastikan penggalan diri supervisee
- Memfasilitasi perubahan
- Rahasia (sesuai perjanjian dalam kontrak)

Otonomi ditingkatkan dalam hal :

- Pilihan
- Keputusan
- Tanggung jawab
- Tindakan

Dasar relasi :

- Kepercayaan
- Kejujuran
- Kehangatan penerimaan
- Empati /Pengertian /Komunikasi.

Tujuan supervisi

1. Etik

Supervisi membutuhkan etika untuk konselor praktisi . Konseling HIV merupakan hal baru bagi banyak negara , diperlukan regulasi agar praktek konseling lebih profesional. Supervisi adalah cara untuk mempertahankan akuntabilitas antara mereka yang memberikan layanan konseling sebagai konselor terhadap publik. Ini adalah cara menunjukkan kerja yang bertanggung jawab dan melakukan yang terbaik.

2. Sumber penting

Supervisi merupakan persyaratan agar konselor bekerja baik, meski mereka berpengalaman dan berbakat sekalipun.

Konseling membutuhkan kinerja personal yang tinggi dan membebani: ⁶

- Bekerja dengan orang yang sedang rentan, stres dan membutuhkan orang lain
- Tanpa mengenali hal diatas, maka konselor mudah menjadi lelah dan jenuh, yang berakibat pada pekerjaan
- Bekerja dengan klien yang menyisakan teka-teki dan kebingungan
- Konselor dapat ketinggalan kemajuan ilmu dan pengetahuan, karenanya perlu terus digali pengembangannya
- Bekerja terkuras tanpa menyadari.

Supervisi memberi kesempatan konselor :

- Menggali cara kerja
- Undur sejenak dan melihat dari sudut pandangan lain bagaimana saudara bekerja bersama klien
- Menjadi lebih waspada akan saling mempengaruhi antara saudara dan klien
- Mengeluarkan emosi dan membuat tempat bagi energi baru dan meningkatkannya
- Merasa didukung dalam kompetensi dan percaya diri sebagai orang profesional
- Menerima umpan balik dan tantangan akan kualitas praktek saudara
- Monitor dan mengembangkan kemampuan mengambil keputusan

Pemyataan:

- Keberhasilan supervisi konseling tergantung pada partisipasi aktif dan bertanggung jawab para konselor.
- Seorang supervisor biasanya mempunyai pengalaman dan keahlian setidaknya setara dengan konselor. Melalui cara ini ia memberikan pengetahuan, pengertian, dan intuisinya. Ditempat tak dijumpai konselor berpengalaman dan keahlian lebih, tidaklah menjadi soal menggunakan konselor yang kurang pengalaman, supervisi sebaya dapat diciptakan.
- Persetujuan saling menguntungkan dalam pekerjaan dan dikontrak secara individual sesuai peran, hak dan tanggung jawab
- Konselor juga sebagai fasilitator. Ia bertanggung jawab mengangkat kondisi supervisor agar dapat melakukan upaya sebaik-baiknya

Asumsi tentang paraktek konseling terbaik:

- Supervisi yang sedang berlangsung membantu dan sejauh mungkin dapat – memastikan layanan optimal kepada klien atau klien-klien secara keseluruhan
- Yang disupervisi dapat secara aktif menggunakan hubungan relasi supervisor-yang disupervisi berkaitan dengan tingkat ketrampilan, pengalaman, asertifitas dan kewaspadaan diri.
- Adalah tanggung jawab supervisor untuk menawarkan :
 - Informasi
 - Ketrampilan
 - Dukungan
 - Tantangan
 - Atau alternatif untuk menunjukkan arah jika diperlukan
- Banyak kesulitan dalam relasi ini, mengingat seringkali tidak mempertimbangkan risiko dan kerentanan berkenaan dengan kejujuran merefleksikan “cara belajar orang dewasa” dalam konteks personal, karenanya tidak membicarakannya secara terbuka.
- Ada beberapa situasi dimana konselor dapat stres atau distres karena tekanan hidup dan pekerjaan. Keadaan ini mempengaruhi ketrampilan dan sensitivitas konseling,

dalam keadaan ini mereka memerlukan dukungan. Mungkin juga diperlukan istirahat dari pekerjaan konseling untuk suatu jangka waktu.

- Beberapa peserta latih dan konselor tidak mengembangkan cukup rasa percaya diri dan kompetensi menjalankan konseling. Beberapa memang bersifat sementara, dan tugas supervisor memerlukan pengertian akan apa yang sesungguhnya terjadi agar tindakan yang tepat dapat diambil
- Supervisor dapat menolak bekerja bersama yang disupervisi jika hubungannya tidak dianggap efektif atau dianggap membahayakan klien.
- Supervisor dan yang disupervisi diharapkan dapat saling membangun rasa menghargai, empati, dan relasi yang jujur, relasinya bersifat unik. Relasi ini memungkinkan memfasilitasi lingkungan optimal untuk konselor dapat belajar, menemukan dan mengembangkan diri.
- Supervisor perlu menciptakan cara tepat membangun suasana aman, saling percaya, sehingga hubungan ini dapat dibangun juga dengan klien

Tanggung jawab supervisor dan supervisee⁷

1. Dukungan, kemampuan, kepastian

Supervisor mempunyai tanggung jawab menciptakan relasi kerja melalui mana konselor dapat mendukung pekerjaan seseorang:

- Untuk menjawab tantangan klien
- Untuk menghadapi ketegangan klien
- Untuk menghadapi kebingungan klien
- Mengembangkan konselor
- Dalam profesi yang memerlukan tugas serius dipantau etik dan dalam batasan tertentu untuk dapat melindungi klien

2. Membawa, merefleksikan dan menggunakan.

Sebagai konselor pada saat supervisi⁸, dengan bantuan supervisor, saudara akan dapat :

- Membawa pekerjaan saudara ke supervisor dan berbagi pemikiran secara bebas dan dapat diakses
- Perjelas tentang kebutuhan saudara akan supervisi.
- Terima umpan balik secara terbuka, dan persiapkan diri memantau pekerjaan saudara
- Gunakan waktu supervisi yang tersedia sebaik-baiknya untuk konseling dan klien saudara
- Gunakan pantauan supervisi untuk memberikan umpan balik secara bertanggung jawab dan ambil manfaatnya bagi saudara dan klien

Tahapan perkembangan

- Awali dengan berlatih menjadi konselor: Mulai dengan konseling klien dengan pengalaman nihil
- Praktekan konselor latihan: Peserta latih mulai bekerja bersama klien
- Konselor baru. Mempraktekan konseling
- Konselor berpengalaman.: Konselor mengembangkan diri bersama pengalaman klien
- "Ahli ": Konselor dikenal oleh sejawat setelah mahir dan dipraktekan kepada orang lain berperan sebagai supervisor, pelatih dan konsultan

Learning is an ongoing activity. Supervision is a learning opportunity.

Penilaian dan asumsi akan konseling yang baik dan buruk

Ketika mempersiapkan diri menjalankan supervisi, setiap orang perlu memahami keyakinan dirinya tentang apa yang disebut baik dan buruk dalam praktek konseling. Tugas supervisor adalah menilai akuntabilitas pekerjaan konselor.

Maksudnya yang disupervisi perlu menyatakan persetujuannya tentang apa yang akan dilakukan dan diharapkan, serta mempraktekan profesionalitas melawan inkompetensi, tak etis atau tidak membawa perbaikan dalam proses konseling.

Supervisi kelompok

Supervisi kelompok adalah kerjasama antara supervisor dan beberapa konselor dimana setiap konselor dapat secara teratur mendokumentasikan pekerjaannya, merefleksikannya dan menerima umpan balik dan jika dibutuhkan dipandu supervisor dan koleganya. Supervisi kelompok memungkinkan setiap konselor meningkatkan kompetensi etiknya, rasa percaya diri dan kreativitasnya sehingga memungkinkan ia memberikan layanan terbaiknya

Keuntungan dan kerugian supervisi kelompok :

Keuntungan:

- Memperkaya diri melalui mendengarkan dan berhubungan dengan pekerjaan orang lain
- Untuk mereka yang bekerja jauh sendiri, berinteraksi dengan kelompok kolega membangun perasaan senasib
- Memungkinkan pemberian umpan balik dan refleksi : "siapaakah saya sebagai konselor?"
- Jika saudara merasa nyaman dan terlindung, maka akan mudah membuka diri sebagaimana adanya, mengambil risiko dan mengungkapkan kegagalan atau kerentanan, sehingga dapat dibantu untuk melakukan sesuatu
- Memungkinkan menerima dukungan dan tantangan pada saat yang sama
- Sekaligus santai dan aktif
- Mempunyai kesempatan mempelajari dan mempraktekan supervisi

Kerugian:

- Membuka diri apa adanya juga dapat membahayakan diri, mengundang kompetisi
- Sisa waktu untuk presentasi individual sedikit
- Setiap orang mengalami emosi dan ide yang berbeda atas stimulus yang sama
- Pola keluarga seringkali muncul dalam kelompok, persaingan dsb
- Dinamika bercampur aduk
- Isu rahasia terancam, baik terhadap klien, konselor dan institusi.

Rujukan

- ¹ Cotton, P. (edit) Psychological Health in the Workplace Understanding and Managing Occupational Stress. The Australian Psychological Society. Melbourne
- ² Populations Services International (2001) "New Start" VCT training package. Zimbabwe
- ³ Miller, D. (2000) Dying to Care Work, Stress and Burnout in HIV/AIDS Routledge London
- ⁴ Miller, D. (2000) Dying to Care Work, Stress and Burnout in HIV/AIDS Routledge London
- ⁵ UNAIDS (1997) Counselling and HIV/AIDS UNAIDS Technical Update. Geneva

⁶ Borders, L., & Leddick, G. (1987). Handbook of clinical supervision. Alexandria, VA: American Association of Counseling and Development

⁷ King, M. (1993) AIDS, HIV and Mental Health Cambridge University Cambridge UK

⁸ Bradley, L. J., & Boyd, J. D. (1989). Counselor supervision: Principles, process and practice Muncie IN: Accelerated Development (ERIC Document Reproduction Service No. ED 345 128)

Perpustakaan BNN

Modul 5

Sub Modul 4

Lembar Kegiatan 27

Kegiatan 1

Pikirkan mengenai lingkup kerja saudara dengan rekan sekerja, teman, keluarga, pengawas dan lain-lain serta tuliskan siapa atau apa yang dapat ditemukan di bawah ini :

1. Berbagi masalah kerja saudara dengan tetap mempertahankan kerahasiaan
2. Memperoleh umpan balik / petunjuk
3. Mengembangkan keterampilan profesional, ide, informasi
4. Mencurahkan emosi pada saat saudara marah, jenuh, kecewa
5. Memahami perasaan sedang tertekan, senang, gagal, dan lain-lain
6. Merasa dihargai oleh mereka yang saudara sebut sebagai rekan sekerja
7. Meningkatkan kesehatan fisik, emosi, atau spiritual saudara

Ada beberapa pemikiran : para pekerja, atasan, pasangan, teman, suami, istri, paman, bibi, sepupu, nenek, pekerjaan di akhir minggu, universitas, kelompok pendukung, bimbingan, pesan, tim kerja, konsultan, pemimpin agama, pertemuan staf kerja, rehat kopi, belajar jarak jauh, anjing/kucing/hewan peliharaan, klien, murid, anak-anak, pelatihan pelayanan, televisi, radio, olahraga, berdoa, meditasi, musik, tari, literatur dan lain-lain.

- Tujuh kebutuhan mana yang paling saudara perkirakan memenuhi kebutuhan saat ini ?
- Apa yang mungkin ditemukan dalam supervisi?
- Bagian mana yang tidak akan ditemukan sama sekali ? Bagaimana saudara dapat menemukan penyelesaian yang sesuai dengan saudara ?

Kegiatan 2: Masukan Pengenalan Diri

Lengkapi pertanyaan-pertanyaan berikut ini :

1. Bagaimana saya tahu kalau saya dalam keadaan stres ? (Hal ini dapat berupa gejala fisik, emosi, dan perilaku)
2. Apakah tanda-tanda stres yang dapat orang kenali pada diri saya ?
3. Apakah penyebab yang paling sering di tempat kerja yang membuat saya stres ? (Hal ini dapat berupa penyebab administratif maupun klinis)
4. Bagaimana strategi yang tepat saya gunakan untuk dapat mengurangi stres ?
5. Bagaimana strategi lain yang dapat saya gunakan untuk menurunkan stres?

Kegiatan 3:

Dengan berpasang-pasangan, persiapkan definisi saudara sendiri mengenai supervisi dan diskusikan mengapa saudara menganggap supervisi tersebut penting.

Kegiatan 4:

Melalui daftar berikut ini gambarkan dimana kenali diri saudara sendiri dan bagaimana rencana di masa yang akan datang.

- Mulai menjadi peserta pelatihan konseling : Peserta yang sama sekali tidak memiliki pengalaman konseling dengan klien.
- Berlatih sebagai peserta konselor : Peserta yang pernah / sedang bekerja dengan klien.
- Memulai menjadi konselor : praktker sebagai konselor.
- Konselor yang berpengalaman : Konselor dengan jangkauan pengembangan dari pengalaman klien.
- " Sang Ahli " : Konselor dikenal sebagai kolega yang mampu berpikir dan mempraktekkan keahliannya kepada yang lain dalam arahan supervisor, peserta pelatihan, atau konselor

Kegiatan 5:

Diskusikanlah dengan rekan kerja saudara :

- Keterampilan yang ingin saudara pelajari atau perbaiki dalam kegiatan konseling.
- Pengetahuan dan informasi yang diinginkan.
- Bentuk kerangka kerja atau konsep pikir tentang pencarian/pendalaman dalam pekerjaan .
- Isu pribadi, kesempatan, atau hambatan yang ingin saudara tanggapi .

Kegiatan 6:

Pikirkan mengenai seorang konselor yang pekerjaannya sangat saudara kagumi. Perilaku, keterampilan dan keahlian macam apakah yang dapat mendukung hasil karyanya yang baik? Buatlah daftar singkat mengenai hal tersebut.

Sekarang, pilihlah seorang konselor yang saudara pikir tidak mudah saudara ajak memahami diri saudara ketika ia melakukan supervisi pada saudara. Perilaku, keahlian dan pengetahuan macam apakah yang dapat membuat saudara merasa tidak mudah 'masuk' kepadanya ? Tuliskan daftar yang kedua.

Gunakan kedua daftar tersebut dalam membantu membuat suatu pernyataan (tidak lebih dari beberapa baris) mengenai pengharapan saudara terhadap supervisi ini guna mewujudkan hasil kerja yang baik. Pernyataan tersebut adalah tentang apa yang saudara yakini saat ini. Mungkin dimasa datang pendapat akan berubah.

Kegiatan 7:

Diskusikan keuntungan dan kerugian dari kelompok kerja supervisi.

Perpustakaan BNN

MODUL 5
Sub modul 5
Konseling Etik

Tujuan Sesi

Peserta latih mampu :

- Mendiskusikan masalah etik yang ada pada VCT.
 - Mengembangkan kode etik konselor dan mampu mendiskusikannya.
 - Memberikan respon yang baik terhadap masalah etik.
 - Memahami alasan pentingnya informed consent dan menjaga kerahasiaan.
-

Waktu yang dibutuhkan

1jam 30 menit

Materi pelatihan

- Presentasi PowerPoint (PPT31)
 - Lembar aktivitas (AS28)
 - Naskah (HO30)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Isi

- Kasus etik yang ada pada VCT
 - Kode etik konselor
 - Informed consent
 - Kerahasiaan
 - Dilema pemecahan masalah etik
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. Aktivitas: curah pendapat.
 - Memberikan tugas kepada kelompok :
 - o Menemukan masalah etik yang mungkin ditemukan pada konseling pre dan post test HIV, dan
 - o Mendiskusikan pendekatan masalah etik tersebut.
2. Kenalkan topik melalui tayangan PowerPoint (PPT31). Selama presentasi berikan pertanyaan kepada peserta agar mereka terlibat aktif dalam presentasi.
3. Aktivitas : studi kasus (AS28).
 - o Peserta dibagi dalam 6 kelompok dan berikan masing-masing 1 berkas naskah AS28.
 - o Masing-masing kelompok mengerjakan kasus yang berbeda yang kemudian dipresentasikan dalam kelompok besar.
4. Tanyakan apakah peserta memiliki pertanyaan dan ingatkan mereka tentang kotak pertanyaan.
5. Ingatkan peserta untuk melengkapi formulir evaluasi dan meletakkannya di kotak formulir evaluasi.

Pemberitahuan: contoh kasus diambil dari Population Services International (2000), New Start VCT Training Package, Zimbabwe.

Studi kasus 1

Anda mengawasi seorang perawat/konselor pada sebuah klinik kesehatan pemerintah. Klinik ini sangat ramai dan kekurangan pegawai. Perawat/konselor harus memberikan konseling –selama tidak mengganggu pekerjaannya. Dia mengungkapkan kekecewaannya karena :

- Dia tidak dapat memberikan konseling karena kurangnya waktu .
- Tidak tersedia ruangan khusus untuk konseling.
- Dokter mengirimkan pasien tanpa keterangan yang cukup dan tanpa penjelasan pada pasien mengapa dia harus menjalani konseling.
- Rekam medik di klinik yang kurang baik penyimpanannya sehingga diragukan kerahasiaannya.

Apakah yang menjadi permasalahan? Bagaimana jika anda bekerja dengan perawat/konselor tersebut?

Studi kasus 2

Anda mengawasi seorang konselor yang bekerja di VCT. Dia mengaku mempunyai masalah. Dia bertemu dengan pasangan yang ingin diperiksa. Pasangan ini diperiksa secara terpisah dan hasilnya diberikan pula secara terpisah. Hasil test pria negatif dan wanitanya positif. Wanita tersebut menolak memberitahukan hasil tesnya pada calon suami. Konselor tersebut tidak tahu harus berbuat apa dan menghubungi anda untuk meminta bantuan.

Apakah yang menjadi permasalahan? Bagaimana tanggapan anda?

Studi kasus 3

Anda mengawasi seorang konselor yang menolak memberikan kondom pada remaja. Dia beralasan bahwa selama mereka belum menikah, hal ini dapat memacu promiskuitas.

Apakah yang menjadi permasalahan? Bagaimana tanggapan anda?

Studi kasus 4

Anda mengawasi konselor yang bekerja pada kantor pemerintah. Salah satunya mendatangi anda dan mengatakan bahwa rekannya melakukan tindak seksual terhadap kliennya.

Bagaimana pendapat anda mengenai hal tersebut? Apakah yang menjadi permasalahan? Bagaimana tanggapan anda?

Studi kasus 5

Anda adalah manajer sebuah VCT. Anda melihat salah seorang bawahan anda berperilaku kurang baik, tidur saat bekerja, datang ke kantor dengan bau minuman keras dan tampak tidak rapi.

Apakah yang menjadi permasalahan? Bagaimana tanggapan anda?

Studi kasus 6

Anda mengawasi seorang konselor yang mengikuti pelatihan konseling VCT. Dia telah menyelesaikan bagian pertama pelatihan. Selama pengamatan anda melihat bahwa dia bersikap menghakimi dalam memberikan nasihat dan komentar pada kliennya.

Apakah yang menjadi permasalahan? Langkah apa yang anda ambil untuk mengatasi masalah tersebut?

Perpustakaan BNN

Etik Konselor

Module 5 Sub module 5 / PPT31

Tujuan

- Mendiskusikan isu etik yang muncul saat melakukan konseling VCT.
- Mengembangkan respon efektif akan dilemma etik.
- Mendiskusikan alasan membuat *informed consent* dan mempertahankan kerahasiaan.

Aktivitas

Isu Etik Dalam Prevensi dan Layanan HIV

- HIV merupakan subyek sangat peka bagi individu dan masyarakat.
- Mungkin tak ada area yang demikian memerlukan profesionalitas, perhatian tinggi akan etik dan kepekaan klien dibanding *sexual medicine*.
- Tanggung jawab klien vs tanggung jawab kesehatan publik (juga dalam hukum dan kebijakan).

Contoh Isu Etik

- Klien yang menolak menghentikan perilaku risikotinggi.
- Klien yang hasil tes + dan tak ingin tahu hasil
- Klien HIV positif yang menolak memberitahukan kepada pasangan seksualnya.
- Kemungkinan pengambilan sampel darah untuk tes HIV dalam rangka program penelitian anonim.

Kode Etik Konselor

- Kerangka tata nilai dasar konseling.
 - Setiap negara perlu mengembangkan pedoman etik dan tata cara yang berkaitan dengan praktek konseling, termasuk VCT.
- Standar yang harus dipenuhi konselor dan klien agar tercapai tujuan.

PRINSIP POKOK ETIK

- Konselor memastikan klien tak menderita gangguan fisik atau secara psikologi membahayakan selama proses konseling.
- Dilakukan secara profesional.
- Klien senantiasa harus dihormati.
- Konselor bertanggung jawab atas keamanan dirinya.
- Konselor bertanggung jawab terhadap masyarakat dan bekerja mematuhi hukum

PRINSIP POKOK ETIK

- Konselor memastikan diri telah melaksanakan pelatihan cukup sehingga memperoleh ketrampilan konseling.
- Konselor bekerja sesuai kemampuan, memantau kompetensinya, dan melaksanakan rujukan sesuai kebutuhan.
- Konselor mengenali keterbatasan dirinya dan melaksanakan layanan hanya dibidang yang dikuasainya.

PRINSIP POKOK ETIK

- Konselor juga bertanggung jawab untuk konselor lainnya dan saling mengoreksi bila dijumpai kesalahan.
- Konselor bertanggung jawab kepada klien dan institusi tempat kerjanya.
- Konselor harus mampu mendorong klien mengontrol hidupnya sendiri.

Informed Consent – Penjelasan Karakteristik

- Klien memberikan ulasan rinci secukupnya tentang apa yang disetujui dan risiko yang menyertainya.
- Klien mampu memahami apa yang dikatakannya : dalam hal umur, kapasitas intelektual atau status psikiatrik.
- Tidak ada pemutar balikkan. Tak ada paksaan, tak ada tekanan, meskipun menurut konselor itu untuk kebaikan klien

Informed Consent – Penjelasan Karakteristik

- Tak ada pemutar balikan.
 - Misal Tak ada paksaan atau tekanan, sekalipun menurut konselor itu untuk kebaikan klien.
 - Ketidak setaraan relasi antara konselor/pekerja kesehatan dan klien => klien merasa tak mampu mengambil keputusannya sendiri.
 - Karenanya, tugas dilaksanakan dengan jujur dan informasi obyektif.

Rahasia

- *Consent* harus selalu dilakukan ketika status HIV klien diungkapkan kepada pihak ketiga.
 - Tertulis atau verbal, dan dicatat di catatan medik.
- Konselor harus mengambil langkah beralasan untuk mengkomunikasikan perluasan kerahasiaan yang ditawarkannya pada klien.

Membagi Rahasia

- Rahasia diberikan pada orang lain.
- Harus dengan persetujuan klien.
- UNAIDS dan WHO membuat program etika konseling pasangan yang membutuhkan konseling serius dan persuasi menuju konseling dengan pasangan.

Ketika Rahasia dibuka

- Menimbulkan efek psikososial
- Menimbulkan stigma dan diskriminasi.
 - Penyangkalan akses ke layanan medik.
 - Rusaknya hubungan keluarga dan personal.
 - Kehilangan pekerjaan.

Tes HIV tanpa *consent*

- Meski dalam keadaan gawat darurat, tak ada alasan untuk melakukan tes tanpa izin klien
 - Risiko paparan kerja HIV sangat kecil, dg mema tui UP.
 - Semua petugas kesehatan harus mempraktekan *universal precautions* set- apkali sepanjang waktu.
 - Dalam keadaan gawat, tak cukup waktu menunggu hasil tes sebelum tindakan.
 - Masa jendelaberarti hasil tes tak selalu menunjukkan status-sero seseorang.

Tes wajib tidak dibenarkan

- Tes wajib tanpa izin :
 - Tak membuat orang mengubah perilaku beriskonya.
 - Tes tanpa konseling akan membuat klien yang hasilnya positif mengalami pukulan yang dapat membuat ia melakukan tindak kekerasan terhadap diri dan oranglain.
 - Memaksa tes untuk pegawai baru atau militer tidak memastikan mereka bebas HIV, sebab HIV dapat datang kapan saja, juga saat mereka sudah diterima kerja.

Pengungkapan hasil kepada orang lain tanpa izin

1. Penjelasan kepada pasangan

Penjelasan kepada pasangan

Ketika odha terus melakukan tindak yang mengancam kesehatan oranglain

- mis. Seks tak aman dengan pasangan
- Kebijakan UNAIDS dan WHO jika klien menolak untuk mengungkapkan pada pasangan, peraturan kesehatan seharusnya mengizinkan petugas kesehatan memutuskan memberitahukan atau tidak status sero seseorang kepada pasangan seksual.

1. Penjelasan kepada pasangan (lanjutan)

- Keputusan memberitahu kepada pasangan hanya dilakukan bila :
 - Klien telah dikonseling demikian rupa dan tetap tak mengubah perilaku beriskonya.
 - Klien menolak memberitahu pasangan.
 - Terjadi penularan HIV secara nyata
 - Simpan identitas pasangan sejauh dapat dilakukan.
 - Berikan terus dukungan tindak lanjut.

Pengungkapan hasil kepada orang lain tanpa izin

2. *Pengungkapan status oleh staf medik* – Jika konselor dan petugas kesehatan membutuhkan status dibuka kepadanya berkaitan dengan pemberian terapi yang sesuai.
3. *Keamanan publik* – Jika konselor patut menduga bahwa klien akan menyebabkan gangguan fisik serius pada diri dan orang lain

Pengungkapan hasil kepada orang lain tanpa izin

4. *Dibutuhkan oleh hukum* – ketika pihak hukum seperti pengadilan memerlukannya, mis kasus perkosaan
5. Ketika konselor yakin bahwa klien tak mampu lagi bertanggung jawab atas tindakan dan keputusannya

Dilemma etik pemecahan masalah

- Suatu saat terjadi konflik antara etik dan diri.
 - Pahami betul kerangka kerja etik dan hukum dalam melaksanakan VCT.
 - Pahami betul situasi tertentu tersebut, pertimbangkan secara hati-hati.
 - Diskusikan dengan konselor supervisor atau berpengalaman (tetapi tetap jaga kerahasiaan)
 - Cari rujukan pada pedoman, kebijakan dan aturan hukum (lokal dan internasional mis. WHO dan UNAIDS)

Dilemma etik pemecahan masalah

- Meski berbagai rujukan telah menjadi bahan pertimbangan, tidak semua dilemma etika dapat diselesaikan dengan mudah atau memuaskan.

Aktivitas

Modul 5

Sub modul 5

Etika konselor

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Mendiskusikan isu etika yang muncul dalam melakukan VCT
- Mengembangkan respon efektif akan dilemma etik
- Menghargai dan mendiskusikan alasan dilakukannya *informed consent* dan menjaga rahasia

Isu etik dalam prevensi dan perawatan

HIV/AIDS merupakan isu yang bermuatan emosi dan kepekaan tinggi baik bagi individu, masyarakat, konselor maupun petugas kesehatan lainnya , sehingga membentuk isu etik yang kompleks .Dikatakan bahwa tak ada satu areapun di bidang medis yang bermuatan etik dan kepekaan klien yang tinggi seperti VCT, karena itu penanganannya membutuhkan profesionalitas yang lebih besar, kecuali kedokteran seksual.¹

Melayani klien dan memelihara hal-hal yang berkaitan dengan rahasia , hukum dan kebijakan merupakan tanggung jawab etik seorang konselor . Dilemma akan etik akan muncul ketika terjadi konflik antara kepentingan klien dan masyarakat. Contohnya ²:

- Klien yang tak pernah mengubah perilaku berisiko
- Klien yang menolak menerima status sero dirinya sementara hasilnya HIV (+)
- Orang dengan HIV positif menolak mengatakan kepada pasangan seksualnya
- Sampel darah yang diambil untuk riset anonim program penegakkan diagnosis juga digunakan untuk pengumpulan data statistik prevalensi HIV.

Kode etik konselor

Kode etik merupakan kerangka dasar tata nilai dalam konseling. Konselors perlu memahami hal ini agar dapat bekerja secara profesional . Standar ini harus diikuti konselor dan klien sehingga keduanya mencapai integritas, satu merupakan bagian dari lainnya, serta tanggung jawab bersama pada saat yang sama tetap terpelihara. Pedoman etik perlu dikembangkan oleh masing-masing negara dan kode etiknya yang berkaitan dengan praktek konseling , termasuk VCT. Dibawah ini beberapa prinsip etik yang perlu dianut para konselor :³

- Konselor memastikan bahwa klien tidak mengalami tekanan fisik dan psikologik selama konseling
- Konselor tetap mempertahankan hubungan kerjasama dengan klien untuk kepentingan klien, bukan untuk memenuhi kebutuhan pribadi konselor atas biaya klien Pelecehan seksual, ketidakadilan, diskriminasi , stigmatisasi dan keterangan yang bersifat menghina harus dihindari.
- Konselor bertanggung jawab atas keamanan dirinya , efektivitas dan kompetensi dan tidak berkompromi dengan profesi konselingnya.
- Konselor bertanggung jawab kepada masyarakat dan harus menyadari aturan perundangan dalam masyarakat dan pastikan tetap bekerja dalam jalur sesuai hukum yang berlaku.
- Konselor perlu memastikan bahwa dirinya telah menerima pelatihan ketrampilan dan teknik konseling yang cukup

- Konselor bekerja sesuai dengan kemampuan dan keterbatasan dirinya dan merujuk klien ke tempat yang tepat ketika persoalan berada diluar keterbatasannya
- Konselor secara teratur memonitor ketrampilan konseling dan memelihara kompetensinya
- Setiap konselor perlu mengenali batas kompetensi dan hanya bekerja atas dasar ketrampilan dan wewenang yang ada padanya sesuai pelatihan dan praktek yang telah diperolehnya
- Konselor perlu memonitor kompetensi dan limitasi melalui konseling supervisi atau dukungan konsultatif melalui pandangan klien dan konselor lainnya .
- Konselors bertanggung jawab pada konselor lainnya dan perlu memberikan perhatian perbaikan ketika terjadi kesalahan
- Konselor bertanggung jawab kepada klien dan institusi tempat layanan konseling menaungi pekerjaannya sesuai standar profesi
- Konselor mendorong klien untuk mengendalikan hidupnya, dan menghargai kemampuan klien mengambil keputusan serta perubahan sesuai keyakinan dan tatnilainya
- Klien bertanggung jawab atas tindakan dirinya dan akibatnya.

Informed consent

Semua klien sebelum menjalani tes HIV harus memberikan persetujuan tertulisnya. Kunci persetujuan tertulis itu sebagai berikut ⁴:

- Klien telah diberi penjelasan cukup tentang risiko dan dampak yang mengikuti tindakan, dan menyetujuinya
- Klien mempunyai kemampuan menangkap pengertian dan mampu menyatakan persetujuannya (secara intelektual dan psikiatrik)
- Klien tak dalam paksaan untuk memberikan persetujuan meski konselor patut memahami bahwa bahwa mereka memang sangat memerlukan pemeriksaan HIV. Seringkali keterbatasan daya tangkap klien membuat mereka tak mampu mengambil keputusan bagi dirinya⁵. Karena itu merupakan tugas konselor untuk berlaku jujur dan obyektif dalam menyampaikan informasi sehingga klien memahami dengan benar dan dapat menyatakan persetujuannya.

Kerahasiaan

Persetujuan untuk membuka status HIV seorang individu kepada pihak ketiga seperti institusi rujukan , petugas kesehatan tidak secara langsung melakukan perawatan kepada klien yang terinfeksi dan pasangannya , harus senantiasa diperhatikan . Persetujuan ini dituliskan dan dicantumkan dalam catatan medik. Kerahasiaan selalu harus dijaga semua materi dalam proses konseling tak boleh didengar ataupun diketahui orang lain, dan tak akan pernah disampaikan kepada siapapun tanpa izin klien. Hasil tes bersifat rahasia penuh. Konselor bertanggung jawab mengkomunikasikan secara jelas perluasan kerahasiaan yang ditawarkan kepada klien . Dalam keadaan normal, penjelasan rinci seperti ini dilakukan dalam konseling pre tes atau saat penandatanganan kontrak pertama.

Berbagi rahasia , artinya rahasia diperluas kepada orang lain, harus terlebih dahulu dibicarakan pada klien. Orang lain yang dimaksud adalah anggota keluarga, orang yang dicintai, orang yang merawat, teman yang dipercaya, rujukan layanan lainnya. Perluasan rahasia ini dipertimbangkan pada saat individu akan melaksanakan tes . kemungkinan tertular HIV akan dialami oleh pasangan seksual, karena itu UNAIDS dan WHO mendorong program konseling pasangan beretika yang menerapkan konseling serius dan persuasif kepada pasangan.⁶

Jika kerahasiaan terbuka, terjadi dampak psikologis dan legal kepada klien dan konselor. Stigma dan diskriminasi merupakan masalah besar dan dapat mengakibatkan individu mau datang ke layanan medis, merusak hubungan dalam keluarga dan personal, dan mungkin membuat orang kehilangan pekerjaan. Beberapa negara mempunyai peraturan hukum anti-diskriminasi yang menyatakan pelarangan melakukan diskriminasi pada odha (misal layanan medis, tempat kerja, asuransi, imigrasi), akan tetapi ini tidak berarti bahwa diskriminasi tidak terjadi.

Kadang di layanan gawat darurat, persetujuan dilanggar dan petugas kesehatan memeriksa status HIV pasien dalam upaya melindungi dirinya sebagai petugas kesehatan. Tes HIV non-konsensual tak bermanfaat dilakukan karena :

- Risiko penularan dari pekerjaan sangat kecil jika *universal precautions* diterapkan dengan baik
- Tak cukup waktu menanti hasil jika pasien akan dioperasi segera dari kamar gawat darurat
- Selama 'masa jendela' tes HIV seseorang tak dapat dikenali mengidap HIV, sementara sudah dapat menularkan, sehingga pemeriksaan laboratorium tidak menjadi patokan bahwa penularan tak terjadi semasa tindakan operasi
- Rasa aman terselubung, terasa aman namun sebenarnya dapat terinfeksi. Karena itu *universal precautions* harus diterapkan pada SEMUA pasien.

Tes wajib juga tidak direkomendasikan, seperti sebelum menikah, pada pekerja seksual, IDU, rekrutmen pegawai, asuransi kesehatan. Beberapa kerugian tes wajib⁷:

- Tes wajib tanpa *informed consent* atau konseling tidak akan mengubah perilaku klien untuk menurunkan penularan HIV kepada orang lain.
- Tes tanpa konseling merupakan pembinasan bagi odha dan dapat membahayakan kekerasan kepada diri dan orang lain
- Memaksa tes HIV pada rekrutmen pegawai tak membuat tempat kerja terbebas HIV, sebab penularan HIV dapat terjadi sebelum dan sesudah menjadi pegawai

Kapan terjadi pengungkapan status individu tanpa persetujuan dapat dilakukan ?

Walau hasil tes HIV disimpan secara rahasia, ada suatu saat dimana hasil tes dapat diungkapkan pada pihak ketiga tanpa izin. Pengungkapan status harus berdasarkan alasan jelas dan dibicarakan dalam konseling yang kuat oleh konselor berpengalaman atau supervisor.

Situasi dimana pengungkapan diperkenankan⁸:

1. **Pemberitahuan pasangan:** Dalam situasi dimana Odha tak mengubah perilaku dan terus berisiko dan dengan demikian mengancam kehidupan orang lain, maka kebijakan UNAIDS dan WHO⁹ mengatakan bahwa ketika seorang odha menolak memberitahu pasangannya maka peraturan kesehatan masyarakat harus memberi otorisasi, tetapi tidak dipersyaratkan, untuk petugas kesehatan profesional memutuskan berdasarkan kasus per kasus dan pertimbangan etik, apakah pasangan seksual perlu diberitahu status HIV pasangannya. Keputusan untuk mengungkapkan berdasarkan kriteria :
 - Odha sudah dikonseling secara kuat
 - Konseling Odha tidak menunjukkan perbaikan perilaku

- Odha menolak memberitahu atau memberikan persetujuan pemberitahuan kepada pasangannya
- Penularan nyata terjadi kepada pasangan misal lewat hubungan seksual, penggunaan jarum suntik bersama
- Identitas orang terinfeksi disembunyikan dari pasangannya sedalam mungkin
- Tindak lanjut dimaksud untuk memastikan dukungan yang diperlukan

India dan beberapa negara mensyaratkan Odha mengungkapkan statusnya sebelum menikah. Para pendukung menyetujui bahwa setiap Odha perlu mengungkapkan statusnya kepada pasangan agar penularan dapat dicegah dan pengungkapan diri akan menciptakan keterbukaan dalam menghadapi HIV, sementara para oponent menyatakan hal ini melanggar hak pribadi dan kerahasiaan.¹⁰

2. *Pengungkapan kepada staf medik:* dipandang perlu jika petugas kesehatan hanya akan menggunakan informasi tersebut untuk memberikan pelayanan sebaik-baiknya
3. *Keselamatan publik:* diperlukan jika keselamatan fisik diri klien dan orang lain serius terancam
4. *Dipersyaratkan oleh hukum (statutory):* Ketika pengadilan membutuhkan pengungkapan status. Misal, pada saat pelaku melakukan perkosaan, sehingga korban perkosaan dapat segera diberi ARV (jika tersedia) agar terlindung dari infeksi
5. Jika konselor yakin bahwa klien tidak lagi mampu bertanggung jawab akan keputusan dan tindakannya

Kerahasiaan adalah aturan, kecuali ada alasan ekstrim untuk mengungkapkannya

Dilemma pemecahan masalah etik

Konselor perlu mendapatkan informasi yang tepat dalam kerangka etik dan legal ketika mereka bekerja melaksanakan konseling. Mereka perlu mempunyai ketrampilan dan pengetahuan sehingga percaya diri menghadapi persoalan dilemma etik. Petugas kesehatan harus tampil profesional dan kompeten, mampu mendiskusikan isu secara terbuka dan rahasia, bersamaan dengan tetap menjaga kerahasiaan klien, dan bertindak arif bijaksana.

Konselor dari waktu ke waktu, menemui konflik prinsip-prinsip etik dalam pekerjaannya. Dalam keadaan seperti ini dibutuhkan seorang pemberi pertimbangan, apakah itu konselor supervisor atau konselor berpengalaman. Mereka juga perlu merujuk kepada pedoman, kebijakan, dan pengembangan legislasi lokal ataupun internasional (misal Pedoman WHO dan UNAIDS). Walau pertimbangan telah dilakukan secara masak, dilemma etik tidak dapat diselesaikan secara mudah atau diselesaikan dengan tidak memuaskan.

Rujukan

¹ Ross M., Channon-Little L., and Rosser S. (2000), *Sexual Health Concerns: Interviewing and History Taking for Health Practitioners*, 2nd Edition, MacLennan and Petty: Sydney, p. 151

² Ross M. et al., p. 155

³ Population Services International (2000), *New Start VCT Training Package*, Zimbabwe

⁴ Ross M. et al., p. 153

⁵ Ministry of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation, Government of India, *HIV/AIDS Counselling Training Manual for Trainers*

⁶ WHO (1995), *Counselling for HIV/AIDS: A Key to Caring*, WHO/GPA/TCO/HCS/95.15 and UNAIDS (1997), *UNAIDS Policy on HIV Testing and Counselling*, Geneva.

⁷ Lamprey P., and Gayle H. (eds.) (2001), *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, Family Health International; Arlington, p. 571

⁸ Ministry of Health and Family Welfare, National AIDS Control Organisation, Government of India, *HIV/AIDS Counselling Training Manual for Trainers*

⁹ WHO (1995), *Counselling for HIV/AIDS: A Key to Caring*, WHO/GPA/TCO/HCS/95.15 and UNAIDS (1997), *UNAIDS Policy on HIV Testing and Counselling*, Geneva

¹⁰ Lamprey P., and Gayle H. (eds.) (2001), *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, Family Health International; Arlington, p. 572

Modul 5

Sub Modul 5

Lembar Kegiatan 28

Keterangan: Studi kasus ini berasal dari Pelayanan Populasi Internasional (2000), Paket Pemula Pelatihan VCT, Zimbabwe.

Studi Kasus 1

Saudara sebagai perawat/konselor petugas supervisi pada fasilitas kesehatan pemerintah Klinik ini sangat sibuk dan jumlah tenaganya terbatas. Perawat/konselor didukung oleh saudara perempuannya untuk praktek sebagai konselor – selama tidak mengganggu pekerjaannya sebagai perawat. Ia menunjukkan frustrasinya kepada saudara.:

- Ia tidak dapat melakukan konseling karena waktunya tersita tugas keperawatan.
- Di sana tidak ada tempat untuk mengadakan konseling.
- Dokter mengirim kliennya padanya tanpa penanganan yang layak, dan tanpa penjelasan terhadap klien mengapa mereka dirujuk untuk dikonseling.
- Catatan medik di klinik tersebut buruk dan ia kuatir bagaimana kerahasiaan dapat dijaga

Apa isunya? Bagaimana saudara menghadapi perawat ini ?

Studi kasus 2

Saudara melakukan supervisi konselor di klinik VCT. Konselor tersebut memberitahukan dilemmanya kepada saudara. Ia pernah menemukan pasangan klien yang kemudian mau melaksanakan tes. Pasangan ini di tes secara terpisah, dan datang kembali untuk mengambil hasil secara terpisah juga. Hasil tes untuk laki-laknya negatif sementara untuk perempuannya positif. Perempuan itu menolak untuk mengungkapkan status dirinya kepada pasangannya. Ia sangat bingung dan menghubungi saudara untuk meminta saran. Ia bingung antara harus menyelamatkan kehidupan seseorang dan membuka status berarti membuka rahasia.

Apa isunya? Bagaimana merespon ?

Studi kasus 3

Saudara melakukan supervisi konselor yang mempunyai tugas untuk membagikan kondom kepada remaja yang memintanya. Ia berpendapat bahwa selama mereka belum menikah, peluang seks bebas masih ada.

Apa masalahnya ? Bagaimana anda menanggapinya ?

Studi kasus 4

Saudara melakukan supervisi pada para konselor yang bekerja pada fasilitas kesehatan pemerintah. Salah satu dari konselor tersebut mendatangi saudara dan berkata bahwa salah satu dari temannya sesama konselor melakukan hubungan intim dengan kliennya.

Apa yang saudara pikirkan tentang apa yang dikatakan konselor itu ? Apa masalahnya ? Bagaimana menanggapi?

Studi kasus 5

Saudara adalah seorang pengelola sebuah klinik VCT. Saudara menyadari bahwa salah satu dari staf saudara tidak bekerja dengan baik, sering kali tertidur saat bertugas, sering tercium bau alkohol dari mulutnya, dan selalu terlihat tidak rapi.

Apa persoalannya ? Bagaimana menanggapi?

Studi kasus 6

Anda mengawasi seorang konselor yang sedang dalam pelatihan sebuah program pelatihan konseling VCT. Dia telah menyelesaikan bagian pertama dari pelatihannya. Dalam mengamati sesi yang diambil anda sangat perhatian terhadap kemampuan yang dia miliki. Dia memberikan saran terhadap kliennya tentang apa yang harus dilakukan dan dia sangat *judgemental* mengenai saran-saran yang ia berikan.

Apa persoalannya ? Menurut pendapat anda langkah apa yang harus diambil untuk menghadapi persoalan ini ?

Monitoring, Evaluasi dan Jaminan Kualitas

MODUL 5
Sub Modul 6
PENDIRIAN dan MANAJEMEN
PELAYANAN VCT

MODUL 5
Sub modul 6
Monitoring evaluasi dan jaminan mutu

Tujuan

Peserta latihan mampu memahami:

- Kelengkapan mengevaluasi dan memonitor layanan VCT agar kualitas terjaga
 - Strategi peninjauan ulang untuk memperkenalkan dan memperluas layanan VCT, termasuk pencarian dana dan mempertahankan keberlangsungan layanan VCT berkualitas
-

Waktu yang dibutuhkan

1 jam 30 menit

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT32)
 - Naskah (HO31)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Isi

- Indikator kinerja UN untuk layanan VCT
 - Manajemen jaminan mutu
 - Strategi untuk memperkenalkan dan mengembangkan layanan VCT
-

Petunjuk Pelaksanaan

1. **Aktivitas:** Curah pendapat
 - Ajak peserta memikirkan mengapa program VCT perlu dievaluasi, dan aspek apa dari program VCT yang perlu dinilai.
2. Tayangan PowerPoint (PPT32).
3. **Aktivitas:** Kelompok kerja.
 - Bagi peserta atas dua kelompok
 - o Kelompok 1 – Merancang alat untuk memonitor rujukan dan menghubungkannya dengan layanan masyarakat.
 - o Kelompok 2 - Merancang alat untuk memonitor kinerja dan kualitas aktivitas klub dukungan sebaya HIV positif.
 - Ajak peserta menyimpulkan butir-butir kunci untuk memonitor dan mengevaluasi (misal indikator kunci) dan ukuran jaminan kualitas.
4. Jika peserta masih mengajukan pertanyaan tertulis, dapat memasukkan pertanyaannya dalam kotak pertanyaan.
5. Mintalah peserta melengkapi formulir evaluasi dan mengumpulkannya dalam kotak formulir evaluasi.

Monitoring, Evaluasi & Jaminan Mutu

Modul 6 Buku panduan 9 / PPT22

Tujuan

- Siapkan alat untuk melaksanakan monitoring, evaluasi layanan VCT guna meningkatkan kualitas layanan.
- Tinjau kembali strategi untuk mengenalkan dan meluaskan VCT termasuk pendanaan dan kelanggengan kualitas layanan VCT.

Indikator Utama

1. Tuntutan akan VCT – pengukuran berubah sesuai dengan jumlah orang yang memerlukan konseling atau konseling dengan tes pada tempat layanan.
2. Melakukan tes sesudah konseling.
3. Jumlah klien yang kembali untuk mengambil hasil – selaludiukur.
4. Layanan sesuai dengan standar minimum UN.

Baku Mutu

Pastikan :

- Layanan berkualitas tinggi juga layanan klien yang tepat.
- Tarik perhatian klien masuk dalam layanan.

Tujuan Pengukuran Jaminan Mutu

- Kinerja petugas.
 - Kepuasan klien.
- Kaji protokol konseling dan tes , sejajarkan dengan tujuan menuju layanan berkualitas tinggi.

Alat pengukur jaminan mutu

1. *Brief UNAIDS Minimum Standards Checklist.*
2. *Detailed Service Review Checklist.*
3. *Counsellor Quality Assurance Indicator.*
4. *Laboratory Technician's Quality Assurance Tool.*
5. *Client Satisfaction Checklist.*

Aktivitas Kelompok

Kelompok 1 Buat alat untuk rujukan dan hubungkan dengan layanan masyarakat.

Kelompok 2 Buat alat untuk memantau kinerja dan mutu aktivitas dukungan kelompok sebaya HIV positif

Aktivitas Final

Kata Kunci

1. Monitoring dan evaluasi.
2. Jaminan Mutu.

Modul 5
Sub modul 6
Monitoring, evaluasi dan jaminan mutu¹

Tujuan

Peserta latih mampu :

- Melengkapi, memonitor, dan mengevaluasi layanan VCT agar berkualitas
- Meninjau strategi untuk memperkenalkan dan memperluas layanan VCT termasuk pembiayaan, kelestarian dan penjaminan kualitas

Pendahuluan

Monitoring dan evaluasi adalah bagian integral dari pengembangan program, pemberian layanan, penggunaan optimal sediaan layanan, dan jaminan kualitas . Karena itu untuk kepentingan layanan VCT, maka monitoring dan evaluasi dilakukan dari luar selama melakukan pelayanan.

UNAIDS mengembangkan sejumlah indikator inti untuk monitoring dan evaluasi efektivitas layanan VCT.¹ Indikator utama dirancang untuk menunjukkan peringkat layanan dalam mencapai tujuan dari VCT.

Indikator Inti termasuk:

1. Kebutuhan akan VCT – mengukur perubahan jumlah orang yang datang untuk konseling atau konseling dan pemeriksaan pada layanan tersebut
2. Melaksanakan tes
3. Mengambil hasil sesudah konseling .
4. Layanan memenuhi kriteria minimal dari standar UN² (rangkain indikator pelayanan terlampir)

Jaminan kualitas

Salah satu prinsip yang menggaris bawahi implementasi layanan VCT adalah layanan berkualitas guna memastikan klien mendapatkan layanan tepat dan menarik orang untuk menggunakan layanan.³ Tujuan pengukuran dari jaminan kualitas adalah mengkaji kinerja petugas, kepuasan pelanggan dan klien, dan menilai ketepatan protokol konseling dan tes yang kesemuanya bertujuan tersedianya layanan yang terjamin kualitasnya.

Bab ini membicarakan secara ringkas jaminan kualitas melalui alat ukur terpilih . Contoh dibawah ini sekedar untuk memberi gambaran dan masih diperlukan penyesuaian sesuai kondisi dan situasi:

1. *Brief UNAIDS Minimum standards checklist*
2. *Detailed Service Review Checklist⁴*
3. *Counsellor Quality Assurance Indicator*
4. *Laboratory Technician's Quality Assurance Tool*
5. *Client satisfaction checklist*

¹ Diambil dari PSI India (2001) Site Operation Procedure Manual : Operation Lighthouse. National Ports HIV/AIDS Prevention Program, India
il Seperti diatas.

Pengukuran jaminan kualitas

Layanan VCT membutuhkan SDM yang terlatih dan bermotivasi tinggi. Monitoring secara teratur sangat dibutuhkan untuk memastikan kualitas yang baik dan konsisten, dan akan membantu staf agar terhindar dari kejenuhan.

1. Standar minimal *Brief UNAIDS*

Daftar periksa (*checklist*) berisi uraian standar minimal yang diberikan oleh UNAIDS untuk menjalankan layanan VCT yang efektif.

2. Uraian Rincian Layanan

Tujuan spesifik dari perangkat ini adalah menilai :

- Ketersediaan petugas diberbagai tingkat layanan
- Kepatuhan terhadap protokol
- Ketersediaan materi pengajaran mengenai kesehatan dan kondom
- Ketersediaan dan penggunaan catatan terformat
- Ketersediaan alat tes dan layanan medik
- Kepatuhan petugas pada peran dan tanggung jawab
- Aspek umum dari operasionalisasi layanan

Prosedur

Penilaian setiap 6 bulan atau satu tahun oleh manajer VCT atau konselor berpengalaman dari luar institusi layanan. Hasil penilaian disampaikan segera setelah penilaian selesai kepada tim administrasi bulanan dan manajemen. Dengan demikian berbagai hal yang perlu ditanggapi dapat dibicarakan, kemudian diputuskan prioritasnya dan hal-hal apa saja yang dapat dilaksanakan.

3. Perangkat jaminan mutu bagi konselor

Perangkat ini dapat digunakan untuk melakukan pengamatan, melakukan ikhtisar sesudah sesi berlangsung (sesi direkam) atau pengamatan melalui klien samaran (tak diketahui oleh konselor, untuk mendapatkan ketepatan pengamatan ketrampilan konselor) .

Prosedur

Pengamatan baik dari klien langsung atau sesi yang direkam, harus dengan izin klien dan konselor yang bersangkutan.

- Sebelum pengamatan atau perekaman, klien dan konselor harus memberikan persetujuannya. Tujuan perekaman harus dijelaskan kepada klien dengan menekankan penilaian atas kualitas konseling. Tidak ada paksaan untuk merekam atau mengamati. Klien dan konselor diberikan informasi bahwa kode diberikan hanya untuk memberi umpan balik kepada konselor. Nama fiktif dapat digunakan oleh klien/konselor dalam perekaman, jika dikehendaki.
- Supervisor klinik harus diberi petunjuk sejelas-jelasnya tentang tujuan dari kegiatan ini. Perlu ditekankan bahwa ini dilakukan semata-mata guna keperluan perbaikan kinerja dalam suatu supervisi klinis.
- Konselor dari luar (penilai) dapat mengamati rekaman atau langsung mengamati sesi konseling yang dilakukan, dan menilainya sesuai kriteria. Total nilai dicatat .

- Konselor diberi umpan balik yang bersifat rahasia, secepat mungkin, jika mereka meminta umpan balik. Konselor tidak mendapatkan informasi tentang kriteria yang ditandai dalam rekaman.
- Merekam atau pengamatan langsung dilakukan sekecil mungkin menimbulkan gangguan

Pengamatan oleh klien samaran⁴

Tujuan aktivitas ini:

- Mengevaluasi kinerja seluruh staf VCT.
- Menilai kualitas layanan yang dilakukan konselor VCT
- Mengukur seberapa jauh konselor mengikuti aturan protokol ketika melaksanakan tugas konseling.

Prosedur

Sukar menilai kepuasan pelanggan dari layanan karena proses konseling bersifat rahasia. Untuk mendapatkan penilaian tentang kepuasan pelanggan dapat digunakan proses konseling dengan klien samaran.

Penilaian layanan perlu dinilai dengan mengajukan beberapa klien samaran dengan beberapa jenis layanan, misal klien laki-laki/ perempuan, bujangan/pasangan atau masalah yang berbeda-beda. Klien samaran diberi skenario dan dilatih lebih dahulu agar dapat menghayati perannya. Sesudah mendapatkan 'konseling', klien samaran melapor kepada tim pengamat menjelaskan apa yang dialami selama konseling, dapat digunakan perangkat jaminan kualitas konselor. Formulir harus segera dilengkapi oleh klien samaran segera sesudah ia di 'konseling'. Umpan balik akan diberikan kepada konselor oleh supervisor klinis secara rahasia.

4. Jaminan kualitas layanan teknis laboratoriumⁱⁱⁱ

Tujuan : mengetahui kualitas layanan tes

Prosedur

- Sesi supervisi mingguan untuk mengevaluasi kinerja dilakukan oleh teknisi laboratorium. Teknisi laboratorium menyediakan perangkat penilaian, menilai pekerjaan teknis laboratorium, dan segera memberikan laporannya secara tertulis dengan mencantumkan kelebihan dan kekurangan teknis laboratorium untuk perbaikan layanan.
- Jika tidak ada penasehat medik, maka kepala laboratorium perlu melakukan penilaian jaminan kualitas layanan teknis laboratorium In addition.
- Penilaian dilakukan setiap triwulan

5. Formulir kepuasan pelanggan

Petugas penerima klien perlu :

- Meminta semua pelanggan melengkapi formulir
- Jika pertanyaan/cara mengisi belum jelas, perlu dibantu
- Berikan petunjuk ringkas tentang cara melengkapi formulir

ⁱⁱⁱ Diambil dari PSI India (2001) Site Operation Procedure Manual : Operation Lighthouse. National Ports HIV/AIDS Prevention Program, India

**CONTOH
FORMULIR PENILAIAN KUALITAS TEKNISI LABORATORIUM**

No.		YA	TIDAK
1.	Teknisi berpegang erat pada prosedur keamanan, pedoman kerja dan melaksanakan usah-usaha pencegahan penularan penyakit		
2.	Teknisi memakai baju laboratorium ber lengan panjang, dikancing dengan rapi dan disematkan tanda pengenal		
3.	Menggunakan sarung tangan yang berbeda pada tiap-tiap klien		
4.	Tidak diperbolehkan makan, minum dan merokok dalam laboratorium		
5.	Seluruh permukaan laboratorium, rak-rak dan lantai bersih dan bebas kontaminasi		
6.	Barang-barang tidak terpakai lagi dan teiah terkontaminasi oleh kuman-kuman yang berbahaya disimpan dalam laboratorium		
7.	Usaha-usaha menghindari terjadinya percikan, tetesan, dan tumpah dari sample darah yang diambil		
8.	Jarum suntik tidak boleh di daur ulang, dengan sengaja diperbaiki, dipatahkan atau bentuk-bentuk manipulasi menggunakan tangan lainnya		
9.	Alat-alat laboratorium bersih dan bebas kontaminasi		
10.	Barang-barang yang telah terkontaminasi kuman berbahaya tidak dipakai lagi sesuai dengan pedoman tentang keamanan dan pembuangan barang tak terpakai		
11.	Pencatatan pada formulir pendaftaran laboratorium dan formulir laboratorium		

Keterangan:

Tanda tangan: _____ (pengawas medis)

Tanda tangan: _____ (manajer yang bertugas)

Tanggal: _____

CONTOH FORMULIR PENILAIAN KEPUASAN KLIEN VCT

Date: ____/____/____

Jika penilaian tidak memungkinkan, alasannya:

Jenis kunjungan: Awal € Lanjutan €

Tipe sesi: Perorangan € Pasangan €

(Lingkari jawaban yang sesuai)

1)	Saya mempunyai tempat untuk duduk sewaktu menunggu	1 = Ya	2 = tidak
2)	Saya mendapatkan informasi-informasi terbaru tentang HIV melalui tayangan video yang disediakan di ruang tunggu	1 = Ya	2 = tidak
3)	Ada seorang petugas VCT yang menyapa saya dalam 15 menit sejak saya datang	1 = Ya	2 = tidak
	1 = Sangat setuju 2 = Setuju 3 = Tidak setuju 4 = Sangat tidak setuju		
4)	Petugas menerangkan mengenai apa yang akan berlangsung pada tiap-tiap kunjungan	1	2 3 4
5)	Konselor mempunyai pengetahuan yang luas	1	2 3 4
6)	Saya tidak segan untuk menanyakan masalah dari pertanyaan konselor	1	2 3 4
7)	Saya mendapat jawaban atas seluruh pertanyaan yang saya ajukan pada konselor	1	2 3 4
8)	Saya bersedia memberikan sample darah saya	1	2 3 4
9)	Saya merasa konselor senang berbincang-bincang dengan saya	1	2 3 4
10)	Petugas VCT sangat membantu dan mendukung	1	2 3 4
11)	Saya lebih senang mendiskusikan hasil pemeriksaan saya dengan partner	1 = ya	2 = tidak 3 = NA
12)	Saya ingin merubah perilaku saya setelah saya mengunjungi layanan VCT	1 = ya	2 = tidak
13)	Pelayanan yang saya terima di VCT memuaskan	1	2 3 4
14)	Saya mempunyai jadwal untuk mengikuti sesi konseling lainnya	1 = ya	2 = tidak
15)	Saya ingin mempromosikan layanan VCT ini pada orang lain	1 = ya	2 = tidak

16) HIV negatif berarti orang tersebut tidak akan pernah terinfeksi HIV	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Komentar lainnya:

Perpustakaan BNN

Referensi

¹ UNAIDS (2000) National AIDS Programmes A guide to monitoring and evaluation UNAIDS/00.17E

² UNAIDS (2000) Tools for evaluating HIV voluntary counselling and testing UNAIDS/00.9E

³ UNAIDS (2001) The Impact of Voluntary Counselling and Testing: A global review of the benefits and challenges.

⁴Family Health International (2002) Handbook: Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care In Developing Countries, Evaluating Voluntary HIV Counseling And Testing Programs:
<http://www.fhi.org/en/aids/impact/pubs/handbooks/evalchap/evalchap6.html>

Perpustakaan BNN

Manajemen Data dan Pencatatan

MODUL 5
Sub Modul 7
PENDIRIAN dan MANAJEMEN
PELAYANAN VCT

MODUL 5
Sub modul 7
Catatan konselor dan manajemen data

Tujuan

Peserta mampu:

- Mengembangkan formulir catatan layanan VCT
 - Mengembangkan sistem manajemen data yang tepat
 - Mengembangkan sistem mengembangkan laporan yang tepat
-

Waktu yang dibutuhkan

1 jam 30 menit

Materi pelatihan

- Tayangan PowerPoint (PPT33)
 - Lembar aktivitas (AS29)
 - Naskah (HO32)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Isi

- Ape yang dimaksud dengan data dan mengapa harus dikumpulkan?
 - Bagaimana menggunakan formulir catatan sebagai cara mengumpulkan data dan catatan intervensi
 - Bagaimana membuat formulir khusus untuk keperluan kita?
 - Pengembangan sistem manajemen data
 - Aspek yang perlu dipertimbangkan ketika mengembangkan sistem pelaporan
-

Petunjuk sesi

1. Sampaikan informasi melalui tayangan PowerPoint (PPT33)
2. *Aktivitas 1: Kelompok kerja (AS29)*
 - Peserta dibagi dalam dua kelompok. Pelatih perlu mempertimbangkan berapa orang dalam kelompok atau peserta dibagi dalam berapa kelompok untuk melakukan aktivitas ini berdasar jumlah peserta.
 - Sarankan setiap kelompok mempunyai tugas masing-masing yang berbeda dalam mengevaluasi aspek layanan VCT setempat. Setiap kelompok akan curah pendapat akan data ape yang dikumpulkan agar dapat mengevaluasi hal dibawah ini:
 - o Apakah layanan VCT menjangkau mereka yang rentan dalam daerah tersebut (IDU dan PS), atau
 - o Apakah klien merasa senang dengan jenis dan kualitas layanan yang tersedia..
 - Pelatih menyediakan waktu 20 menit untuk aktivitas ini- 10 menit untuk curah pendapat dan 10 menit untuk umpan balik.
3. *Aktivitas 2: Kelompok kerja (AS29)*
 - Bagi peserta dalam kelompok, peserta mendiskusikan penyebaran pelaporan evaluasi final dari aktivitas pertama. Kelompok harus memutuskan siapa yang dianggap stake holders yang perlu diberi laporan dan mengundang mereka untuk membicarakan hasil kerja.

- Trainers should allow a total of 20 minutes for this activity – 10 minutes for brainstorming and 10 minutes for group feedback.
4. Jika peserta masih mengajukan pertanyaan tertulis, dapat memasukkan pertanyaannya dalam kotak pertanyaan.
 5. Mintalah peserta melengkapi formulir evaluasi dan mengumpulkannya dalam kotak formulir evaluasi.

Perpustakaan BNN

Catatan Konselor & Manajemen data

Module 5 Sub module 7 / PP133

Tujuan

- Mengembangkan lembar catatan layanan VCT.
- Mengembangkan sistem manajemen data yang sesuai.
- Mengembangkan sistem pelaporan yang sesuai.

Prinsip Mengendalikan Catatan Klien

- Informasi klien hendaklah tersedia bagi setiap konselor di pusat layanan untuk memastikan bahwa emosi klien setiap saat dapat ditangani konselor siapapun.
- Petugas kesehatan lain yang memerlukan akses informasi klien untuk kepentingan perawatan dan terapi dapat menjangkanya.
- Kerahasiaan klien selalu harus dijaga.

Apa guna pengumpulan data ?

Data dapat dikumpulkan dari klien atau tempat layanan dimana klien melakukan konseling.

Data dapat digunakan untuk memperoleh jawaban atas berbagai pertanyaan :

- Intervensi dihubungkan dengan onset : Bagaimana kita dapat memperbaiki operasionalisasi VCT yang sesuai situasi setempat ?
- Monitoring : Bagaimana layanan berjalan? Apakah klien puas ? Bagaimana memperbaiki layanan?
- Evaluasi : Apakah layanan kita membawa dampak perubahan perilaku bagi kelompok target ?

Jenis data apa yang perlu dikumpulkan?

Tergantung dari jawaban apa yang dibutuhkan tentang klien atau layanan :

- Pengukuran Outcome : apa indikator yang akan digunakan untuk mengukur hasil studi misal kepuasan klien.
- Data dasar : tentukan data dasar klien dan catat aspek khusus dari kelompok sebelum dilakukan intervensi apapun misal riwayat klinis, faktor risiko, kuantifikasi data dari kuesioner

Jenis data apa yang perlu dikumpulkan?

- Data intervensi : tercatat dalam catatan klien atau data yang relevan dengan yang dikumpulkan dari formulir , pastikan protokol diikuti pada setiap klien.
- Data tindakan lanjut : tanggal tes pada kunjungan lanjutan , perubahan yang relevan dari kunjungan terakhir, data kualitatif dari kuesioner dll.

Aktivitas 1

Aktivitas 1: Kelompok kerja

Ketika saudara diminta untuk mengevaluasi aspek tertentu dari layanan VCT di tempat saudara, data apa yang perlu dikumpulkan ? :

- Apakah layanan menjangkau kelompok yang paling rentan di area tersebut (IDU & PS).
- Apakah klien puas dengan jenis dan kualitas layanan yang tersedia.

Kumpulan data yang baik terdiri dari?

- Pertanyaan yang tepat ditanyakan; data yang relevan dengan pertanyaan studi.
- Sedikit mungkin data yang salah.
- Data akurat.
- Data yang sama dikumpulkan dari setiap klien; juga informasi dikembangkan kearah yang sama.

Jenis formulir yang digunakan di layanan VCT

Jenis formulir dengan mana data dikumpulkan bervariasi dari layanan satu ke layanan lainnya :

- Jaga kerahasiaan.
- Buku log kunjungan klien.
- Catatan harian klien.
- Formulir bulanan statistik.
- Formulir konseling pre-tes.
- Informasi dan persetujuan klien serta formulir tes HIV.

Jenis formulir yang digunakan di layanan VCT

- Formulir konseling pasca-tes.
- Formulir konselor harian/ data perilaku dokter.
- Formulir data perilaku bulanan.
- Formulir permintaan laboratorium.
- Formulir laporan bulanan laboratorium.
- Formulir kesimpulan manajemen medik.
- Formulir rujukan klien.
- Formulir tindak lanjut klien.

Formulir Informasi & *Consent*

Formulir informasi dan *consent* harus digunakan bilamana :

- Klien berpartisipasi dalam intervensi yang tidak biasa dilakukan dalam praktek klinik.
- Ketika identitas klien dikaitkan dengan hasil tes HIV.

Kunci utama dalam mengembangkan Formulir Koleksi data

- Formulir hanya berisi informasi yang dibutuhkan.
- Tetap konsisten dengan bentuk formulir, mis. Bentuk, jenis, tata letak, sama.
- Pertanyaan dalam formulir diberi nomor agar mudah diikuti.
- Petunjuk dan definisi yang tepat perlu diberikan dalam setiap formulir.
- Berikan nomor disetiap lembar halaman formulir.
- Uji coba sebelum digunakan.

Keputusan dalam Mengembangkan Formulir Pengumpulan Data

- Gaya pertanyaan : terbuka, kategori, kode, ya/tidak.
- Bahasa pertanyaan : sederhana , tak terdiri dari kata tanya , jelas batas waktu , gunakan pernyataan positif, (jika dimungkinkan).
- Tata letak : mendatar atau kebawah, gunakan judul, kotak bertanda, garis tebal , tanda jawaban dalam bulatan , setiap seksi terpisah, bentuk dan ukuran huruf, gunakan bayangan , panah dan nomor..

Mengembangkan sistem manajemen data

- Manajemen data berarti memastikan bahwa data yang diperlukan dilengkapi oleh orang yang tepat, pada tahap prosedur yang tepat.
- Formulir kemudian dimasukkan kedalam program untuk analisis data.
- Buat SOP yang akan memfasilitasi proses ini.

Mengembangkan sistem manajemen data

Klinik VCT perlu menanyakan pertanyaan dibawah ini :

- Layanan apa yang disediakan oleh klinik ini?
- Prosedur apa yang digunakan dalam memberikan layanan?
- Formulir apa yang harus dilengkapi pada setiap tahap prosedur?

Standards of Practice

SOP terdiri atas petunjuk yang jelas dan rinci untuk menjalankan prosedur spesifik sehingga kualitas tidak berubah sepanjang waktu , sekalipun staf berganti.

SOP- Apa isinya?

- Protokol dan prosedur,
 - Daftar yang dapat dihubungi
 - Protokol rujukan.
 - Informasi umum untuk menjalankan setiap aspek layanan , mis membawa spesimen.
 - Petunjuk melengkapi formulir.
 - Akur melaksanakan layanan.
 - Petunjuk melakukan pengumpulan data (pemberian coding dan pemasukan data).
 - Analisis statistik dan performatan penulisan laporan.

Standards of Practice & Staf VCT

Staf VCT staf harus :

- Memberikan masukan pada pengembangan SOP's.
- Dilatih tentang cara mengikuti SOP.
- Mempunyai akses mudah ke SOP (SOP diletakkan di tempat yang mudah terjangkau).
- Jika ada hal yang meragukan, kembali ke SOP.

Teknik lain dalam menelusuri data

- Buat tabel untuk menyetujui tugas inti dengan cara membubuhkan paraf.
- Paket formulir data untuk setiap klien baru.
- Buat isian tabel untuk melengkapi data dan pemasukan data.
- Luangkan waktu setiap hari untuk menata data, pada setiap waktu yang sama.

Mengembangkan sistem Pelaporan

Pertanyaan untuk mengembangkan sistem pelaporan :

- Siapa yang bertanggung jawab atas analisis data dan penulisan laporan?
- Seberapa sering laporan harus dibuat?
- Siapayang perlu dilapor?
- Bagaimana menggunakan data misal perubahan praktek, kertas diskusi, presentasi pada konferensi?

Indikator Utama VCT

- Jumlah klien yang melaksanakan tes.
- % klien dites yang menerima konseling pre-tes.
- % klien dites yang melakukan konseling pasca-tes.
- % klien yang kembali sesudah tes.

Indikator Utama VCT

- Jangkauan dalam wilayah.
- Indikator ketrampilan konselor.
- Standar minimum tempat layanan VCT.
- Jejaring rujukan atau rujukan sewaktu.

Aktivitas 2

Aktivitas 2: Kelompok kerja :

Sayudara baru saja menyelesaikan sebuah evaluasi pada layanan VCT , amati:

- Siapakah pada dasarnya klien layanan tersebut , dan
- Kepuasan klien

Siapa *stakeholders* , siapa yang akan saudara beri salinan laporan dan siapa yang akan saudara undang untuk berdiskusi tentang hasilnya?

Kata Akhir

- Hasil dari laporan harus didiskusikan bersama semua *stakeholders* dan setiap perubahan pada layanan harus dibicarakan dengan *stakeholders*.
- Ketika mengembangkan intervensi spesifik untuk studi , pikirkan biaya untuk pengumpulan data, manajemen, analisis dan laporan. Kata sepakat harus meliputi ruang lingkup, penggunaan indikator atau ongkos produksi

Modul 5
Sub modul 7
Manajemen rekam data

Tujuan:

Peserta latih mampu:

- Mengembangkan formulir rekam data layanan VCT
- Mengembangkan sistem yang tepat untuk manajemen data
- Mempertimbangkan aspek penting membuat laporan

Prinsip penyimpanan data klien

- Informasi klien diperlukan oleh konselor lain yang juga memberi layanan di tempat yang sama, sehingga klien dapat tetap didukung emosinya meski konselor awal tak ada
- Data klien dapat digunakan oleh fasilitas kesehatan untuk memberikan terapi medik yang diperlukan
- Kerahasiaan klien senantiasa dijaga

Apakah data itu?

Data merupakan informasi klien atau layanan yang dikumpulkan. Sebuah data merujuk kepada informasi spesifik, misal nama lengkap klien, jenis kelamin, kunjungan seberapa kali ke tempat layanan, jenis layanan, kapan layanan diberikan, berapa lama diberikan dsb

Apa manfaat pengumpulan data?

Kumpulan data menjawab pertanyaan spesifik. Pertanyaan mungkin berkaitan dengan penelitian atau untuk memantau dan mengevaluasi layanan.¹

Riset berhubungan dengan intervensi

Banyak pertanyaan operasional berkaitan dengan implementasi VCT di negara dengan keterbatasan SDM dan sumber lain misal apa nilai tambah tes paralel dibanding tes serial? Jawaban akan didapat jika intervensi dirancang dengan baik berhubungan dengan riset. Juga akan membantu memperbaiki rancangan layanan dan implementasi.¹ Ketika VCT mengumpulkan data seroprevalensi dari masyarakat, kita akan dapat mengalokasikan pemenuhan kebutuhan di masyarakat misal perlu dilakukan layanan bersasaran kelompok rentan di daerah prevalensi rendah

Monitoring dan evaluasi

Perencanaan dan pelaksanaan monitoring & evaluasi yang baik, dapat membantu mengenali dan meluruskan masalah potensial serta melakukan umpan balik dalam proses perencanaan, rancangan dan implementasi program VCT.^{2,3} Pertanyaan yang dapat dijawab melalui aspek pengukuran layanan adalah sebagai berikut :

- Pertanyaan proses: ini membantu mencerminkan bagaimana berjalannya sebuah layanan dan bagaimana perasaan pelanggan atas layanan
- Pertanyaan efektivitas: membantu mencerminkan adakah layanan yang diberikan membuat perubahan bagi kehidupan klien, misal mengubah perilaku berisiko

Hasil dari riset dan evaluasi hanya akan berarti bila data yang dikumpulkan benar adanya dan dikumpulkan secara benar.

Data apa yang dikumpulkan?

Tergantung pada pertanyaan yang akan dijawab dalam studi. Apa yang diharapkan sebagai hasil intervensi dan bagaimana mengukunya? Jawabannya akan membantu mengidentifikasi data dasar dan tindak lanjut data yang perlu dikumpulkan.

Pengukuran outcome

UNAIDS dan WHO mengembangkan sejumlah indikator untuk mengukur *outcome* layanan VCT.^{2,3} Ini mencerminkan praktek yang baik, indikator yang dipilih adalah yang mudah diamati atau diukur (misal tidak menyita banyak dana atau tambahan alat maupun SDM) dan relevan bagi praktek klinis. Indikator hendaklah bersifat obyektif, tidak subyektif.

Cara mengukur indikator misal kuesioner, formulir catatan atau pengukuran kuantitatif, frekuensi pengukuran, harus didefinisikan secara jelas.

Data dasar

Informasi ini membantu mendefinisikan dasar klien atau populasi ditempat mana hasil studi akan diterapkan. Data ini termasuk informasi demografik, kelompok umur, gender, seksualitas, tempat/tanggal lahir, agama dsb, juga data spesifik tentang populasi sebelum intervensi dilakukan. Informasi ini memungkinkan kita mendapat gambaran tentang apakah layanan menjangkau target kelompok yang dimaksud. Misal populasi berisiko. Data dasar memungkinkan membandingkan perubahan karakteristi dari dasar klien dengan berjalannya waktu. Contoh data dasar yang dikumpulkan :

- Riwayat klinis
- Karakteristik pribadi
- Faktor risiko
- Data kuantitatif misal kuesioner, terutama jika diulang sebagai bagian dari penilaian hasil⁴

Data intervensi

Mendefinisikan intervensi secara rinci, misal VCT, dalam catatan klien dapat membantu memastikan apakah proses berjalan sesuai protokol dalam studi perbandingan. Informasi yang didokumentasikan termasuk: apa yang disiskusikan, konseling apa yang diperoleh, apa respon klien, pertanyaan yang diajukan dsb. Pada beberapa studi efektivitas dari bermacam-macam intervensi dibandingkan, karena itu dengan mendokumentasikan akan terlihat perbedaannya.

Data tindak lanjut

Informasi dari kunjungan tindak lanjut perlu direkam. Seberapa sering klien kembali berkunjung? Apakah mereka melengkapi formulir survei atau kuesioner? Jika klien tak kembali atau jika mereka menarik diri dari survei, apa alasannya, kapan?

Apa pengumpulan data yang baik ?

Hasil yang baik akan diperoleh jika formulirnya, pengisiannya dan pengumpulan datanya berjalan baik. Pengumpulan yang baik artinya :

- Pertanyaannya tepat misal pengumpulan informasi relevan dengan yang ditanyakan oleh studi
- Data yang hilang sesedikit mungkin, misal semua pertanyaan terjawab
- Data akurat
- Data konsisten bagi setiap subyek, mis data dari area yang sama ditanyakan pada semua klien.⁵

Formulir apa yang dibutuhkan dalam layanan VCT ?

Ada beberapa formulir yang secara spesifik dikembangkan guna membantu pengumpulan data klien dan layanan VCT (lihat Appendix 1 dalam naskah ini).

1. Pengembangan formulir catatan VCT

Cara terbaik adalah memastikan bahwa data penting dikumpulkan dengan cara yang sama . Pesan yang perlu diingat :

- Jangan mengumpulkan terlalu banyak informasi dalam satu formulir, data yang terserak penempatannya sukar diikuti
- Pastikan bahwa ada jawaban untuk data yang hilang, misal data lapangan tidak diketahui atau tidak tersedia
- Tataletak harus konsisten misal respon seperti " Ya Tidak " selalu diletakkan pada baris yang sama di seluruh formulir, misal "Ya" lebih dahulu baru kemudian "Tidak"
- Pemberian kode harus konsisten, misal 1=ya 2= tidak, dan ini dilakukan pada semua formulir.
- Petunjuk pengisian formulir secara benar dan lengkap tertera pada lembar terpisah dari formulir tersebut
- Jika formulir lebih dari satu halaman, maka setiap lembar harus diberi nomor halaman dan identifikasi.⁶

Pemilihan tata letak

- Apakah data akan dikumpulkan secara horisontal atau vertikal di dalam kolom ?
- Apakah data lapangan diberi nomor untuk mempertegas kemajuan melalui formulir ?
- Apa format/gaya yang digunakan untuk kepala judul atau menamai bab baru ?
- Apa format yang akan digunakan untuk mengumpulkan data ? misal kota, titik-titik, makin jelas diuraikan data makin konsisten . Misal pengumpulan data seperti dibawah ini :

- / /
hr bln thn
- _____
- / /
hr / bln / thn

- Kapan formulir dilengkapi? Bila data lapangan dilingkari maka perlu diberi ruang spasi pada setiap pilihan, sehingga formulir mudah dibaca
- Berapa ukuran dan apa jenis huruf yang digunakan untuk formulir? Kapan huruf kapital, berbayangan atau dicetak tebal atau miring digunakan (sebagai penekanan)

- Ukuran kertas apa yang digunakan untuk formulir ? Apa warna dan kualitas kertas ?

Gaya pertanyaan

Apakah menggunakan kode, kategori, atau pertanyaan terbuka? Ini tergantung pada cara pengumpulan data dan siapa yang mengisi formulir mis wawancara klien, catatan layanan, kuesioner

Format terbuka

Seberapa sering saudara menggunakan kondom ketika berhubungan seks?

.....

Menggunakan pertanyaan terbuka akan memberi peluang lebih besar dalam mendapatkan informasi kualitatif, namun risikonya jawaban seringkali tidak langsung

Kategori

Seberapa sering saudara menggunakan kondom ketika berhubungan seks ?
tak pernah kadang-kadang selalu tak tersedia

Menggunakan kategori dapat memastikan respon jawaban. Meski demikian respon masih memerlukan pemberian kode ketika dimasukkan dalam *database*.

Kode

Seberapa sering saudara menggunakan kondom ketika melakukan hubungan seks ?
(Kode)

1=tak pernah, 2= kadang-kadang, 3= selalu

Memasukkan data berbentuk kode akan membuat pemasukan data kedalam *database* komputer lebih mudah.

Apakah jawaban untuk masing-masing pertanyaan telah cukup atau beberapa data ditinggalkan kosong ? misal dengan menggunakan fungsi "skip" atau lanjut ke pertanyaan No Misal,

Apakah hubungan saudara monogami ?

Ya Tidak. Jika "Ya" lanjutkan ke pertanyaan No 12.

Cara terbaik untuk memutuskan gaya pertanyaan yang akan digunakan adalah apa sesungguhnya yang ingin dijawab oleh pertanyaan sehingga memperoleh data. Jika tujuannya untuk menemukan bagaimana, mengapa, atau apa yang terjadi, misal bagaimana seseorang berpikir atau berperasaan, maka pertanyaan terbuka akan lebih baik. Jika tujuannya adalah untuk memperoleh jawaban seberapa banyak, misal menghitung jumlah orang yang mempunyai respon sama maka pertanyaannya perlu dijawab dengan kategori atau jawaban kode.^{4,5,6}

Memberi kalimat atau struktur pertanyaan

- Gunakan pernyataan positif misal "Saya cukup nyaman membicarakan masalah aktivitas seksual dalam kehidupan saya" Benar Salah

- Hindari pertanyaan majemuk yang memerlukan jawaban lebih dari satu, misal minggu lalu apakah saudara melakukan hubungan seksual dan apakah saudara menggunakan kondom saat itu?
- Gunakan bahasa sederhana, mudah dimengerti
- Berikan ketepatan waktu misal "Sejak kunjungan terakhir saudara ke klinik ini apakah saudara ..."
- Uji coba dulu kuesioner pada staf dan kemudian pada sejumlah kecil klien. Tinjau ulang komentar dan buatlah pada formulir sebelum menerapkannya pada layanan 4,5,6

Pengumpulan data yang dirancang baik memastikan

- Kemudahan pengumpulan data : pertanyaan jelas maksudnya, formulir teratur susunannya dan mudah diikuti. Ada arah petunjuk misal pertanyaan diberi nomor, petunjuk dan menggunakan definisi.
- Pengumpulan data waktunya teratur
- Mudah dianalisa
- Mudah diinterpretasi hasilnya: formulir menggunakan definisi untuk memastikan klien/staf mempunyai pemahaman yang sama alas pertanyaan yang diajukan.
- Penggunaan data lapangan konsisten
- Akurasi, semua alternatif jawaban spesifik misal ya, tidak, tak tersedia
- Kelengkapan, semua data dikumpulkan, semua staf menanyakan pertanyaan serupa, tak satupun. 4,5,6

2. Sistem pengembangan manajemen data

Sistem manajemen data termasuk pengembangan sistem, memastikan formulir diisi dengan benar oleh orang yang tepat pada saat yang tepat. Formulir kemudian digunakan untuk menelusuri guna memastikan telah dilengkapi secara benar dan data dimasukkan kedalam program untuk kemudian dianalisis. Ada beberapa pertanyaan kunci, yang dibutuhkan oleh layanan VCT untuk dijawab sebelum sistem manajemen dikembangkan:

- Layanan apa yang diberikan oleh klinik?
- Prosedur apa yang digunakan di setiap tempat layanan?
- Formulir apa yang dibutuhkan untuk setiap tempat layanan? misal tidak semua formulir dalam Appendix 1 sesuai dengan layanan klinik tersebut. Dari paket ini dapat dipilih dan dikembangkan pertanyaan mana yang cocok untuk digunakan secara individual atau dikumpulkan bersama-sama.
- Dalam tahap apa formulir dikumpulkan? misal *Visit Log Form* dilengkapi pada saat kehadiran klien di petugas penerima
- Siapa yang bertanggung jawab untuk tugas khusus? Tulis posisi, bukan nama misal konselor yang melengkapi "Masukan data klien-Hasil dan Formulir catatan" (melengkapi dokumen agar tak terjadi kesalahan dan hilangnya data) -lihat Appendix 2
- Apakah saudara menggunakan program spesifik untuk memasukkan data dan menganalisis atau apakah data akan dikumpulkan manual? Apakah perangkat lunak/keras perlu dibeli? misal kalkulator atau jam jika saudara berminat menghitung waktu tunggu. Apakah staf membutuhkan pelatihan khusus?
- Siapa yang akan mengawasi perjalanan formulir? (terisi oleh, dilanjutkan ke, dikumpulkan oleh, dimasukkan datanya di/oleh, formulir mana yang diproses) misal konselor yang melakukannya, pemasukan data dilakukan sehari sesudah pengumpulan data, formulir yang dilengkapi "Formulir Data Perilaku Harian"

- Kapan formulir akan disimpan? Misal formulir data dimasukkan dalam catatan medik pasien dan disimpan dalam lemari arsip terkunci ketika tidak digunakan⁷

Ketika pertanyaan ini telah dijawab, perlu dikembangkan "*Standard Operating Procedure Manual*" atau "*SOP Manual*". SOP dibuat dengan petunjuk jelas dan rinci pada setiap prosedur yang dijalani untuk memastikan konsistensi kualitas dari suatu prosedur, meskipun petugas berganti. SOP dapat memperbaiki reliabilitas data melalui penurunan tingkat kesalahan dalam pengumpulan data. SOP berdasarkan pada pedoman nasional dan lokal dikembangkan melalui protokol untuk layanan tertentu (Lihat Appendix 2).⁷

Setiap SOP mencantumkan informasi tentang:

- o Protokol dan prosedur
- o Daftar kontak
- o Protokol rujukan
- o Informasi umum untuk melakukan layanan misal teknik penanganan spesimen
- o Instruksi tentang bagaimana cara melengkapi data secara benar serta mengumpulkannya
- o Alur layanan
- o Instruksi penanganan data misal bagaimana memberikan kode yang benar dan memasukkan data
- o Pedoman Pelaporan Statistik⁷

Sekali manual SOP dibentuk semua petugas harus memahaminya, tahu dimana disimpan dan mampu mengakses dokumen untuk rujukan dengan mudah. Semua petugas baru perlu dilatih menggunakan manual SOP sebagai pedoman untuk melakukan tugas dan tanggung jawabnya.⁷

3. Pengembangan sistem pelaporan

Sekali layanan VCT mengumpulkan data dan memasukkannya, data perlu dianalisis dan dilanjutkan dengan melaporkannya. Pertanyaan spesifik yang perlu dijawab mengenai laporan termasuk :

- Siapa yang bertanggung jawab menganalisis data dan menulis laporan?
- Jika pengumpulan data sedang dilakukan, seberapa sering laporan perlu dilakukan ?
- Siapa yang perlu mendapatkan salinan pelaporan ?
- Siapa *stakeholders* utama, siapa yang berminat akan hasilnya?
- Bagaimana menggunakan data ? misal laporan kepada manajemen, umpan balik ke institusi rujukan, bahan diskusi, bahan tulisan ke majalah ilmiah atau seminar/konferensi.⁷

Analisis data dan pelaporan membutuhkan ketepatan waktu. Laporan kepada *stakeholders* menggambarkan situasi ini agar dapat diambil keputusan tepat guna efektivitas dan efisiensi layanan.⁷

Aspek terahir dari pengumpulan data, manajemen dan pelaporan layanan yang tersedia akan dapat dilaksanakan jika tersedia anggaran untuk keseluruhan proses pengumpulan data, manajemen dan pelaporan, misal ongkos cetak, waktu staf, pengadaan barang-barang yang dibutuhkan, pelatihan petugas, ketersediaan waktu dari petugas, ada petugas yang memasukkan data dan analisisnya, ongkos cetak, untuk pelaporan dan formulir dsb. Sebuah layanan harus memastikan pos-pos anggaran untuk rencana yang diambil, bila tidak maka monitoring dan evaluasi tak dapat diselenggarakan.

Nomor dan nama klien dicatat. Formulir dimasukkan dalam kotak yang aman dan terkunci. Semua komentar dikumpulkan dan dinilai pada pertemuan dengan seluruh petugas.

Klien yang tak dapat menulis/membaca dapat dibantu oleh relawan . Petugas yang bekerja pada insitusi tidak diperkenankan membantu pengisian. Baca lebih dahulu petunjuk, dan isi dari formulir, kemudian baru diisi. Klien sama sekali tak boleh dipengaruhi pendapatnya, relawan memastikan apakah jawaban klien sudah lengkap dan benar.

Perpustakaan BNN

UNAIDS - Syarat Minimal layanan VCT dan Pusat konseling – Survei Struktural**Petunjuk**

Evaluator internal atau eksternal dapat menggunakan daftar sederhana dibawah ini untuk melihat apakah layanan VCT memenuhi persyaratan standar minimal yang ditentukan oleh UN.

Gambaran Fisik

- Ruang konseling memungkinkan sesi konseling bersifat rahasia dan pribadi^{iv} Ya ☐ Tidak ☐
- Mempunyai ruang tunggu Ya ☐ Tidak ☐
- Catatan medik disimpan pada tempat aman dan hanya dapat diakses oleh petugas yang berwenang^v Ya ☐ Tidak ☐
- Ruang konseling mempunyai meja dengan dua kursi atau lebih Ya ☐ Tidak ☐
- Pasien rawat inap yang memerlukan konseling, dilayani dalam ruang aman dan nyaman Ya ☐ Tidak ☐
- Kartu referensi cepat tentang manajemen pajanan okupasional^{vi} tersedia Ya ☐ Tidak ☐
- Tersedia ruang untuk konseling kelompok/keluarga Ya ☐ Tidak ☐

Pemberian layanan – standar minimum

- Terdapat dokumen tentang kerahasiaan Ya ☐ Tidak ☐
- Tempat pelayanan mempunyai sumber yang tepat untuk melaksanakan VCT, misal petugas terlatih, pedoman dan protokol, petugas supervisi Ya ☐ Tidak ☐
- Tes HIV hanya dilaksanakan setelah *informed consent* kepada klien Ya ☐ Tidak ☐
- Jam buka layanan pada hari kerja pada jam kerja kantor pemerintah, setidaknya sekali seminggu Ya ☐ Tidak ☐

^{iv} Selama konseling berlangsung, klien tidak terlihat atau pembicaraannya tidak terdengar oleh orang lain.

^v Klien diperbolehkan melihat rekam mediknya hanya bila didampingi oleh petugas dan petugas menerangkan hal-hal penting dalam rekam medik sehingga tidak akan terjadi kesalahfahaman atas informasi yang tertera dalam rekam medik tersebut.

^{vi} Melindungi petugas dalam melaksanakan prosedur pemeriksaan atau pengelolaan sampel darah.

Institusi layanan mensyaratkan persetujuan tertulis dan ditandatangani^{vii} untuk melepas informasi kepada pihak ketiga^{viii} Ya ☐ Tidak ☐

Institusi layanan mengembangkan formulir rujukan/protokol Ya ☐ Tidak ☐

Perpustakaan BNN

^{vii} Selain tanda tangan dapat pula dipakai cap ibu jari tangan

^{viii} Sebagai pernyataan persetujuan dan rujukan

Contoh Tinjauan Rinci Layanan VCT^{ix} Perangkat Jaminan Kualitas

Tanggal:

Institusi VCT :

Fasilitator Institusi VCT:

TUJUAN:

1. Menilai ketersediaan petugas dalam berbagai lini
2. Menilai ketaatan pada protokol
3. Menilai ketersediaan materi pengajaran kesehatan dan kondom
4. Menilai ketersediaan dan penggunaan catatan terformat
5. Menilai ketersediaan alat dan bahan pemeriksaan medik habis pakai
6. Menilai ketaatan petugas pada peran dan tanggung jawabnya
7. Menilai aspek umum ruang lingkup layanan

BUTIR TINDAKAN SEGERA:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Komentar Umum:

^{ix} Diambil dari PSI Lighthouse Project (India) and PSI (Kosovo) Quality Assurance materials dan telah dimodifikasi oleh Kathleen Casey

1. *Staffing*

Kedudukan Staf	#Jumlah (Penuh/Paruh waktu)	% waktu dalam layanan VCT	Tak diterapkan	Keterangan
Penasehat me ik				
Konselor (Laki/perempuan)				
Petugas pendaftaran				
Teknisi Laboratorium				
Kepala Pelayanan				
Lain-lain (terangkan)				
Lain-lain (terangkan)				

2. Tersedianya Sistem Protokol dan Penyimpanan pencatatan (adaptasi sesuai kebutuhan)

Jenis protokol	Ada	Tak Ada	% formulir digunakan (jika diterapkan)	Keterangan
Prosedur Operasional Manual				
Protokol Tes HIV				
Catatan Kunjungan				
Formulir Catatan klien dan hasilnya				
Formulir konseling				
Formulir <i>Informed Consent</i>				
Formulir Laboratorium				
Formulir Rujukan				
Survei Klient yang keluar				
Register klien				
Register Lab				
Berkas hasil tes HIV				
Buku penerimaan keuangan				
Register keuangan				
Formulir laporan bulanan				
Formulir permintaan barang medik habis pakai				
Sistem penyimpanan arsip rahasia				
Ketersediaan kondom				

3. Ketersediaan materi pengajaran kesehatan dan kondom

Materi KIE	Ya	Tidak	Keterangan
Tanda tempat terlihat			
Tersedia leaflet VCT (minimal 100 stok)			
Tersedia leaflet (minimal 100 stok)			
Poster dipajang diruang tunggu			
Tersedia brosur IMS			
Tersedia informasi tentang nutrisi			
Tersedia informasi tentang hidup positif			
Tersedia informasi penularan ibu-anak /MTCT (jelaskan)			
Tersedia informasi rujukan			
Tersedia kondom			

4. Ketersediaan alat dan bahan pemeriksaan medik (sesuaikan dengan tempat layanan)

Jenis bahan	Tersedia	Tidak tersedia	Keterangan
Rapid test A			
Rapid test B			
Vacutainers needles			
Sarung tangan karet			
Jarum sekali pakai			
Semprit sekali pakai			
Kapas			
Alkohol			
Sodium hypochlorite			
Cairan Antiseptik			
Sabun cair			
Tempat sampah bakar			

5. Penilaian Peran Petugas dan Tanggung Jawabnya (sesuaikan dengan kebutuhan)

Peran ko-koordinator	Ya	Tidak	Keterangan
Memberikan pertimbangan penawaran layanan gratis			
Sampel acak catatan medik diperiksa dan di telaah			
Penggunaan buku resep			
Pembayaran VCT setelah layanan dilakukan			
Pengaturan file aktif dan tidak aktif			
Pastikan data dimasukkan dalam formulir medik dan konseling.			
Jadwal dan pelaksanaan pertemuan staf mingguan/bulanan			
Facilitasi dan/atau koordinasi supervisi internal staf konseling			
* Peran petugas pendaftaran	Ya	Tidak	Keterangan
Memilah-milah klien (layanan tidak diberikan pada klien berusia dibawah 16 tahun tanpa izin orang tua/wali)			
Menerangkan prosedur layanan VCT kepada klien			
Memberikan pelayanan VCT dengan baik dan ramah, dan menerima klien dengan tangan terbuka			
Menerima uang pendaftaran VCT			
Semua klien harus melakukan pendaftaran			
Masing-masing klien mendapat kode VCT			
Memilah-milah klien yang pernah berkunjung sebelumnya			
Setiap hari petugas pendaftaran mengumpulkan rekam medik seluruh klien dan menyimpannya dengan baik			
Pencatatan harian mengenai jumlah klien dan jenis layanan yang diberikan			
Menyimpan rekam medik klien dalam lemari terkunci di ruang yang aman			

Peran konselor	Ya	Tidak	Komentar
Dengan senang hati dan bersikap ramah dalam berdiskusi dengan klien			
Memberikan <i>informed consent</i>			
Menyepakati CIRR [*] dengan klien			
Mengadakan konseling sebelum tes			
Melakukan demonstrasi pemakaian kondom pada model yang tersedia			
Menyediakan kondom pada klien jika diperlukan			
Melakukan pengambilan darah sesuai dengan protokol jika diperlukan			
Menuliskan hasil tes dan membuat formulir salinan untuk diberikan pada klien yang bersangkutan			
Memberikan konseling sebelum atau sesudah tes, minimal selama 30 menit			
Ikut serta secara rutin dalam pengamatan langsung dan individual			

* Keterangan: Pada situasi tertentu, konselor mungkin saja tidak bekerja di belakang meja. Perangkat yang diperlukan disesuaikan dengan kebutuhan.

Peran manajer VCT	Ya	Tidak	Keterangan
Memperkenalkan VCT dan layanannya kepada fasilitas kesehatan dan komunitas kesehatan			
Mendata kebutuhan untuk pelayanan VCT			
Membina hubungan yang baik dengan penyedia fasilitas kesehatan dan organisasi-organisasi yang berkaitan			
Memberikan dukungan emosional jika diperlukan			
Peran teknisi laboratorium	Ya	Tidak	Keterangan
Seorang teknisi harus mengutamakan keamanan atas prosedur-prosedur yang dilakukan			
Memastikan laboratorium difasilitasi dengan alat-alat yang diperlukan			
Memastikan penomoran pada sampel darah klien dan kemasan sampel			

^{*} Client intake record report – Medical record form or counselling form. Mengacu pada Module 5 sub module 7: Pengelolaan catatan konselor dan data-data klien.

Salinan hasil pemeriksaan dilampirkan pada rekam medik dan diberikan pada manajer			
Hasil pemeriksaan dicantumkan pada catatan pendaftaran laboratorium			

Perpustakaan BNN

6. Pelayanan Umum

Tipe pelayanan	IF ^{xi}	IM ^{xli}	CF ^{xlii}	CM ¹⁰	Jumlah	Keterangan
C & T (kunjungan pertama) (per bulan)						
Pengantar konseling (kunjungan pertama) (per bulan)						
Memerlukan pelayanan namun tidak ada tindak lanjut (per bulan)						
Post konseling (per bulan)						
Rata-rata kehadiran per hari						

Pemenuhan keperluan klien	
Jenis pelayanan klien	
% kunjungan ulang untuk pengambilan hasil pemeriksaan	
% pembayaran VCT	
Perkiraan waktu yang dibutuhkan klien saat berada di layanan CVT	
Penyediaan layanan yang tidak terbatas waktu (termasuk jam makan siang dan hari sabtu)	Y/T
Penyediaan gelas dan air minum (pada masing-masing ruang konseling)	Y/T
Penyediaan tisu wajah pada tiap-tiap ruang konseling	Y/T

7. Proses pengelolaan sampel (disesuaikan dengan kebutuhan)

Kegiatan	Nomor/ Waktu pengambilan	Tidak dapat dilakukan	Keterangan
# sampel yang dikirim ke laboratorium/minggu (untuk tempat-tempat yang tidak ada fasilitas laboratorium)			
# pengiriman hasil/minggu (untuk tempat-tempat yang tidak ada fasilitas laboratorium)			
Rata-rata waktu yang diperlukan secara			

^{xi} Klien wanita^{xli} Klien pria^{xlii} Klien yang berpasangan

keseluruhan			
% sampel yang dikirim untuk penilaian kualitas per bulan			

Tanda tangan: _____ (Petugas layanan) Tanggal: _____

Mengetahui: _____ (Manajer VCT)

Perpustakaan BNN

Indikator Penilaian Kualitas Konselor – Konseling Sebelum test HIV*Digunakan untuk pengamatan/perekaman/kerahasiaan klien*

Skoring: ya=1 tidak=0

Selama sesi konseling berjalan

1. Hubungan Interpersonal

- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 1.1 | Menyapa klien, memperkenalkan diri dan menjelaskan peraturan | ya ☐ | tidak ☐ |
| 1.2 | Mampu menjadi pendengar yang baik bagi klien ^{xiv} | ya ☐ | tidak ☐ |
| 1.3 | Penggunaan pertanyaan terbuka dan tertutup secara seimbang | ya ☐ | tidak ☐ |
| 1.4 | Tidak menghakimi dan bersikap suportif | ya ☐ | tidak ☐ |
| 1.5 | Konselor dapat meyakini klien dalam menjaga kerahasiaan konseling | ya ☐ | tidak ☐ |

2. Materi

- | | | | |
|------|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 2.1 | Menanyakan pada klien alasan mengikuti pemeriksaan | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.2 | Menilai pengetahuan klien mengenai HIV dan penularannya | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.3 | Memberikan informasi yang akurat tentang cara-cara penularan ^{xv} | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.4 | Menganalisa factor-faktor risiko yang dimiliki klien termasuk risiko dari kegiatan yang sering dilakukan oleh klien ^{xvi} | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.5 | Menanyakan adanya gejala-gejala TB dan pengobatannya | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.6 | Menanyakan adanya gejala-gejala penyakit seksual dan pengobatannya | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.7 | Mencari keterangan dari klien mengenai ada tidaknya periode jendela dan memberitahukan klien agar melakukan pemeriksaan ulang pada waktu yang telah ditentukan | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.8 | Memastikan kembali apakah klien mengerti mengenai periode jendela dan pemeriksaan ulang | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.9 | Memberikan informasi mengenai prosedur pemeriksaan dan hasil-hasilnya | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.10 | Mendiskusikan kemungkinan hasil yang akan diperoleh | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.11 | Menilai kemampuan klien dalam menghadapi kemungkinan HIV positif | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.12 | Mendiskusikan kebutuhan dan dukungan yang diperlukan klien | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.13 | Mendiskusikan cara-cara menurunkan factor risiko yang dimiliki klien | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.14 | Memberikan kebebasan kepada klien untuk meninjau ulang mengenai manfaat dan efek dari pemeriksaan | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.15 | Melakukan <i>informed consent</i> | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.16 | Mengatur pertemuan selanjutnya | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.17 | Konselor menanyakan kembali apakah klien masih mempunyai pertanyaan lain atau masih ada hal yang ingin didiskusikan | ya ☐ | tidak ☐ |

Materi Tambahan– Konseling sebelum dilakukan pemeriksaan pada penderita HIV yang hamil

- | | | | |
|------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 2.18 | Klien mengetahui dirinya hamil atau tidak | ya ☐ | tidak ☐ |
|------|---|-----------------------------|--------------------------------|

^{xiv} membangkitkan semangat klien, simpati, menyimpulkan pembicaraan dll.^{xv} Dikemukakan pula mengenai risiko yang muncul dari masing-masing cara tersebut.^{xvi} Termasuk perilaku seksual sesama jenis, penyuntikan obat-obat terlarang, oral seks, anal intercourse dll.

- 2.19 Mempunyai informasi yang jelas mengenai penularan HIV saat kehamilan, persalinan dan menyusui ya ☐ tidak ☐
- 2.20 Konselor menerangkan tentang peningkatan risiko yang berkaitan dengan serokonversi saat kehamilan ya ☐ tidak ☐
- 2.21 Manfaat yang diperoleh dengan mengetahui status dan metode terbaru pencegahan PMTCT ya ☐ tidak ☐
- 2.22 Manfaat melakukan pemeriksaan bersama dan berbagi perasaan mengenai hasil pemeriksaan ya ☐ tidak ☐
- 2.23 Konselor dapat meyakinkan klien bahwa pemeriksaan HIV hanya dilakukan atas permintaan klien dan klien tetap diperbolehkan melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC^{xvii}) ya ☐ tidak ☐
- 2.24 Mengajukan pilihan untuk mengakhiri kehamilan jika hasil pemeriksaannya positif^{xviii} ya ☐ tidak ☐
- 2.25 Menjelaskan cara-cara bersalin yang dapat dipilih jika hasil pemeriksaan HIV positif ya ☐ tidak ☐

Indikator penilaian kualitas konselor - konseling setelah pemeriksaan HIV dengan hasil negatif

Selama sesi konseling, konselor:

1. Hubungan Interpersonal

- 1.1 Menyapa klien, memperkenalkan diri dan menjelaskan peraturan ya ☐ tidak ☐
- 1.2 Mampu menjadi pendengaran yang baik bagi klien^{xix} ya ☐ tidak ☐
- 1.3 Penggunaan pertanyaan terbuka dan tertutup secara seimbang ya ☐ tidak ☐
- 1.4 Tidak menghakimi dan bersikap suportif ya ☐ tidak ☐
- 1.5 Konselor dapat menyakini klien dalam menjaga kerahasiaan konseling ya ☐ tidak ☐

2. Materi

- 2.1 Konselor memeriksa kembali data-data klien (memastikan hasil pemeriksaan telah diberikan kepada klien yang bersangkutan) ya ☐ tidak ☐
- 2.2 Hasil pemeriksaan diberikan langsung kepada klien ya ☐ tidak ☐
- 2.3 Melihat reaksi klien saat mengetahui hasil pemeriksaan ya ☐ tidak ☐
- 2.4 Menguji pemahaman klien atas hasil pemeriksaannya ya ☐ tidak ☐
- 2.5 Mendiskusikan hasil pemeriksaan klien ya ☐ tidak ☐
- 2.6 Mengingatkan klien tentang adanya periode jendela dan perlunya pemeriksaan ulang jika hasil pemeriksaan HIV negatif ya ☐ tidak ☐
- 2.7 Membahas cara-cara menurunkan risiko ya ☐ tidak ☐
- 2.8 Memberikan rujukan untuk pemeriksaan penyakit menular seksual/TB dan penatalaksanaannya ya ☐ tidak ☐
- 2.9 Memberi rujukan untuk keperluan lainnya, seperti layanan keluarga berencana ya ☐ tidak ☐

^{xvii} antenatal care

^{xviii} pilihan tersebut hanya didiskusikan, bukan mendorong klien untuk mengakhiri kehamilannya, walaupun peraturan yang berlaku di wilayah membenarkan hal tersebut.

^{xix} Membangkitkan semangat klien, simpati, menyimpulkan pembicaraan dll.

Indikator penilaian kualitas konselor – konseling setelah pemeriksaan HIV dengan hasil positif

Selama sesi konseling, konselor:

1. Hubungan Interpersonal

- | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 1.1 Menyapa klien, memperkenalkan diri dan menjelaskan peraturan | ya ☐ | tidak ☐ |
| 1.2 Mampu menjadi pendengar yang baik bagi klien ^{xx} | ya ☐ | tidak ☐ |
| 1.3 Penggunaa pertanyaan terbuka dan tertutup secara seimbang | ya ☐ | tidak ☐ |
| 1.4 Tidak menghakimi dan bersikap suportif | ya ☐ | tidak ☐ |
| 1.5 Konselor dapat meyakini klien dalam menjaga kerahasiaan konseling | ya ☐ | tidak ☐ |

2. Materi

- | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 2.1 Konselor memeriksa kembali data-data klien (memastikan hasil pemeriksaan telah diterima oleh klien) | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.2 Hasil pemeriksaan diberikan langsung kepada klien | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.3 Menilai respon klien terhadap hasil pemeriksaan yang diperoleh | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.4 Meninjau pemahaman klien tentang hasil pemeriksaannya | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.5 Membahas arti dari hasil pemeriksaan yang didapat | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.6 Konselor membantu klien mengatasi emosinya | ya ☐ | tidak ☐ |

^{xx} Membangkitkan semangat klien, simpati, menyimpulkan pembicaraan dll.

- 2.7 Membahas mengenai masalah pribadi klien, masalah keluarga dan dampak sosialnya ya ☐ tidak ☐
- 2.8 Membantu klien menemukan cara untuk mengatasi masalahnya ya ☐ tidak ☐
- 2.9 Meninjau apakah klien mendapat dukungan yang baik ya ☐ tidak ☐
- 2.10 Mendiskusikan cara-cara mencegah penularan penyakit ya ☐ tidak ☐
- 2.11 Mendiskusikan pelayanan selanjutnya dan dukungan yang diperlukan ya ☐ tidak ☐
- 2.12 Memilah-milah berbagai pilihan dan kelebihan yang dimiliki ya ☐ tidak ☐
- 2.13 Menilai kecenderungan untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain ya ☐ tidak ☐
- 2.14 Membahas rencana kerja jangka pendek, memantau perhatian dan perilaku klien ya ☐ tidak ☐
- 2.15 Memantau rencana-rencana yang telah dibicarakan dan rujukan-rujukannya jika diperlukan ya ☐ tidak ☐

Indikator penilaian kualitas konselor – konseling setelah pemeriksaan HIV (PMTCT/ ANC)

Perangkat ini dikombinasikan dengan perangkat yang disediakan untuk hasil pemeriksaan positif. Periksa dahulu daftar berikut, kemudian berikan skor berikut ini:

Selama sesi konseling, konselor:

1. Hubungan Interpersonal

- 1.1 Menyapa klien, memperkenalkan diri dan menjelaskan peraturan ya ☐ tidak ☐
- 1.2 Mampu menjadi pendengaran yang baik bagi klien^{xxi} ya ☐ tidak ☐
- 1.3 Penggunaan pertanyaan terbuka dan tertutup secara seimbang ya ☐ tidak ☐
- 1.4 Tidak menghakimi dan bersikap suportif ya ☐ tidak ☐
- 1.5 Konselor dapat meyakini klien dalam menjaga kerahasiaan konseling ya ☐ tidak ☐

2. Materi

- 2.1 Menginformasikan risiko-risiko penularan penyakit yang terjadi saat kehamilan, persalinan dan menyusui ya ☐ tidak ☐
- 2.2 Menginformasikan hal-hal yang diperlukan (ARV)^{xxii} untuk melaksanakan PMTCT^{xxiii} ya ☐ tidak ☐
- 2.3 Menginformasikan cara-cara menyusui bayi ya ☐ tidak ☐
- 2.4 Menginformasikan keluarga berencana ya ☐ tidak ☐
- 2.5 Menginformasikan pengakhiran kehamilan jika keadaan memungkinkan dan tidak bertentangan dengan hukum yang berlaku ya ☐ tidak ☐
- 2.6 Menginformasikan pelayanan paska persalinan pada wanita dengan HIV positif dan keluarganya ya ☐ tidak ☐
- 2.7 Penyediaan rujukan atas pelayanan kehamilan tertentu ya ☐ tidak ☐

Indikator penilaian kualitas konselor – konseling yang berkelanjutan

^{xxi} Membangkitkan semangat klien, simpati, menyimpulkan pembicaraan dll.

^{xxii} Termasuk informasi mengenai efek samping, keuntungan dan kerugian dari hubungan ibu dan anak.

^{xxiii} Pencegahan penularan penyakit ibu ke anak.

Selama sesi konseling, konselor:

1. Hubungan interpersonal

- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 1.1 | Menyapa klien, memperkenalkan diri dan menjelaskan peraturan | ya ☐ | tidak ☐ |
| 1.2 | Mampu menjadi pendengar yang baik bagi klien ^{xoxv} | ya ☐ | tidak ☐ |
| 1.3 | Penggunaan pertanyaan terbuka dan tertutup secara seimbang | ya ☐ | tidak ☐ |
| 1.4 | Tidak menghakimi dan bersikap suportif | ya ☐ | tidak ☐ |
| 1.5 | Konselor dapat meyakini klien dalam menjaga kerahasiaan konseling | ya ☐ | tidak ☐ |

2. Materi

- | | | | |
|------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 2.1 | Menanyakan pendapat klien mengenai pembimbingan yang telah dilakukan konselor | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.2 | Konselor menegaskan pernyataan klien | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.3 | Konselor berperan serta dalam penentuan prioritas | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.4 | Konselor menilai situasi hati klien | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.5 | Konselor berperan serta dalam mengkaji rencana kerja | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.6 | Konselor ikut ambil bagian dalam proses memecahkan masalah jika diperlukan | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.7 | Konselor bersama-sama dengan klien bekerja sama membuat rencana kerja | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.8 | Menawarkan rujukan yang diperlukan | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.9 | Konselor memaparkan penanganan dan perawatan penderita HIV jika diperlukan | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.10 | Jika diperlukan, menilai kemungkinan untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain | ya ☐ | tidak ☐ |
| 2.11 | Konselor mendiskusikan mengenai konseling dan layanan selanjutnya | ya ☐ | tidak ☐ |

^{xoxv} Membangkitkan semangat klien, simpati, menyimpulkan pembicaraan dll.

Hasil dari studi harus dibicarakan dengan seluruh *stakeholders* layanan sehingga keputusan dapat diambil guna perbaikan layanan pada target populasi.

Indikator kunci untuk VCT

Penting untuk memantau program VCT dan strategi perawatan . WHO dan UNAIDS sedang dalam proses mengembangkan indikator utama yang dapat digunakan oleh program dan negara . Setiap donor membutuhkan standar indikator yang diterapkan dalam program intervensi sehingga keluaran dapat terukur.

- **Tes dan konseling (tingkat layanan dan nasional):**

1. Jumlah individu yang dites secara pribadi
2. % mereka yang dites yang menerima konseling pra-tes
3. % mereka yang dites yang menerima konseling pasca tes HIV
4. Angka kembalingan klien pasca tes

Besarnya angka kunjungan kembali klien pasca tes merupakan indikator penting ditempat mana tes cepat HIV belum diimplementasikan. Bila tes cepat sudah dilakukan, maka datanya digunakan untuk mengetahui efektivitas tes cepat dibanding dengan tes HIV cara lama.

- **Jangkauan layanan VCT (tingkat Nasional):**

% Kabupaten yang mempunyai setidaknya satu pusat VCT yang dilaksanakan oleh konselor terlatih, mempunyai ahli dalam konseling spesialisik yang sepadan ..¹

- **Ketrampilan konseling , indikator kualitas**

Sampel acak dari rekaman konseling pra-tes HIV yang memenuhi standar minimalⁱⁱ
Sampel acak direkam/tinjau ulang dari konseling pasca tes, apakah sudah memenuhi kriteria standar minimal

- **Pusat VCT dengan kondisi minimum untuk melakukan layanan konseling dan tes berkualitas**

Petugas layanan konseling dan tes (termasuk pemerintah, LSM, klinik swasta dan dokter bedah) di ambil sampel acaknya, diperiksa elemen struktural untuk menghadirkan layanan konseling dan tes berkualitas. Termasuk didalamnya petugas terlatih, bersifat konseling pribadi, sistem mempertahankan kerahasiaan, petunjuk untuk rujukan, kondisi kondusif untuk jaminan mutu dari spesimen bahan tes.

- **Rujukan**

% layanan VCT yang dirujuk ke layanan yang tepat untuk mendapatkan perawatan dan dukungan Odha..

ⁱ Biaya klien VCT tak lebih dari separuh pendapatan harian, atau separuh dari GNP per orang perhari.

ⁱⁱ Lihat perangkat UNAIDS untuk mengevaluasi VCT sesuai standar minimum. UNAIDS/00.09E

Appendix 1: Formullir Data Forms dalam layanan VCT

Judul	Uraian
<i>Janji jamin rahasia</i>	Ditandatangani oleh petugas VCT dan laboratorium yang melaksanakan konseling dan tes. Petugas ini harus menjaga kerahasiaan hasil tes dan senantiasa melindungi klien dari pembukaan rahasia.
<i>Log Kunjungan Klien VCT</i>	Formulir ini mengumpulkan informasi akan berapakah klien berkunjung ke VCT, alasan utama datang dan siapa yang melayani klien. Formulir ini direkatkan pada catatan klinis klien.
<i>Register Klien VCT Karian</i>	Informasi akan membantu mengetahui layanan mana yang sangat diperlukan. Data dapat dikirim per bulan dalam bentuk laporan statistik.
<i>Formulir Konselor VCT harian / Data perilaku dokter untuk target intervensi VCT</i>	Formulir ini membantu menghitung jumlah klien harian dalam kelompok target spesifik.
<i>Formulir Ringkasan Bulanan VCT</i>	Membantu menelusuri data layanan VCT bulanan dan pengumpulan data perilaku untuk target intervensi.
<i>Formulir Persetujuan Klien untuk Tes HIV</i>	Formulir harus ditandatangani (atau diterbitkan) setelah klien menerima konseling pra-tes dan sebelum darahnya diambil untuk tes HIV. Formulir ini disimpan dalam catatan medik.
<i>Formulir Pengambilan Data klien- Hasil dan Pencatatan</i>	Formulir ini mengumpulkan informasi tentang klien yang ingin membantu konselor menghubungkan risiko klien dengan kebutuhan akan konseling.
<i>Formulir Konseling Pasca Tes</i>	Pastikan informasi relevan telah diberikan oleh klien tentang hasil tes HIV tertentu dan didiskusikan strategi untuk mengurangi penularan.
<i>Formulir Konseling Tindak Lanjut</i>	Formulir ini mengumpulkan informasi klien sejak kunjungan pertama di klinik lain. Ini untuk memastikan bahan diskusi tentang penurunan perilaku berisiko.
<i>Formulir rujukan Klien</i>	Formulir ini diberikan kepada klien kepada petugas yang berwenang di institusi rujukan.
<i>Persetujuan untuk melepas informasi</i>	Klien menandatangani formulir persetujuan untuk melaksanakan rujukan VCT ke institusi lain dan melepaskan informasinya dari klinik VCT sekarang ke klinik rujukan.
<i>Contoh Kuitansi untuk Layanan VCT</i>	Bagi klien yang membayar, bukti pembayaran harus diterbitkan.
<i>Formulir Permintaan Pemeriksaan Laboratorium</i>	Formulir ini diisi oleh konselor yang memohon tes HIV. Formulir permintaan pemeriksaan dan spesimen dibawa ke laboratorium untuk diperiksa. Teknisi laboratorium mengisi informasi penting tentang tes dan hasil tes. Formulir dikirim kembali kepada konselor.
<i>Laporan Harian/ Bulanan/ Tes Laboratorium HIV</i>	Dilengkapi oleh teknisi lab berdasarkan hasil tes HIV harian yang dikumpulkan.
<i>Register Tahunan Hasil Laboratorium</i>	Dilengkapi oleh manajer laboratorium, tahunan.

Appendix 2: Contoh Standard Operating Procedures**PROSEDUR RINCI KUNJUNGAN KLIEN
UNTUK KONSELING DAN TES****1. KLIEN MENGUNJUNGI KLINIK VCT PADA RUANG PENERIMAAN /TUNGGU:
*Petugas penerima/Konselor/Perawat/Teknisi Lab/Dokter*****a) Sambut klien:**

- Pastikan klien datang segera (usahakan tidak menunggu, karena keterbatasan waktu)
- Jika klien tak mau menunggu, maka perawat/dokter/konselor perlu segera menawarkan jadwal kunjungan perjanjian. Ini memastikan bahwa saat klien datang, maka petugas telah siap tanpa menunggu.

b) Jelaskan tentang tempat dan prosedur VCT/IMS

- Tanyakan alasan kunjungan klien dan segera pertemuan dengan dokter atau konselor yang bertugas
- Sampaikan apa yang mereka akan jalani dalam kunjungan tersebut.
- Informasikan kepada klien tentang layanan tanpa nama sehingga nama tak ditanyakan.
- Sediakan kode dan nomor untuk identitas klien , misal 01/02/03/04- 01 Kode Nomor klien, 02 Kode Kelurahan/Kecamatan tempat tinggal klien-03 Kode Kabupaten- dst
- Lakukan wawancara setelah dilakukan persetujuan verbal
- Buat catatan rekam medik klien dan pastikan setiap klien mempunyai nomor kodenya sendiri .

c) Untuk kunjungan ulangan:

- Cari catatan medik klien, sesuaikan identitas kodenya, dengan kartu yang dibawa klien (misal apakah nama klien di kartu kunjungan sesuai dengan semua informasi didalamnya-tanggal lahir dst)
- Tanyakan alasan kunjungan lanjutan secara ringkas
- Jika konselor/dokter tak ditempat, buat perjanjian baru.

**2. KLIEN MENEMUI KONSELOR
*Konselor/ Dokter/ Perawat*****a) Konseling Pra-tes**

- Ucapkan kata sapa, kenalkan diri konselor, tekankan kerahasiaan, ia dapat tidak memberikan namanya pada konselor
- Berikan kepastian pada klien bahwa semua bentuk percakapan, konseling dan pencatatan serta penyimpanan berkas dilakukan dengan jaminan kerahasiaan
- Jelaskan pada klien tentang pemberian kode dalam catatan medik. Berikan kartu kunjungan IMS/VCT pada klien.
- Informasikan tentang prosedur VCT dan konseling sukarela serta tes. Buatlah persetujuan lisan.
- Lengkapi berkas Wawancara klien-Hasil –Pencatatan atau Formulir Konseling Pra Tes untuk semua klien yang datang konseling
- Lakukan Konseling Pre Tes termasuk Penilaian Risiko Individualistik dan Pengurangan Risiko.
- Berikan demonstrasi penggunaan kondom dan latih klien menggunakannya. Berikan kondom kepada klien.
- Tanyakan pada klien apakah mereka akan melaksanakan tes sukarela HIV . Jika ya, jelaskan tentang prosedur dan metoda tes .

b) Tes HIV

- Pastikan semua prosedur mengikuti protokol
- Sediakan lembar persetujuan, isi yang termuat , bacakan pada klien, pastikan klien mengerti, klien membubuhkan tandatangan/cap jempol persetujuan, saksi dari pihak konselor.
- Terima pembayaran konseling, beri tanda terima
- Temani klien ke laboratorium dan tetaplah bersama klien sampai pengambilan darah selesai.

Perpustakaan BNN

PROSEDUR RINCI KUNJUNGAN KLIEN UNTUK KONSELING DAN TES (lanjutan)

- Jika konselor tidak melaksanakan konseling, maka ia tak boleh menemani klien dalam pengambilan darah. Temani klien kembali ke ruang konseling dan bicarakan apa pengalaman klien selagi menunggu hasil pemeriksaan.

Ambil segera hasil tes laboratorium tertulis dari teknisi laboratorium langsung dan pastikan bahwa hasil tes benar milik klien yang bersangkutan sesuai nomor kode pada catatan medik , sebelum hasil disampaikan pada klien

c) Konseling pasca tes

- Lakukan konseling pasca tes, termasuk diskusi pengurangan risiko
- Tawarkan perjanjian untuk konseling lanjutan pemeriksaan dokter.
- Jika klien datang tanpa pasangan, dorong agar ia dapat menyertakan pasangannya dan bicarakan mengenai pengungkapan status seri kepada pasangan
- Jika dibutuhkan rujukan, berikan surat pengantar
- Temani klien keluar dari tempat layanan
- Lengkapi catatan kasus segera setelah selesai konseling
- Catatan kasus klien beserta tanda kode nomor pengenalnya dicatat dalam buku register
- Pada akhir hari pastikan semua formulir dan catatan kasus telah dilengkapi dan diisi tepat sebagaimana seharusnya dan disimpan dalam lemari arsip terkunci. Pada akhir hari serahkan buku penerimaan biaya konsultasi dan bukti pembayaran kepada manajer tempat layanan.

3. TES HIV

Teknisi Laboratorium

- Pastikan seluruh prosedur diikuti sesuai norma dan standar kewaspadaan umum.
- Pastikan semua sampel darah diberi kode sesuai kode klien yang bersangkutan baik pada catatan medik maupun kartu klien.
- Pastikan semua hasil tes tercatat di buku catatan laboratorium VCT dengan tanggal, nomor kode, tandatangan teknisi laboratorium . Juga tercatat dalam catatan medik klien dan kartu klien (dengan kode warna dsb)
- Teknisi laboratorium memberitahu konselor bahwa laporan tertulis hasil pemeriksaan telah selesai dikumpulkan
- Hanya hasil tes tertulis yang diberikan kepada konselor. Hasil tes tak boleh disampaikan secara verbal kepada konselor atau langsung kepada klien dengan alasan apapun. Hasil tes disampaikan kepada klien oleh konselor secara langsung hanya dalam konseling pasca tes. Konselor menyampaikannya secara lisan dan tak boleh memberikan salinan tertulis karena dapat digunakan untuk kepentingan yang tidak benar.
- Teknisi laboratorium harus menyimpan salinan hasil tes di register laboratorium dan formulir harus disimpan rapat dalam lemari arsip terkunci pada akhir hari

Pastikan semua laboratorium menggunakan materi tak menularkan penyakit dan mengikuti prosedur yang tertera pada pedoman

4. MANAJEMEN TEMPAT LAYANAN

Manajer tempat layanan/ rancangan anggota staf

- Kumpulkan salinan bukti pembayaran klien dan biayanya VCT pada setiap akhir hari

- Catat dan atur pembiayaan sesuai kebijakan VCT
- Lakukan supervisi mingguan baik sesi individu maupun kelompok staf VCT.
- Ciptakan hubungan dengan masyarakat untuk kepentingan rujukan , perawatan dan dukungan kepada klien VCT.
- Pastikan pemasukan data dilakukan setiap hari.

Manajer tempat layanan dan konselor perlu memastikan:

- Catatan kasus, wawancara awal dan formulir persetujuan (*informed consent*).
- Nama tak pernah dituliskan dalam map berkas klien
- Hasil tes HIV hanya tercatat dan dipertahankan pada formulir CIRR (atau formulir pasca tes) dan register laboratorium

5. MANAJEMEN MEDIK KLIEN

Dokter/perawat praktek

Jumpai klien untuk konseling atau layanan medik, kumpulkan pembiayaan dan bukti pembiayaan.

- Jika klien berkunjung pertama kalinya, isi formulir Wawancara Awal (*CIR =Client's Intake Result*) dan Formulir Konsultasi Medik
- Uji saring klien untuk risiko IMS/HIV.
- Tulis kode klien dan nomor berkas, berikan kepada klien kartu klien dengan nomor kode dan nomor berkasnya (kartu VCT/IMS)
- Buat perjanjian untuk kunjungan tindak lanjut dokter/ konselor.
- Catat kode/nomor berkas klien pada boko register identifikasi klien
- Lengkapi catatan kasus dokter dan berkas.

Formulir lainnya untuk *Standard Operating Procedures*

Penempatan tanggung jawab pengumpulan data:

Formulir pengumpulan data	Petugas Penerima	Konselor	Petugas Medik	Petugas laboratorium
Formulir kunjungan	√			
Formulir wawancara pre tes		√		
Formulir Data Perilaku harian		√		
Formulir Laporan Bulanan VCT		√		
Formulir Persetujuan Tes		√		
Formulir Simpulan Manajemen Medik			√	
Formulir Permintaan Pemeriksaan Lab				√
Formulir Register Lab				√
Formulir Laporan Bulanan Lab				√
Formulir Wawancara pasca tes				√

- NB. Pada beberapa tempat seorang petugas dapat mengambil dua atau lebih peran.

Tabel yang sama dapat digunakan untuk memfasilitasi penelusuran formulir:

Nomor Klien	Tanggal kunjungan	Penerimaan		Konselor		Staf Medik		Laboratorium	
		Lengkap	Masuk	Lengkap	Masuk	Lengkap	Masuk	Lengkap	Masuk
Misal 2346	24/3/02	√	√	√					

Tambahan prosedur bagan alur dan formulir yang penting ditekankan pada langkah berikutnya kemudian dilaminasi dan direkatkan di dinding ruang yang relevan

Rujukan

- ¹ Family Health International (FHI) and United states agency for International development (USAID). (2001). "Voluntary counselling and testing for HIV: A strategic framework."
- ² UNAIDS. (2000). "Tools for evaluating HIV voluntary counselling and testing." UNAIDS
- ³ Family Health International. (2002.) "Evaluating Voluntary HIV Counselling and Testing Programs" in "Handbook: Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries." (<http://www.fhi.org/en/aids/impact/pubs/handbooks/evalchap/evalchap6.html>)

⁴ HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs. Family health international, funded by USAID. Eds Lamptey P, Gayle H. (2001)

⁵ Forms and data management in Clinical Trials Pocock SJ, 1983. John Wiley and sons Ltd

⁶ NHMRC Clinical Trials Centre. (1995). Workshop: "An introduction to data management and clinical trials." 30-31 October 1995, 6-7 November, 1995

Perpustakaan BNN

Modul 5
Sub Modul 7
Lembar kegiatan 29

Kegiatan 1

Skenario: Tiap kelompok peserta telah dikontrak untuk mengevaluasi tiap aspek yang berbeda dari pelayanan VCT setempat.

Tiap kelompok harus memikirkan data apa yang harus dikumpulkan untuk mengevaluasi salah satu hal dibawah ini :

- Apakah pelayanan VCT menjangkau kelompok yang paling rentan di wilayah tersebut (IDU dan pekerja seks), atau
- Apakah semua klien senang dengan tipe dan kualitas pelayanan yang tersedia.

Kegiatan 2

Diskusikan mengenai penyebaran laporan terakhir evaluasi dari kegiatan terdahulu. Kelompok-kelompok tersebut harus menentukan siapa yang akan menjadi penanggung jawab yang menerima salinan laporan dan diundang untuk mendiskusikan hasilnya.

Kunjungan Lapangan

Perpustakaan BNI

MODUL 5
Sub Modul 8
PENDIRIAN dan MANAJEMEN
PELAYANAN VCT

MODUL 5
Sub modul 8
Kunjungan Lapangan

Tujuan

Peserta latih mampu:

- Membangun kemitraan efektif antara organisasi berbasis masyarakat, pelayanan kesehatan dan Lembaga swadaya masyarakat
 - Mendiskusikan strategi yang digunakan untuk memapankan layanan dan memastikan anggaran
 - Memfasilitasi keserian ODHA dalam layanan VCT
-

Waktu yang dibutuhkan

1.5 hari

Materi pelatihan

- Naskah (HO33)
 - Kotak pertanyaan
 - Kotak formulir evaluasi
-

Petunjuk Pelatihan

1. Buatlah kunjungan ke beberapa layanan yang sesuai dan temui para penyelenggara layanan tersebut.
2. Bantu tempat yang akan dikunjungi dengan persiapan yang memadai dan mengirimkan naskah modul ini kepada mereka. Dengan demikian pihak yang dikunjungi mengetahui apa yang akan mereka sajikan agar kunjungan lapangan memberikan arti bagi peserta.
3. Jika dimungkinkan , lakukan kunjungan ketempat layanan.
4. Untuk memenuhi tujuan pelatihan maka dibutuhkan pengetahuan akan informasi layanan spesifik setiap tempat yang dikunjungi. Mintalah peserta melihat naskah HO33 dan mencari jawaban pada setiap pertanyaan yang muncul dari setiap kunjungan lapangan. Kunjungan lapangan yang memadai adalah pada layanan VCT, perkumpulan ODHA dan kelompok bantu diri.
5. Sesudah melengkapi kunjungan lapangan berikan petunjuk kepada peserta untuk melakukan curah pendapat tentang hal-hal yang dialami . Mintalah mereka menjawab pertanyaan pada HO33.
6. Lakukan sesi pemahaman akan hal-hal yang dialami selama kunjungan lapangan .Ini dimaksudkan untuk menghubungkan situasi lapangan dengan dasar pengetahuan yang diberikan dan mendiskusikan ide ahgar dapat diadaptasikan di tempat kerja ..
 - Tulis diatas kertas judul tempat yang dikunjungi pertamakali.
 - Pada sisi kiri tuliskan "Apa yang telah dipelajari?" dan tanyakan pada peserta dalam kelompok melalui curah pendapat apa saja bahan penting yang dapat diambil sebagai pelajaran dari setiap tempat yang dikunjungi.
 - Pada sisi kanan tuliskam "Ide?" dan mintalah kelompok bercurah pendapat akan ide yang mungkin dapat diadaptasi dari kunjungan lapangan.

- Ulangi hal yang sama pada setiap lembar kertas dan berganti judul masing-masing tempat yang dikunjungi.
 - Aktivitas penutup. Mintalah peserta mempertimbangkan setiap tempat yang dikunjungi . Berkelilinglah pada peserta meminta ide mereka apa yang akan mereka kerjakan di tempat tugasnya nanti sekembali dari pel;atihan.
7. Jika peserta masih mengajukan pertanyaan tertulis, dapat memasukkan pertanyaannya dalam kotak pertanyaan.
 8. Mintalah peserta melengkapi formulir evaluasi dan mengumpulkannya dalam kotak formulir evaluasi.

Perpustakaan BNN

MODUL 5
Sub modul 8
Kunjungan lapangan

Tujuan

Peserta latihan mampu:

- Memahami pengembangan kemitraan efektif antara organisasi berbasis masyarakat, layanan kesehatan dan LSM
- Mendiskusikan strategi yang digunakan untuk memapankan layanan dan memastikan pendanaan
- Memfasilitasi kesertaan odha di layanan VCT

Guna mencapai tujuan diatas, jawab pertanyaan dibawah ini untuk setiap kunjungan lapangan. Pertanyaan ini menjawab wilayah spesifik dan relevan untuk kunjungan ke layanan VCT, odha dan kelompok bantu diri.

- Nama organisasi
- Peran dan tujuan organisasi/layanan
- Layanan apa yang tersedia? Aktivitas peran apa yang dilakukannya?
- Apa hubungan layanan ini dengan VCT?
- Apa sejarah perkembangan layanan?
- Siapa yang serta dalam membuat tempat layanan?
- Bagaimana klien masuk dalam layanan ini?
- Data statistik apa yang dikumpulkan dan bagaimana?
- Bagaimana mengatur data statistik dan mentalaksananya?
- Bagaimanan data statistik digunakan oleh layanan?
- Apa sistem catatan medik yang digunakan?
- Bagaimana pengaturan petugas di layanan? (jumlah petugas, dibayar/sukarela, dsb)
- Bagaimana cara merekrut staf/relawan dan menseleksinya?
- Bagaimana mereka melaksanakan pelatihan kepada staf/relawan?
- Apa dukungan dan/atau supervisi yang ditawarkan kepada staf/relawan?
- Apakah odha mempunyai peran pada layanan ini? Jika ada, apakah mereka diperankan dalam layanan?
- Apa kasus umum yang datang ke layanan ini?
- Jaminan mutu apa yang digunakan untuk mengukur kinerja layanan t? (penilaian kinerja petugas, survei kepuasan klien, indikator kinerja dsb)
- Strategi monitoring dan evaluasi apa yang digunakan dalam layanan ini?
- Bagaimana layanan dipasarkan?
- Bagaimana layanan dipromosikan dan diiklankan dalam masyarakat ?
- Apa sistem hubungan dan rujukan anatar layanan dan masyarakat ?
- Bagaimana layanan dilestarikan?Bagaimanan pendanaan mereka?
- Apa aktivitas penarikan/peningkatan dana bagi layanan ?
- Apa kesulitan yang dialami layanan ini ? (diskriminasi masyarakat)
- Apa hambatan yang dialami layanan sehari-hari?
- Bagaimana menghadapi dan menatalaksana kesulitan dan hambatan?
- Apakah ada komentar atau informasi penting lainnya?

Kunjungan lapangan– Tanya Jawab Sesudah Kunjungan**Tujuan**

Peserta latih mampu:

- Menghargai kebutuhan pengembangan kemitraan efektif antara organisasi kemasyarakatan dengan layanan kesehatan dan LSM
- Mendiskusikan strategi memapankan layanan dan pendanaannya
- Memfasilitasi kesertaan odha di layanan VCT

Tanya jawab sesudah kunjungan lapangan

Tanya jawab sesudah kunjungan lapangan dilakukan pada akhir kunjungan lapangan untuk meninjau kembali seluruh informasi yang diperoleh dan mempelajari serta mendiskusikannya untuk dapat melakukan adaptasi pada konteks spesifik yang akan dialami oleh peserta latih dalam melakukan pekerjaannya.

Untuk mengikuti tanya jawab setelah kunjungan, lengkapi hal dibawah ini:

Kunjungan lapangan 1**NAMA TEMPAT LAYANAN YANG DIKUNJUNGI**

Sebut 3 hal penting utama apa yang saudara dapat pelajari dari tempat ini ?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Sebut 3 pemikiran utama untuk mengadaptasikan informasi ini ditempat kerja saudara ?

- 1) _____

- 2) _____

3) _____

Perpustakaan BNN

Kunjungan lapangan 2**NAMA TEMPAT LAYANAN YANG DIKUNJUNGI**

Sebut 3 hal penting utama apa yang saudara dapat pelajari dari tempat ini ?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Sebut 3 pemikiran utama untuk mengadaptasikan informasi ini ditempat kerja saudara ?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Kunjungan lapangan 3**NAMA TEMPAT LAYANAN YANG DIKUNJUNGI**

Sebut 3 hal penting utama apa yang saudara dapat pelajari dari tempat ini ?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Sebut 3 pemikiran utama untuk mengadaptasikan informasi ini ditempat kerja saudara

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Perpustakaan BNN

Kunjungan lapangan 4**NAMA TEMPAT LAYANAN YANG DIKUNJUNGI**

Sebut 3 hal penting utama apa yang saudara dapat pelajari dari tempat ini ?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Sebut 3 pemikiran utama untuk mengadaptasikan informasi ini ditempat kerja saudara ?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Kunjungan lapangan 5**NAMA TEMPAT LAYANAN YANG DIKUNJUNGI**

Sebut 3 hal penting utama apa yang saudara dapat pelajari dari tempat ini ?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Sebut 3 pemikiran utama untuk mengadaptasikan informasi ini ditempat kerja saudara ?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Perpustakaan BNN

Kunjungan lapangan 8**NAMA TEMPAT LAYANAN YANG DIKUNJUNGI**

Sebut 3 hal penting utama apa yang saudara dapat pelajari dari tempat ini ?

- 1)

- 2)

- 3)

Sebut 3 pemikiran utama untuk mengadaptasikan informasi ini ditempat kerja saudara ?

- 1)

- 2)

- 3)

Kunjungan lapangan 7**NAMA TEMPAT LAYANAN YANG DIKUNJUNGI**

Sebut 3 hal penting utama apa yang saudara dapat pelajari dari tempat ini ?

- 1)

- 2)

- 3) _____

Sebut 3 pemikiran utama untuk mengadaptasikan informasi ini ditempat kerja saudara ?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Perpustakaan BINW

Kunjungan lapangan 8**NAMA TEMPAT LAYANAN YANG DIKUNJUNGI**

Sebut 3 hal penting utama apa yang saudara dapat pelajari dari tempat ini ?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Sebut 3 pemikiran utama untuk mengadaptasikan informasi ini ditempat kerja saudara ?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

Rencana masa depan

Dimasa datang , mempertimbangkan kunjungan lapangan, lengkapi hal dibawah ini :

Tulis dua rekomendasi yang akan diterapkan ditempat layanan saudara

- 1) _____

- 2) _____

Tulis dua tujuan kerja saudara ketika kembali ke layanan saudara.

1)

2)

Perpustakaan BNN

LAIN - LAIN

***Kuesioner Pra dan Pasca Pelatihan**

***Tabel Kuesioner Pra Pasca
Pengetahuan VCT**



BADAN NARKOTIKA NASIONAL
PUSAT LABORATORIUM dan REHABILITASI
2004

Kuesioner Pengetahuan Pelatihan

Nilai

Nomor kode>Nama:

1. Sebut tiga cara masuk penularan HIV

1.

2.

3.

2. Sebut tiga cara HIV tidak ditularkan

1.

2.

3.

3. Ketika infeksi memasuki tubuh seseorang, kemudian terbentuk antibodi, sampai anti bodi dapat terdeteksi, merupakan suatu masa berjangka waktu. Apa nama masa itu ?

4. Seseorang dapat menularkan HIV kepada orang lain sesaat ia baru saja terinfeksi.

Benar/Salah (garis bawah)

5. Sebut dua cara tes untuk mengetahui adanya HIV dalam tubuh seseorang?

1.

2.

6. Semua bayi yang dilahirkan dari ibu dengan status HIV positif , akan segera positif HIV pemeriksaan darahnya begitu ia lahir..

Benar/ salah

7. Sebut tiga alasan mengapa konseling HIV diperlukan.

- 1.
- 2.
- 3.

8. Seseorang yang datang kepada konselor untuk konseling pre tes, menyatakan mempunyai pasangan seksual tetap akan tetapi juga melakukan hubungan seks dengan orang lain empat bulan lalu. Pada saat itu ia tidak menggunakan kondom, dan ingin memastikan dirinya sekarang tentang status HIV nya. Hubungan seks lainnya hanya dilakukannya dengan pasangan tetapnya. Penggunaan kondom tak pernah dilakukan dengan pasangan tetapnya, karena satu sama lain saling percaya. Hubungan seks dengan pasangan tetapnya berlangsung dua hari lalu. Apakah klien ini perlu melakukan tes ?

Ya / Tidak (*garis bawahi jawaban benar*)

9. Berikan urutan prinsip penularan HIV

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

10. Berikan garis dibawah kata/kalimat yang menyatakan keadaan akibat perilaku risiko paling tinggi penularan HIV:

- Penggunaan jarum suntik bersama
- Berciuman.
- Seorang perempuan mengulum semen dalam mulutnya
- Mutual masturbasi (laki-laki dengan laki-laki).
- Janin dalam kandungan ibu berstatus seropositif
- Membersihkan tumpahan darah.
- Laki-laki menerima seks oral dari perempuan

11. Sebut empat hal yang harus dicakup dalam konseling pre tes

- 1.
- 2.
- 3.

- 4.
12. Sebut tiga cara untuk mengetahui bahwa saudara mendengarkan klien
- 1.
 - 2.
 - 3.
13. Sebut dua jenis pertanyaan yang digunakan dalam konseling dan berikan contoh masing-masing.
1. Contoh:
 2. Contoh:
14. Ketika mengambil riwayat klien akan risiko perilakunya, konselor tak boleh menanyakan riwayat hubungan seksualnya.
Benar / Salah
15. Sebut empat hal yang harus disampaikan ketika menyampaikan hasil tes (-), tak perlu urut
- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
16. Sebut lima hal yang harus dilakukan ketika seseorang menerima hasil tes (+). (tak perlu urut)
- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
17. *Rapid HIV tests* mempunyai sensitivitas rendah dan akan tak mampu mendeteksi infeksi
Benar/Salah
18. Gunakan serial algoritma tes cepat HIV pada seorang klien. Ketika tes pertama positif, kerjakan tes berikutnya. Hasil tes kedua tetap positif. Dapatkah konselor mengatakan sebagai: hasilnya positif?
Benar/Salah

19. Anda seorang konselor VCT. Seorang klien laki-laki datang tes hari ini. Ia mengatakan mengunjungi pekerja seks dalam perjalanan dinas keluar kota. Saudara mengenal klien ini sebagai suami dari teman anda yang anaknya satu sekolah dengan anak anda. Anda ingin memberikan peringatan kepadanya tentang perilaku suaminya. Apakah ini dibenarkan ?

Benar/Salah

20. Sebut tiga strategi konselor untuk menangani kesehatan dirinya

- 1.
- 2.
- 3.

21. Bayangkan saudara tertusuk jarum suntik di rumah sakit. Klien dikirim ke saudara setelah kecelakaan tersebut. Tulis urutan yang benar apa yang harus dilakukan dalam VCT dalam manajemen penatalaksanaan pajanan okupasional. (Asumsi: adanya layanan *Post Exposure Prophylaxis* (PEP) ditempat kerja tersebut)

- 1
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

22. Sebut tiga hal yang harus konselor lakukan ketika klien mengungkapkan bahwa ia korban tindak kekerasan seksual, sebelum konselor melakukan wawancara forensik

- 1.
- 2.
- 3.

23. Adakah bukti penurunan risiko seks pada IDU setelah VCT ?

Ya/Tidak

24. Sebut sedikitnya tiga contoh bagaimana membuat layanan bersahabat dengan pelanggan untuk MSM.

- 1.
- 2.
- 3.

25. Sebut tiga cara HIV dapat ditularkan di penjara
- 1.
 - 2.
 - 3.
26. Sebut dua alasan mengapa anak muda berisiko infeksi HIV ?
- 1.
 - 2.
27. Sebut tiga tanda yang menunjukkan klien berisiko tinggi untuk bunuh diri.
- 1.
 - 2.
28. Garis bawahi pernyataan yang tidak berisiko yang mengungkapkan bahwa HIV tidak ditularkan oleh ibu HIV (+) kepada anaknya
- ASI eksklusif
 - Hanya memberikan susu suplemen
 - Campuran ASI dan susu suplemen
 - Susu ibu susuan
29. Sebut tiga alasan bahwa klien perlu dirujuk kepada layanan lainnya
- 1.
 - 2.
 - 3.
30. Sebut tiga keuntungan melakukan supervisi kelompok pada konselor.
- 1.
 - 2.
 - 3.

Tabel Kuesioner pra dan pasca tes pengetahuan VCT

Nomor Kode /Nama	Total Nilai pra tes	Total Nilai Pasca Tes
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Untuk analisis data

Paired samples T test

Range and Standard deviation from mean

Perpustakaan BNN





Cetakan ke II
Dibiayai dari Proyek Promosi,
Advokasi dan Sosialisasi Perilaku Hidup Sehat
Tahun Anggaran 2004

Perpustakaan BNN



BADAN NARKOTIKA NASIONAL
PUSAT LABORATORIUM TERAPI & REHABILITASI
2004