



KKA  
KK  
LP-148/10  
Nas  
d

LAPORAN PENELITIAN FUNDAMENTAL  
TAHUN ANGGARAN 2008

**DETEKSI DINI KASUS HIV DAN AIDS  
DI MASYARAKAT MELALUI KONSELING TES  
SUKARELA (*VOLUNTARY COUNSELLING  
TESTING/VCT*) *MOBILE* PADA KELOMPOK  
RESIKO TINGGI**

Oleh :  
Dr. Nasronudin, dr., Sp.PD., K-PTI.  
Purwaningsih, S.Kp., MARS.  
Ferry Efendi, S.Kep., Ns.

**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Dibiayai oleh Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Departemen Pendidikan Nasional,  
Sesuai surat Perjanjian Pelaksanaan Desentralisasi Penelitian  
Nomor : 319/SP2H/PP/DP2M/III/2008, tanggal 5 Maret 2008

**Lembaga Penyakit Tropis  
Universitas Airlangga**

**Tahun 2008**

MILIK  
PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

## HALAMAN PENGESAHAN

1. Judul Penelitian : Deteksi Dini Kasus HIV Dan AIDS Di Masyarakat Melalui Konseling Tes Sukarela (*Voluntary Counselling Testing/VCT*) *Mobile* Pada Kelompok Resiko Tinggi
2. Peneliti Utama
  - a. Nama lengkap : Dr. Nasronudin, dr. Sp. PD. K-PTI
  - b. Jenis Kelamin : Laki-laki
  - c. NIP : 140 159 073
  - d. Pangkat/Golongan : Pembina/IVc
  - e. Jabatan struktural : Kepala UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya
  - f. Jabatan fungsional : Dosen FK Unair
  - g. Fakultas/Jurusan : Kedokteran/Ilmu Penyakit Dalam
  - h. Pusat Penelitian : HIV dan AIDS
  - i. Alamat : Jl. Prof. Moestopo 6-8 Surabaya
  - j. Telpon/Faks : 0315014077
  - k. Alamat Rumah : Klampis Harapan VI/1 Surabaya
  - l. Telpon/Faks : 0315014077
  - m. E-mail : divtropin@yahoo.com
3. Usul Jangka Waktu Penelitian : 2 tahun
4. Pembiayaan
  - a. Usul Biaya Tahun Pertama : Rp 25.000 000,00
  - b. Usul Biaya Tahun Kedua : Rp 40.000.000,00
  - c. Biaya dari Instansi Lain : -

Dekan Fakultas Kedokteran  
Universitas Airlangga



Prof. Dr. Muhammad Amin, dr., Sp.P (K)  
NIP. 130 517 186

Ketua Peneliti,

Dr. Nasronudin, dr. Sp. PD. K-PTI  
NIP. 140 159 073

Menyetujui,  
Ketua Lembaga Penelitian  
Universitas Airlangga



Prof. Dr. Bambang Sektiari L., DEA., drh  
NIP. 131 837 004

**Identitas dan Uraian Umum**

1. Judul Penelitian : Deteksi Dini Kasus HIV Dan AIDS Di Masyarakat Melalui Konseling Tes Sukarela (*Voluntary Counselling Testing/VCT Mobile*) Pada Kelompok Resiko Tinggi

## 2. Ketua Peneliti

- a. Nama lengkap : Dr. Nasronudin, dr. Sp. PD. K-PTI  
 b. Jabatan : Kepala UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya  
 c. Jurusan/Fakultas : Kedokteran/Ilmu Penyakit Dalam  
 d. Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga.  
 e. Alamat Surat : Jl. Prof. Moestopo 6-8 Surabaya  
 f. Telpon/faks : 0315014077  
 g. E-mail : divtropin@yahoo.com

## 3. Tim Peneliti

No.	Nama dan Gelar Akademik	Bidang Keahlian	Instansi	Alokasi Waktu (jam/minggu)
1	Dr. Nasronudin, dr. Sp. PD. K-PTI	Klinisi serta Peneliti HIV dan AIDS	Ilmu Penyakit Dalam FK UNAIR	8 jam/minggu
2	Purwaningsih, S. Kp., MARS	Case manager HIV dan AIDS	PSIK FK UNAIR	8 jam/minggu
3	Ferry Efendi, S. Kep., Ns	Keperawatan Kesehatan Komunitas	PSIK FK UNAIR	8 jam/minggu

## 4. Objek Penelitian

Material yang akan diteliti untuk tahun pertama adalah efektifitas dan efisiensi penerapan *VCT mobile* dan *non mobile* melalui wawancara dengan kelompok resiko tinggi (pekerja seks, pengguna narkoba, homoseksual). Material penelitian tahun kedua dilanjutkan dengan aplikasi klinik *mobile VCT* dengan indikator keberhasilan angka deteksi kasus (*Case detection rate*).

## 5. Masa Pelaksanaan

- Mulai : Maret 2008
- Berakhir : November 2008

## 6. Usulan Biaya

- Tahun I : Rp 25.000.000,00
- Tahun II : Rp 40.000.000,00

## 7. Lokasi Penelitian

Penelitian akan dilakukan pada kelompok resiko tinggi di wilayah Surabaya dan Sidoarjo Propinsi Jawa Timur.

**8. Temuan yang ditargetkan**

Target temuan adalah meningkatnya jumlah cakupan penderita HIV dan AIDS serta meningkatnya kesadaran pada kelompok resiko tinggi untuk melakukan tes konseling sukarela. Metode yang dilakukan adalah metode VCT sesuai dengan standar yang dianjurkan WHO (UNAIDS, 2000). Kontribusi yang diberikan pada bidang ilmu adalah mengetahui efektifitas VCT khususnya pada kelompok resiko tinggi serta meningkatkan upaya deteksi dini HIV dan AIDS.

**9. Jurnal Ilmiah yang menjadi sasaran**

*Jurnal Institute of Tropical Disease Universitas Airlangga*

**10. Instansi lain yang terlibat**

Dinas Kesehatan Kota Surabaya sebagai sumber informasi mengenai status wilayah yang termasuk dalam wilayah dengan kelompok resiko tinggi, Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo sebagai sumber informasi mengenai status wilayah yang termasuk dalam wilayah dengan kelompok resiko tinggi, Komisi Penanggulangan AIDS Surabaya sebagai mitra dalam proses penelitian, Komisi Penanggulangan AIDS Sidoarjo sebagai mitra dalam proses penelitian, Laboratorium *Institute of Tropical Disease Universitas Airlangga* jika ada sampel darah yang perlu diperiksa.

**11. Keterangan lain yang dianggap perlu**

Tidak ada

**12. Kontribusi mendasar pada bidang Ilmu**

Permasalahan yang terjadi pada kelompok resiko tinggi adalah keengganan mereka untuk melakukan VCT yang disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya takut diketahui hasil tesnya, stigma masyarakat serta jarak klinik VCT yang dituju. Hal ini disebabkan oleh kesadaran masyarakat yang masih kurang akan pentingnya deteksi dini HIV dan AIDS. Selain itu pada beberapa wilayah jumlah klinik yang melayani VCT masih terbatas.

Berdasarkan permasalahan di atas maka peneliti bermaksud mendirikan klinik VCT *mobile* pada wilayah dengan kelompok resiko tinggi sehingga upaya deteksi dini dapat dilakukan dan menumbuhkan kesadaran kelompok resiko tinggi untuk melakukan VCT.

**ABSTRAK PENELITIAN**

*Voluntary Counseling Test (VCT)* atau konseling tes sukarela adalah secara sukarelaindividu memilih untuk mengikuti tes untuk mengetahui status HIV mereka. Tujuan utama VCT adalah untuk mendorong orang yang sehat, asimtomatik untuk mengetahui status HIV, sehingga mereka dapat mengurangi tingkat penularannya. VCT dapat menurunkan perilaku beresiko, terutama pada mereka yang telah dites dan dapat membantu beberapa program preventif di masyarakat. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan VCT dapat merubah perilaku beresiko dalam beberapa kelompok rentan terhadap HIV di masyarakat (Sangiwa G et al. 1998).

Klinik VCT dibuka pada beberapa tempat pelayanan kesehatan, diantaranya adalah Rumah Sakit dan Puskesmas. Masyarakat yang ingin melakukan VCT akan datang ke klinik VCT tersebut. Penjangkauan untuk melakukan VCT dilakukan oleh para teman kelompok faktor resiko, misalnya oleh kelompok waria, IDU, gay dan lain-lain (Depkes RI, 2004). Permasalahan yang dihadapi adalah beberapa masyarakat yang ingin melakukan VCT masih enggan untuk mendatangi klinik VCT karena jarak yang jauh dan malu jika bertemu dengan orang lain. Permasalahan tersebut dapat diatasi salah satu dengan upaya VCT mobile. VCT mobile adalah memberikan pelayanan VCT dengan petugas VCT mendatangi ke tempat orang/masyarakat yang ingin melakukan VCT. VCT mobile sangat efektif untuk meningkatkan jumlah cakupan orang/masyarakat yang ingin melakukan VCT.

Jumlah Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Jawa Timur sekitar 1300 orang. Dengan jumlah ODHA tersebut maka kemungkinan masih banyak lagi masyarakat yang terkena penularan HIV. Seringkali penularan HIV tidak disadari dan perjalanannya penyakitnya cukup lama sehingga penderita tidak menyadari bahwa dirinya tertular HIV. VCT mobile dapat membantu deteksi dini adanya penularan HIV di masyarakat. Berdasarkan latar belakang tersebut maka kami akan mengajukan pengabdian masyarakat dengan penerapan VCT mobile dalam upaya deteksi dini kasus HIV/AIDS di masyarakat.



## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1 Masalah Penelitian

Sejak timbulnya pertama kali pada tahun 1981, *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) telah menjadi epidemi di seluruh dunia. Pada tahun 2000, diperkirakan jumlah orang yang terinfeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) mencapai 42 juta orang. Dari jumlah tersebut, sampai bulan Desember 2000, terdapat 21,8 juta orang meninggal akibat AIDS. Jumlah infeksi HIV dan kematian akibat AIDS terus-menerus bertambah di seluruh dunia, dengan penderita kebanyakan tinggal di negara-negara miskin. Epidemi AIDS telah menyebabkan besarnya kematian, kesakitan dan biaya pengobatan yang sangat besar di negara-negara miskin dan berkembang. Di Indonesia sendiri, menurut data Departemen Kesehatan pada bulan Agustus 2004, diperkirakan terdapat 90.000 sampai 130.000 orang dengan HIV positif. Namun jumlah tersebut lebih rendah daripada keadaan yang sebenarnya karena sistem deteksi dan pelaporan yang belum sempurna (Djauzi S & Rachmadi K, 2004).

Pemeriksaan tes HIV & AIDS memerlukan sarana dan prasarana khusus agar klien terjaga dari berbagai stigma seperti perbedaan perlakuan di keluarga, masyarakat dan tempat kerja. Di samping itu untuk mau menjalani tes, mampu menerima hasil dan konsekuensinya diperlukan persiapan mental-emosional yang kuat. Mental-emosional klien senantiasa menjadi perhatian utama, agar kualitas hidupnya terjaga sehingga ia tetap produktif dan sejahtera (UNAIDS, 2000).

Mengingat hal tersebut, pelayanan konseling sebelum dan sesudah menjalani tes HIV & AIDS menjadi kunci utama menguatkan mental-emosional klien. Untuk menjalani pelayanan konseling, diperlukan para konselor yang memahami perjalanan penyakit infeksi HIV & AIDS, skema pengobatan, jejaring pelayanan yang dibutuhkan klien, serta memberi dukungan mental-emosional klien. Konselor bertugas memahami perasaan klien, mendukungnya dan mengarahkannya pada keputusan klien yang tidak destruktif bagi kehidupan klien. Keterampilan seperti ini tidak dapat diperoleh

hanya dengan membaca teknik konseling akan tetapi perlu dipandu dan dilatih (Grinstead OA & Van Der Straten, 2000).

VCT ( *Voluntary Counselling and Testing* ), dikenal sebagai Konseling dan Tes Sukarela HIV, membantu setiap orang untuk mendapatkan akses ke arah semua layanan, baik informasi, edukasi, terapi atau dukungan psikososial. Dengan terbukanya akses, maka kebutuhan akan informasi akurat dan tepat dapat dicapai, sehingga proses pikir, perasaan dan perilaku dapat diarahkan kepada perilaku yang sehat. Untuk dapat memberikan layanan VCT demikian, kualitas konseling dan tes haruslah berkualitas, artinya dilakukan secara professional oleh mereka yang kompeten (WHO, 1998). VCT yang ada saat ini bisa dilakukan secara *mobile* dan *non mobile*. Mengingat pentingnya VCT, maka diperlukan suatu penelitian yang menganalisis efektifitas dan efisiensi VCT baik yang dilakukan secara *mobile* maupun *non mobile*.



## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Kajian Pustaka Yang Sudah Dilaksanakan

#### a. Pengertian definisi *Voluntary Counseling Test* (VCT)

*Voluntary Counseling Test* (VCT) atau konseling tes sukarela adalah proses dimana individu secara sukarela memilih untuk mengikuti tes guna mengetahui status HIV mereka. Hal ini merupakan bagian dari strategi kesehatan masyarakat yang utama, yaitu menjadikan individu-individu yang belum menunjukkan gejala penyakit (asimtomatik) sebagai sasaran. Pendekatan ini berasal dari perspektif penurunan penularan HIV yaitu untuk mengidentifikasi individu-individu yang sehat sehingga lebih besar kemungkinannya untuk secara tidak sadar terlibat dalam perilaku yang beresiko menularkan. Konseling perubahan perilaku untuk mempersiapkan kemungkinan menerima hasil tes positif adalah komponen kunci. VCT juga merupakan pintu masuk yang penting untuk mendapatkan perawatan (WHO, 1995).

#### b. Beberapa syarat VCT yang efektif.

Terdapat sejumlah persyaratan minimal yang harus dipenuhi terlebih dahulu sebelum layanan VCT dapat dipertimbangkan sebagai layanan yang etis dan bermanfaat. Beberapa persyaratan prinsip tersebut adalah (UNAIDS, 2001) :

##### a. *Informed consent*

Konseling dan testing harus benar-benar sukarela dan setiap individu harus benar-benar mendapat layanan *opt out*, yaitu dapat menolak konseling atau testing jika mereka berpikir bahwa mereka tidak berminat untuk mengikutinya. Direkomendasikan bahwa testing harus selalu disertai konseling. Jika seorang klien menolak konseling, disarankan untuk mencoba mengangkat isu-isu penting yang biasanya diberikan dalam konseling pra tes. Perlu ditekankan bahwa pemberian informasi semacam ini bukan pengganti bagi konseling. Sangatlah penting bagi seorang pekerja kesehatan untuk dapat menyampaikan informasi pra tes kepada klien sedemikian rupa sehingga ia memahami pentingnya konseling. Idealnya ijin tertulis harus didapatkan dulu sebelum testing dilaksanakan.

Jika testing dilakukan di klinik anonim maka ijin tertulis ini dapat diarsipkan secara terpisah.

**b. Beberapa formulir ijin umum di rumah sakit**

Beberapa formulir ijin umum yang ditandatangani pasien sebagai persyaratan prosedur untuk memasuki rumah sakit tidak memenuhi syarat informed consent untuk pengetasan HIV. Untuk tes HIV diperlukan ijin khusus.

**c. Konfidensialitas**

Beberapa peraturan dan kebijakan infrastruktur pemerintah yang mendukung konfidensialitas konseling dan testing HIV sudah merupakan kebutuhan yang sangat mendesak, dalam kerangka dasarnya seharusnya telah tercakup beberapa bentuk sanksi yang akan dikenakan bila seseorang melanggar konfidensialitas. Beberapa klinik layanan konseling dan testing seharusnya mengembangkan kebijakan-kebijakan yang melindungi konfidensialitas klien. Semua tingkatan staf dalam layanan harus diberitahu tentang kebijakan tersebut dan alasan rasional mengapa kebijakan itu harus ditegakkan.

Keputusan untuk membagikan atau melibatkan siapapun harus dibuat oleh orang yang mengikuti VCT. Tes anonim melindungi identitas klien. Di dalam klinik diberlakukan beberapa kode testing yang anonim. Prinsip konfidensialitas tidaklah absolut. Terdapat beberapa situasi dimana konfidensialitas tidak berlaku. Salah satu diantaranya adalah yang terdapat dalam konteks berbagi informasi yang penting dan relevan diantara para perawat kesehatan yang profesional dan bertanggung jawab terhadap manajemen klinis dan beberapa kebutuhan kesehatan dari seorang pasien.

**d. Peraturan dan pendidikan masyarakat untuk mencegah diskriminasi**

Beberapa program pendidikan masyarakat, peraturan dan kebijakan kesehatan masyarakat yang menghargai hak asasi manusia dapat menjadi acuan dalam menurunkan diskriminasi yang dialami oleh beberapa orang HIV positif. Beberapa petugas kesehatan juga membutuhkan pendidikan yang berkaitan dengan diskriminasi, dan semua layanan kesehatan harus memiliki beberapa kebijakan yang khusus

disusun untuk mencegah terjadinya diskriminasi terhadap pasien oleh petugas kesehatan. Keikutsertaan dalam VCT mungkin rendah karena akibat takut didiskriminasi. Ketakutan akan diskriminasi juga dapat menurunkan jumlah beberapa orang yang akan kembali untuk mengambil hasil tes-nya.

e. Kendali mutu

Kualitas testing dan konseling dapat dijamin dengan adanya monitoring dan evaluasi yang selaras. Monitoring dan evaluasi adalah kunci jaminan kualitas dan dapat sejak awal direncanakan sebagai bagian dari intervensi. Beberapa konselor dan petugas kesehatan yang terlibat dalam VCT seharusnya mendapatkan pelatihan yang memadai dan supervisi klinis untuk memastikan kualitas layanan yang mereka berikan.

f. Komponen konseling dalam VCT

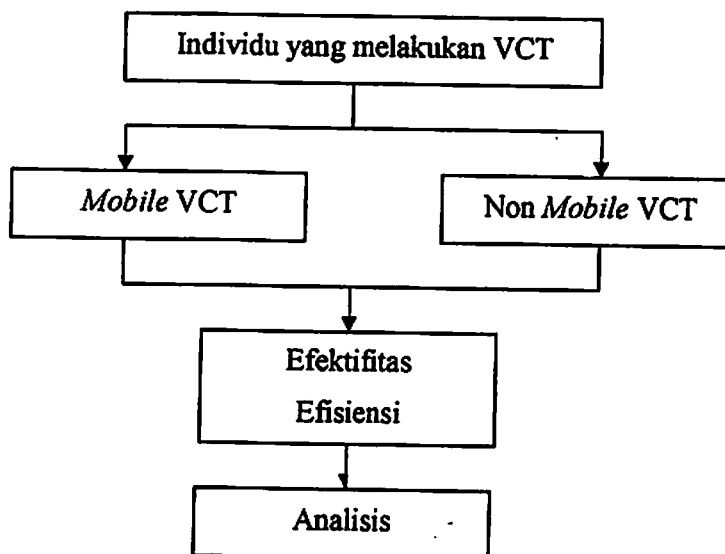
Konseling adalah sebuah dialog konfidensial antara seseorang dengan petugas VCT yang bertujuan untuk membantu orang tersebut dalam mengatasi stres dan membuat keputusan pribadi berkaitan dengan HIV/AIDS. Proses konseling mencakup penilaian resiko individu untuk tertular HIV dan memfasilitasi perilaku pencegahan. VCT biasanya dikaitkan dengan segala bentuk intervensi yang mencakup paling sedikit konseling pra dan pasca tes yang dihubungkan dengan tes HIV. Seringkali dilupakan bahwa banyak layanan VCT untuk menawarkan konseling dukungan yang berkelanjutan.

Proses VCT yang dilakukan di atas telah memenuhi standar yang dianjurkan. Tetapi yang menjadi keterbatasan adalah metode deteksi yang dilakukan selama ini masih *passive case detection* sehingga kelompok resiko tinggi yang enggan datang ke klinik VCT tidak terdeteksi. Hal ini juga bisa disebabkan oleh jumlah klinik VCT yang masih terbatas di beberapa wilayah Kota Surabaya dan Sidoarjo. Diterapkannya *mobile VCT* diharapkan bisa mengurangi keterbatasan akses serta mampu memperluas cakupan angka deteksi HIV dan AIDS sehingga diharapkan bisa diberikan intervensi yang sesuai.

### BAB 3 METODE PENELITIAN

#### 3.1 Desain dan Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan studi komparasi deskriptif dengan kerangka kerja penelitian seperti gambar di bawah ini :



#### 3.2 Luaran Penelitian

Hasil akhir yang diharapkan pada penelitian tahun I ini adalah :

1. Diketuainya efektifitas dan efisiensi *mobile VCT*
2. Diketuainya efektifitas dan efisiensi *non mobile VCT*

#### 3.3 Masalah Etik

Peneliti mengajukan permohonan ijin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Peneliti memberikan *inform consent* kepada masyarakat untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan. Hal yang perlu ditekankan pada penelitian ini berkaitan dengan etika penelitian adalah:

1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden  
Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan mengisi kuesioner, tujuannya adalah responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama

**pengumpulan data. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak.**

**2. *Anonimity* (tanpa nama)**

**Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mempublikasikan nama responden.**

**3. *Confidentiality***

**Kerahasiaan informasi yang di berikan oleh responden di jamin oleh peneliti.**

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil Penelitian

##### 1. Gambaran Umum Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di tiga tempat di wilayah Surabaya yaitu Unit Perawatan Intermediate dan Penyakit Infeksi (UPIPI) Rumah Sakit Umum Dokter Soetomo Surabaya, Puskesmas Sememi Surabaya dan Puskesmas Perak Surabaya. Data responden diambil pada bulan Juli 2008-Oktober 2008 dengan sasaran komunitas risiko tinggi yaitu komunitas gay, waria, wanita pekerja seksual, pelanggan wanita pekerja seksual, pengguna narkoba suntik, Ibu Rumah Tangga serta petugas atau konselor VCT yang menangani masing-masing komunitas tersebut.

##### Data Pelaksanaan VCT di Puskesmas Sememi

Berikut ini disajikan data jumlah kunjungan pasien berdasarkan wilayah di klinik reproduksi dan klinik *mobile* di Puskesmas Sememi Surabaya pada bulan Januari – Agustus 2008.

Bulan	Sememi		Klakahrejo		Tandes		Lain-lain		VCT		HIV	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Januari	33	24	30	16	14	0	2	0	43	26	6	1
Februari	45	8	15	30	12	12	2	0	46	25	3	0
Maret	33	20	20	25	0	0	5	0	32	13	3	1
April	52	29	48	20	1	0	4	0	42	26	5	0
Mei	39	13	25	18	5	0	3	0	14	13	3	0
Juni	64	9	22	18	4	0	0	0	38	6	4	0
Juli	0	73	39	14	5	0	0	0	39	87	2	0
Agustus	15	10	19	29	0	0	0	1	3	17	1	0
Jumlah	281	186	218	170	41	12	17	1	257	213	27	2

Keterangan :

K = Klinik reproduksi

M = Klinik *mobile*



Jika dilihat data kunjungan klinik *mobile* di atas maka dapat dilihat bahwa kunjungan ke klinik *mobile* juga relatif besar dan hampir menyamai jumlah kunjungan klinik reproduksi.

Sarana dan prasarana yang terdapat di Puskesmas Sememi diantaranya alat transportasi, alat habis pakai, tenda untuk konseling, dukungan leaflet serta booklet. Dari aspek sumber daya manusia, beberapa konselor telah memasuki masa persiapan pensiun yaitu bidan, manajer kasus dan konselor HIV/AIDS. Tim *mobile* VCT terdiri dari 1 dokter, 1 admin, 1 bidan, 1 perawat manajer kasus, 1 konselor, 1 pengolah data, 1 petugas kebersihan dan 1 analis medis. Kerjasama dengan berbagai pihak telah dijalin diantaranya dengan Lembaga Swadaya Masyarakat Genta. Bantuan dana yang didapatkan oleh Puskesmas untuk pelaksanaan *mobile* VCT berasal dari pemerintah dan LSM. Selama ini *mobile* VCT digunakan sebagai pendekatan sedangkan selanjutnya klien diharapkan datang sendiri ke klinik untuk melakukan VCT.

#### Data Pelaksanaan VCT di Puskesmas Perak

Berikut ini disajikan data jumlah kunjungan pasien pada tahun 2007 dan 2008 (akhir Agustus 2008) di di Puskesmas Perak Surabaya.

Tahun	2007	2008
Kunjungan VCT	1158	743
HIV positif	70/26	55/37
Jumlah kunjungan <i>mobile</i> VCT	940	422
<i>Mobile</i> VCT mencakup HIV positif	44	18

Berdasarkan data di atas pada tahun 2007 jumlah kunjungan *mobile* VCT di Puskesmas Perak Surabaya sebesar 940 kunjungan dengan angka deteksi HIV positif sebesar 44 kasus (4,7%). Sedangkan pada tahun 2008 (data akhir Agustus 2008) sebesar 422 kunjungan dengan angka deteksi HIV positif sebesar 18 kasus (4,3%).

Puskesmas Perak Surabaya telah melakukan program VCT sejak tahun 2005 dengan fasilitas sarana dan prasarana meliputi alat habis pakai, alat transportasi serta tenda untuk konseling. Karena keterbatasan tenda konseling,

maka konseling dilakukan di tempat apa adanya (di salon, bawah pohon, di teras rumah). Tim *mobile VCT* terdiri dari 1 dokter, 1 bidan, 1 perawat manager kasus, 1 konselor, 1 pengolah data, dan 1 analis medis. Kerjasama dengan Lembaga Swadaya Masyarakat dilakukan dengan *Family Health International (FHI)* sebagai lembaga internasional. Walaupun bantuan dana sudah tidak diberikan oleh FHI tetapi FHI tetap aktif melakukan pendampingan. Bantuan dana yang didapatkan oleh Puskesmas untuk pelaksanaan *mobile VCT* berasal dari pemerintah dan LSM.

**Efektifitas dan Efisiensi Pelaksanaan VCT Menurut Klien**

Berikut ini merupakan gambaran pelaksanaan VCT menurut pendapat beberapa kelompok risiko tinggi.

		WPS n=15	Gay n=10	IDU n=15	Waria n=10	Pelanggan n=10	IRT n=10
Jenis VCT yang dilakukan	Mobile VCT	12	7	10	8	4	5
	Non mobile VCT	3	3	5	2	6	5

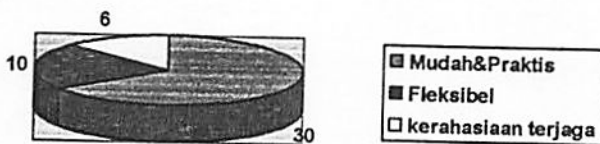
Keterangan :

WPS : Wanita Pekerja Seksual

IDU : *Intravena drugs user*

IRT : Ibu rumah tangga

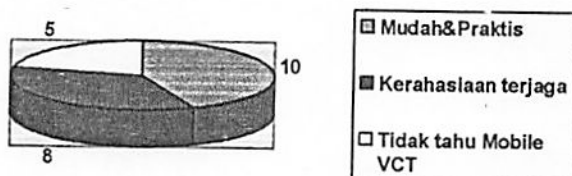
Berdasarkan data tabel di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar kelompok resiko tinggi yaitu sebesar 46 klien (65,7%) memilih melakukan *mobile VCT*. Adapun alasan mereka untuk menggunakan layanan *mobile VCT* diantaranya :



Sebagian besar responden yaitu 65,2% beralasan bahwa *mobile VCT* lebih mudah dan praktis, mereka tidak perlu repot-repot datang ke klinik. Sedangkan 21,7%

beralasan bahwa *mobile* VCT lebih fleksibel karena bisa membuat janji dengan konselornya sehingga waktunya disesuaikan dengan situasi serta kondisi klien. Sedangkan sisanya beralasan bahwa *mobile* VCT lebih terjaga kerahasiannya karena tidak perlu keluar masuk klinik sehingga tidak menimbulkan kecurigaan.

Sedangkan responden yang lebih memilih melakukan VCT di klinik (non *mobile*) memiliki pendapat diantaranya :



Sebesar 43,5% responden menyatakan bahwa melakukan VCT di klinik lebih mudah dan praktis. Hal ini disebabkan para responden baru mengetahui mengenai VCT ketika mereka datang ke klinik karena keluhan penyakit tertentu dan kemudian baru dijelaskan mengenai VCT. Sehingga mereka beranggapan bahwa melakukan VCT di klinik lebih mudah dan praktis sekaligus untuk mengobati penyakitnya. Sedangkan 34,8% beranggapan bahwa dengan melakukan VCT di klinik kerahasiaan lebih terjaga dan sisanya beralasan bahwa selama ini yang mereka ketahui hanya VCT di klinik (non *mobile*).

### Efektifitas dan Efisiensi Pelaksanaan VCT Menurut Provider

Provider yang dikaji pada penelitian ini adalah Puskesmas Perak dan Puskesmas Sememi. Kedua Puskesmas tersebut dijadikan tempat penelitian karena letak Puskesmas yang berada di dekat daerah risiko tinggi prevalensi penyakit menular seksualnya termasuk HIV dan AIDS.

Pada umumnya kedua provider di atas tidak pernah mengukur efektifitas dan efisiensi VCT baik *mobile* maupun non *mobile*. Tetapi keduanya sepakat untuk meningkatkan *case detection rate* maka *mobile* VCT lebih dianjurkan. Pada

umumnya kendala yang dihadapi dalam melakukan *mobile* VCT adalah kendaraan atau alat transportasi. Keberadaan kendaraan menjadi peran vital bagi keberlangsungan *mobile* VCT karena provider harus bergerak aktif ke daerah-daerah risiko tinggi. Permasalahan kedua adalah keterbatasan tenaga yang terlatih. *Mobile* VCT setidaknya memerlukan tenaga atau tim yang terlatih dan mengetahui situasi dan kondisi geografis wilayah yang menjadi cakupan wilayah kerjanya.

Dari segi efektifitas dan efisiensi, provider beranggapan bahwa VCT *mobile* dan non *mobile* memiliki efektifitas dan efisiensi yang sama.

#### 4.2 Pembahasan

Bukti bahwa mempromosikan pelayanan VCT amatlah penting terlihat dibanyak negara di dunia dengan berbagai aktivitasnya. Penelitian atau studi tersebut diantaranya (UNAIDS, 2000) :

1. Studi-studi menunjukkan bahwa VCT dapat membantu orang mengubah perilaku seksual untuk pencegahan penularan HIV. Lebih lanjut, sebuah studi multicenter di Afrika menunjukkan VCT merupakan intervensi cost-effective untuk mencegah penularan HIV melalui hubungan seks.
2. Murah dan intervensi efektif untuk pencegahan penularan HIV ibu-anak (PMTCT). Program ini sangat bergantung pada penjarangan 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.
3. Peningkatan akses terapi dan rawatan untuk orang dengan HIV & AIDS (ODHA) = people living with HIV & AIDS (PLHA) – profilaksis cotrimoxazole dan terapi prevensi tuberculosis relatif murah dan mudah. Dengan memberikan pelayanan VCT terdapat penurunan morbiditas ODHA pada proyek tersebut di atas. Ketika harga ARV (Antiretroviral) cukup terjangkau, maka obat efektif dan tersedia, sehingga status HIV perlu dipastikan melalui VCT. Beberapa negara telah memulai pengadaan ARV, dukungan politik ini akan membantu ODHA memperoleh akses obat lebih baik.

4. Mengurangi stigma dan penyangkalan serta mempromosi normalisasi merupakan faktor penting lain dalam upaya prevensi HIV. Makin luas ketersediaan pelayanan VCT, maka makin meningkat orang yang sadar akan statusnya HIV-nya, sehingga makin dapat mencapai tujuan. AIDS Information Centres di Kampala-Uganda telah melakukan konseling dan tes sebanyak hampir setengah juta orang dan memberikan kontribusi besar dalam menurunkan infeksi HIV. Di Thailand terbukti bahwa adanya pelayanan VCT merupakan komponen penting dalam mengatasi stigma dan pencegahan infeksi HIV.
5. Konseling dan tes HIV secara sukarela merupakan hak asasi – dalam hal sulit bagi seseorang memutuskan untuk berperilaku seksual yang sehat dan hak untuk mengetahui status HIV-nya, maka VCT juga merupakan hak individu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
6. Pencegahan HIV bagi IDU (*injecting drug users*) - di banyak negara pengguna NAPZA suntik merupakan kontributor besar di balik epidemi HIV. Jika tidak dilakukan program besar penanggulangan komprehensif NAPZA yang terimplementasikan bersama VCT, maka dapat dibayangkan akan meningkatnya populasi yang terimbas HIV.
7. Teknologi tes HIV – pemeriksaan dengan cara cepat dan lebih murah telah tersedia. Ini mendorong pelayanan VCT lebih praktis dan ekonomis, sehingga lebih banyak orang yang ingin tahu status HIV-nya. Meski demikian, pada setiap tempat pelayanan VCT, sistem perencanaan dan panganggaran memerlukan perhitungan ongkos pegawai, konseling dan pemeriksaan diagnostik.

Penelitian-penelitian tersebut mendukung penelitian ini dengan menyimpulkan bahwa pelaksanaan VCT memiliki efektifitas dan efisiensi yang tinggi. Untuk jenis metode VCT yang diberikan dari segi klien lebih memilih VCT *mobile*, sedangkan dari segi provider masih memilih menggunakan keduanya.

## **BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN**

### **5.1 Simpulan**

1. VCT *mobile* lebih efektif dan efisien dari segi klien.
2. VCT baik *mobile* maupun non *mobile* dari segi provider memiliki efektifitas dan efisiensi yang sama.

### **5.2 Saran**

1. Perlu dilakukan penelitian lanjutan mengenai *mobile* VCT dengan konfirmasi angka deteksi kasus
2. Peningkatan kerjasama dengan berbagai pihak dalam mengembangkan pelayanan *mobile* VCT.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI (2004). *Perawatan HIV/AIDS Komprehensif Berkesinambungan*. Disampaikan pada pelatihan petugas penanggulangan HIV/AIDS di Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Djauzi S, Rachmadi K. 2004. *Self Reliance on the Move : The Working Group on HIV/AIDS, Faculty of Medicine, University of Indonesia Dr Cipto Mangunkusumo General Hospital and Indonesian Perspective Group*. Jakarta : FKUI
- Grinstead OA & Van Der Straten. 2000. Counsellors' perspectives on the experience of providing HIV counselling in Kenya and Tanzania: the Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study. *AIDS Care*, 12 (5), 625-642.
- Grinstead OA et al. (2000). Cost-effectiveness of voluntary HIV-1 counselling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in Kenya and Tanzania. *Lancet*, 356 (9224), 113-121.
- Sangiwa G et al. 1998. Voluntary HIV counselling and testing (VCT) reduces risk behaviour in developing countries: results from the multisite voluntary counselling and testing efficacy study. presented at the 12th World AIDS Conference, Geneva, Switzerland,
- Kamenga MC et al. 2000. The voluntary HIV-1 counselling and testing efficacy study: Design and methods. *AIDS and Behaviour*, 4(1): 5-14.
- Mugula F et al. 1995. A communitybased counselling service as a potential outlet for condom distribution. Abstract WeD834, 9th International Conference on AIDS and STD in Africa, Kampala, Uganda
- UNAIDS. 2000. *Voluntary Counselling and Testing*. Geneva : UNAIDS
- UNAIDS. 2001. *Tools for Evaluating HIV Voluntary Counselling and Testing*. Geneva : UNAIDS
- UNAIDS. 1997. *Counselling and HIV/AIDS*. UNAIDS : Geneva
- UNAIDS. 2000. *Caring for Carers. Managing stress in those who care for people with HIV and AIDS*. UNAIDS Best Practice Collection Case Study, Geneva,

- UNAIDS. 1997. **Counselling and HIV/AIDS. UNAIDS Best Practice Collection Technical Update, Geneva,**
- UNAIDS. 1999. **Counselling and voluntary HIV testing for pregnant women in high HIV prevalence countries: Elements and issues. UNAIDS Best Practice Collection Key Material, Geneva,**
- UNAIDS. 2002. **Caring for Carers, managing stress in those who care for people with HIV and AIDS. UNAIDS, Geneva**
- UNAIDS, 2003. **Best Practice Collection. Case Study. Geneva, UNAIDS**
- WHO. 1998. **The importance of rapid assays in HIV testing. *Weekly Epidemiological Record* 73:321-327.**
- WHO. 1995. ***Counselling for HIV/AIDS: A key to caring.* Geneva, World Health Organization, Global Programme on AIDS. WHO : Geneva**
- Yayasan Kerti Praja, Yayasan Burnet Indonesia, ANCP-AusAID (2002). ***Buku Penanganan HIV/AIDS.* Jakarta**

**Lampiran****Rincian Biaya Penelitian**

No	Jenis Pengeluaran	Jumlah	
		Tahun I	Tahun II
1	Gaji dan Upah (Maksimum 30%)	6.450.000,00	12.000.000,00
2	Bahan Habis Pakai (Material Penelitian)	4.000.000,00	10.000.000,00
3	Biaya Perjalanan a. Seminar ilmiah b. Seminar pemantauan	4.550.000,00	10.000.000,00
4	Pengeluaran Lain-lain, misalnya a. Biaya Pemotretan/Scanning Sampel b. Biaya Dokumentasi dan Pembuatan Laporan c. Penelusuran Pustaka, Fotokopi, Penjilidan d. Administrasi Surat-Menyurat e. Biaya Pemeliharaan Alat	6.000.000,00	8.000.000,00
	<b>JUMLAH</b>	<b>Rp 25.000.000,00</b>	<b>Rp 40.000.000,00</b>

## **Sinopsis Penelitian Tahun II**

### **1. Objek Penelitian**

Material penelitian tahun kedua dilanjutkan dengan aplikasi klinik *mobile VCT* dengan indikator keberhasilan angka deteksi kasus (*Case detection rate*).

### **2. Masa Pelaksanaan**

- Mulai : Maret 2009
- Berakhir : November 2009

### **3. Usulan Biaya**

- Tahun II : Rp 40.000.000,00

### **4. Lokasi Penelitian**

Penelitian akan dilakukan pada daerah dengan resiko tinggi terjadinya penyakit HIV/AIDS di wilayah Surabaya dan Sidoarjo Propinsi Jawa Timur.

### **5. Temuan yang ditargetkan**

Target temuan adalah meningkatnya jumlah cakupan penderita HIV dan AIDS serta meningkatnya kesadaran pada kelompok resiko tinggi untuk melakukan tes konseling sukarela. Metode yang dilakukan adalah metode VCT sesuai dengan standar yang dianjurkan WHO (UNAIDS, 2000). Kontribusi yang diberikan pada bidang ilmu adalah mengetahui efektifitas *mobile VCT* khususnya pada kelompok resiko tinggi serta meningkatkan upaya deteksi dini HIV dan AIDS.

### **6. Jurnal Ilmiah yang menjadi sasaran**

Jurnal *Institute of Tropical Disease* Universitas Airlangga

### **7. Instansi lain yang terlibat**

Dinas Kesehatan Kota Surabaya sebagai sumber informasi mengenai status wilayah yang termasuk dalam wilayah dengan kelompok resiko tinggi, Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo sebagai sumber informasi mengenai status wilayah yang termasuk dalam wilayah dengan kelompok resiko tinggi, Komisi Penanggulangan AIDS Surabaya sebagai mitra dalam proses penelitian, Komisi Penanggulangan AIDS Sidoarjo sebagai mitra dalam proses penelitian, Laboratorium *Institute of Tropical Disease* Universitas Airlangga jika ada sampel darah yang perlu diperiksa.

8. Mekanisme Kerja

