

**ANALISIS PELAKSANAAN PROGRAM MOBILE VCT DI
KOTA YOGYAKARTA**

Karya Tulis Ilmiah

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Memperoleh Derajat Sarjana Kedokteran

Program Studi Pendidikan Dokter



oleh :

VERA VEBRIANA

12711120

Dosen Pembimbing :

dr. Sani Rachman Soleman, M.Sc

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA

2017

**ANALYSIS IMPLEMENTATION PROGRAM OF MOBILE
VCT IN YOGYAKARTA**

A Scientific Paper

Submitted in Partial Fulfillment

Requirement for The Medical Schollar Degree

Doctor Education Program



By :

VERA VEBRIANA

12711120

Dosen Pembimbing :

dr. Sani Rachman Soleman, M.Sc

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA

2017

KARYA TULIS ILMIAH
ANALISIS PELAKSANAAN PROGRAM MOBILE VCT DI YOGYAKARTA

Disusun dan diajukan oleh :

Vera Vebriana

12711120

Telah diseminarkan tanggal : 11 September 2017

dan telah disetujui oleh :

Penguji

Pembimbing


dr. Umatul Khoiriyah, M.Med.Ed, Ph.D


dr. Sani Rachman Soleman M.Sc

Ketua Prodi Pendidikan Dokter


dr. Erlina Marfianti, M.Sc,Sp.PD

Disahkan

Dekan


dr. Latif Ramta, M.Kes, Sp.PK

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	ii
Lembar Pengesahan	iii
Daftar Isi.....	iv
Daftar Gambar.....	vii
Daftar Tabel	vii
Halaman Pernyataan.....	viii
Halaman Persembahan	ix
Kata Pengantar	x
Intisari	xi
Abstract	xii
Bab I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Rumusan Masalah Penelitian	4
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.5. Keaslian Penelitian.....	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. HIV/AIDS	9
2.1.1. Sejarah.....	9
2.1.2. Definisi.....	10
2.1.3. Epidemiologi.....	11
2.1.4 Mekanisme Penularan Penyakit	15
2.1.5. Manifestasi Klinis	16
2.2. <i>Voluntary Counselling and Testing</i>	17
2.2.1. Definisi <i>Voluntary Counselling And Testing</i>	17
2.2.2. Kebijakan hukum <i>Voluntary Counselling and Testing</i>	18
2.2.3. Tujuan <i>Voluntary Counselling and Testing</i>	19
2.2.4. Cakupan program <i>Voluntary Counselling and Testing</i>	20
2.2.5. Prinsip pelayanan <i>Voluntary Counselling and Testing</i>	21
2.2.6. Sarana, prasarana, dan sumber daya manusia.....	22

2.2.7. Mekanisme program <i>Voluntary Conselling and Testing</i>	23
2.2.8. Pelaksanaan <i>Voluntary Conselling And Testing</i>	24
2.3. Indikator Keberhasilan	24
2.4. Kerangka Konsep Penelitian	25
BAB III. METODE PENELITIAN	
3.1. Desain dan Jenis Penelitian.....	26
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	26
3.3. Informan Penelitian.....	27
3.4. Data Dan Sumber Penelitian	27
3.5. Tehnik dan Instrument Penelitian	27
3.6. Rencana Analisis Data	28
3.7. Alur Penelitian	28
3.7.1. Tahap Persiapan.....	29
3.7.2. Tahap Pelaksanaan	29
3.7.3. Tahap Akhir	30
3.8. Keabsahan penelitian	30
3.9. Etika Penelitian	30
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1. Karakteristik Narasumber	32
4.1.1. Konsep program <i>Voluntary Counseling and Testing</i>	33
4.1.1.1. Definisi program VCT	33
4.1.1.2 Prinsip program mobile VCT	35
4.1.1.3 Cakupan program VCT.....	37
4.1.2. Regulasi program <i>Voluntary Counseling and Testing</i>	40
4.1.2.1. Kebijakan program VCT	40
4.1.2.2. Tujuan program VCT.....	41
4.1.2.3. Efektifitas program VCT	42
4.1.3. Pelaksanaan program <i>Voluntary Counseling and Testing</i>	44
4.1.3.1. Mekanisme program VCT	44
4.1.3.2. Tahapan program VCT	46
4.1.3.3. Peranan dalam program VCT	50

4.2. Indikator keberhasilan program mobile VCT53
4.3. Kelemahan dan kesulitan peneliti53
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Simpulan56
5.2 Saran.....	..57
5.2.1 Bagi Pemerintah.....	..57
5.2.2 Bagi peneliti58
5.2.3 Bagi KPA58
Daftar Pustaka	
Lampiran	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.....	12
Gambar 2.....	12
Gambar 3.....	13
Gambar 4.....	13
Gambar 5.....	14
Gambar 6.....	14
Gambar 7.....	24

DAFTAR TABEL

Tabel 1.....	32
Tabel 2.....	33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1,	Daftar Pertanyaan Wawancara Mendalam
Lampiran 2,	Keterangan Lolos Uji Etik
Lampiran 3,	Pernyataan Kesediaan Menjadi Narasumber
Lampiran 4,	Koding
Lampiran 5,	Pasal Peraturan Menteri Republik Indonesia No. 74 Tahun 2014

HALAMAN PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah di ajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan sebelumnya di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang sepengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali yang secara tertulis di acu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, September 2017

Vera Vebriana

HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillahirobbil'alamin, puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan nikmatnya, sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan, sholawat serta salam saya ucapkan untuk nabi besar Muhammad

SAW, semoga kita dapat selalu berada di jalannya dan memperoleh syafaatnya.
Amin

Karya tulis ilmiah ini saya persembahkan teruntuk semua orang yang telah mendukung dan membantu saya sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan. Kepada orang-orang yang paling saya cintai dalam hidup ini, segala kerja keras dan usaha yang saya curahkan semata-mata untuk membahagiakan kalian orang tuaku **Bapak Marsudi, dan Ibu Sutiani**

Salah satu tanggung jawabku terhadap orangtua sebagai wujud bukti bakti telah tertunaikan, semoga ridho kalian selalu tercurahkan agar dimudahkan segala jalan untuk membahagiakan kalian di dunia dan di akhirat, semoga saya selalu menjadi anak yang berbakti kepada orangtua, dan karya tulis ini bukan karya tulis terakhir yang saya buat.

KATA PENGANTAR

AssalamualaikumWr.Wb.

Puji Syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, serta sholawat dan salam kepada nabi Muhammad SAW, atas segala nikmat dan rahmatnya , sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul, “Analisis Pelaksanaan Program Mobile VCT Di Kota Yogyakarta” sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked) di fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia. Tidak lupa saya ucapkan terimakasih kepada berbagai pihak yang telah membantubaik dukungan moril maupun materiil, sehingga karya tulis ini dapat juga terselesaikan:

1. Orang tuaku, Bapak Marsudi dan Ibu Sutiani yang selalu menyemangati dan mendukung apapun yang terbaik untuk saya dan karya tulis ini.
2. dr. Sani Rachman Soleman, M.Sc sebagai dosen pembimbing yang selalu sabar dalam membimbing serta selalu memberikan masukan yang positif agar karya tulis ini terselesaikan dengan baik dan berkualitas
3. dr. Umatul Khoiriyah, M.MedEd, Ph.D sebagai dosen penguji, yang selalu memberikan masukan dan kritik yang membangun agar karya tulis ini bisa bermanfaat bagi orang lain
4. dr. Linda Rosita M.Kes, Sp.PK selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia

Saya selaku penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam karya tulis ilmiah ini masih terdapat banyak kekurangan dan belum sempurna, untuk itu dengan segala kerendahan hati, penulis menerima kritik dan saran yang membangun dalam perbaikan karya ini, semoga karya ini bermanfaat bagi banyak pihak baik penulis maupun pembacanya. Amin

Wassalamualaikum Wr.Wb.

Yogyakarta, September 2017

Penulis

**ANALISIS PELAKSANAAN PROGRAM MOBILE VCT DI KOTA
YOGYAKARTA**

Vera Vebriana, Sani Rachman Soleman, Umatul Khoiriyah

INTISARI

Latar Belakang: *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) merupakan jenis retrovirus yang berasal dari *genus lentivirus* primata, yang merupakan agen penyebab *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS). Meluasnya HIV-AIDS memberikan dampak buruk terhadap pembangunan nasional secara keseluruhan. Pemerintah Indonesia telah menjalankan berbagai program dari tahun ke tahun untuk menanggulangi kasus tersebut. Dari bebarapa upaya tersebut salah satunya dengan melakukan program pelayanan konseling dan testing disebut *mobile voluntary counselling and testing* (VCT). Dinas Kesehatan Yogyakarta menargetkan sebanyak 25 puskesmas di kota Yogyakarta dapat melayani VCT untuk mengendalikan penyebaran HIV/AIDS.

Tujuan Penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran program pelayanan *mobile* VCT di kota Yogyakarta

Metode Penelitian: Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan rancangan studi kasus. Tehnik pengambilan sample dengan *purposive sampling*. Data primer diperoleh langsung dari informan melalui wawancara mendalam

Hasil: Pelaksanaan *mobile* VCT di kota Yogyakarta berdasarkan konsep program *mobile* VCT merupakan *entry point* yang memberikan informasi secara menyeluruh untuk merubah perilaku berisiko dengan prinsip sukarela. Cakupan *mobile* VCT di kota Yogyakarta menjangkau cukup luas diberbagai tempat. Regulasi program *mobile* VCT diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 74 tahun 2014. Tujuannya menanggulangi HIV/AIDS pada populasi kunci berisiko tinggi. Efektifitas program *mobile* VCT yaitu untuk mendapatkan intervensi yang efektif tentang HIV/AIDS dan mengetahui secara dini status HIV/AIDS. Implementasi program *mobile* VCT meliputi tahap konseling pra tes , testing , konseling pasca tes. Program *mobile* VCT memerlukan sumber daya manusia yang terlatih , sarana dan prasarana, serta biaya yang ditanggung sepenuhnya oleh lembaga global fund dan pemerintah. Indikator keberhasilan program *mobile* VCT di KPA kota Yogyakarta mencapai 70% sedangkan di puskesmas Gedong Tengen sebagai puskesmas rujukan mencapai target 100%.

Kesimpulan: Pelaksanaan program VCT secara *mobile* di kota Yogyakarta sudah baik dan efektif sesuai dengan pedoman pelaksanaan Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS.

Kata kunci : HIV/AIDS , *mobile* VCT, Yogyakarta.

ANALYSIS IMPLEMENTATION PROGRAM OF MOBILE VCT IN YOGYAKARTA

Vera Vebriana, Sani Rachman Soleman, Umatul Khoiriyah

ABSTRACT

Background: Human Immunodeficiency Virus (HIV) is a type of retrovirus derived from primate lentivirus genus which is the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) causative agent. The widespread HIV-AIDS had devastated impact on national development entirely. The Indonesian government had been running various programs from years to tackle the case. These one of the efforts is conducting a program of counseling and testing services called mobile Voluntary counselling and testing (VCT). Public health service Yogyakarta given targets as many as 25 health centers in Yogyakarta city can do VCT service to tackle spreading HIV/AIDS.

Objective: The research aim to describe mobile VCT program in Yogyakarta city.

Methods: The research used qualitative approach with case study design. Sampling technique with purposive sampling. Primary data obtained directly from informants through in-depth interviews

Results: Implementation of mobile VCT in Yogyakarta city based on mobile VCT program concept is an entry point that provides comprehensive information to change behavior risk factors with voluntary mobile VCT principles. The scope mobile VCT program afforded widely in various places. Regulation of mobile VCT based on Minister of Health of the Republic of Indonesia no. 74 years 2014. The goal is tackling HIV / AIDS in high-risk populations. The effectiveness of the mobile VCT program is achieving effective interventions and to identify early HIV / AIDS status. The implementation including pre-test counseling, testing, post-test counseling. Mobile VCT program required trained human resources, facilities and funding that supported fully by global fund and government. The successful indicator mobile VCT program in KPA reached 70% while in Gedong Tengen health center as a referral health center reached 100%.

Conclusion: Implementation of mobile VCT program in Yogyakarta city is good and effective in accordance guideline of voluntary counseling and testing guidelines on HIV / AIDS.

Keywords : HIV/AIDS , mobile VCT, Yogyakarta

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Human Immunodeficiency Disease adalah kumpulan gejala penyakit yang disebabkan virus yang dapat melemahkan sistem kekebalan tubuh. Perilaku tidak sehat itu diantaranya adalah perilaku seks yang menyimpang, perilaku pengguna narkotik dan obat yang berbahaya seperti napza khususnya yang menggunakan jarum suntik (Praptoraharjo, 2007).

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan jenis retrovirus yang berasal dari *genus lentivirus* primata, yang merupakan agen penyebab *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS). *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) sebenarnya bukanlah suatu penyakit, namun kumpulan dari gejala penyakit yang muncul sebagai akibat kekurangan (*deficiency*) dan kekebalan tubuh (*acquired Immunt*) (Harahap, 2004). AIDS merupakan kumpulan kondisi klinis hasil akhir dari infeksi oleh HIV (Price, 2006).

Sejak pertama kali ditemukan tahun 1987 sampai Maret 2015, HIV-AIDS tersebar di 390 (75%) dari 514 kabupaten atau kota di seluruh provinsi di Indonesia. Jumlah kumulatif infeksi HIV sampai dengan Maret 2015 dilaporkan sebanyak 167.350 kasus dan jumlah AIDS yang dilaporkan sebanyak 66.835 kasus. Pada awal tahun 2009, prevalensi kasus HIV pada penduduk usia 15 - 49 tahun 0,16% dan meningkat menjadi 0,30% pada tahun 2011, terjadi peningkatan lagi menjadi 0,32% pada 2012, dan terus meningkat menjadi 0,43% pada 2013. Kecenderungan prevalensi kasus HIV-AIDS pada penduduk usia 15-49 terus meningkat. Angka persentase kematian atau *Case Fatality Rate* (CFR) AIDS juga menurun dari 13,65% pada tahun 2004 menjadi 0,85 % pada tahun 2013. Jumlah ODHA yang mendapatkan ARV sampai bulan Maret 2015 sebanyak 53.233 orang (Ditjen PP & PL , 2015).

Secara nasional penemuan kasus baru penyakit HIV-AIDS sejak tahun 2005 hingga tahun 2011 semakin meningkat (Kemenkes RI, 2012). Lebih dari 36,7 juta orang sekarang hidup dengan HIV-AIDS. Pada tahun 2015, orang yang baru terinfeksi HIV sekitar 2,1 juta. Di antaranya 567.000 berada pada wanita usia

diatas 25 tahun dan sekitar 819.000 pada pria diatas 25 tahun. Sejak awal epidemi, lebih dari 60 juta orang telah terinfeksi HIV dan hampir 30 juta telah meninggal terkait HIV (UNAIDS, 2015).

Kasus HIV dan AIDS di Indonesia hingga maret 2016 adalah 32.711 orang dengan HIV dan 7.864 orang dengan AIDS. Secara kumulatif dari tahun 1987 sampai dengan 2016 tercatat jumlah HIV total 191.073 dan jumlah AIDS total 77.940. Kasus AIDS terbanyak dilaporkan oleh DKI Jakarta disusul Papua. Namun jumlah kumulatif tiap 100.000 penduduk terbanyak dilaporkan Provinsi Papua disusul DKI Jakarta (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2016).

Untuk mengantisipasi dan menghadapi ancaman epidemi ini Indonesia telah menyusun dan melaksanakan Strategi Penanggulangan HIV dan AIDS melalui dua periode yang dimuat dalam Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 1994-2003 dan tahun 2003-2007 (KPAN, 2003).

Strategi nasional penanggulangan HIV-AIDS (STRANAS) pertama kali dirumuskan pada tahun 1994. Pada tahun 2003-2007 mengalami perbaharuan strategi karena semakin meningkatnya ODHA. Salah satu strategi penanggulangan HIV-AIDS dan penyalahgunaan narkotika di lapas atau rutan tahun 2005-2009. Berdasarkan pengalaman pengelolaan program di masa lalu dan didukung komitmen politis Menteri Hukum dan HAM RI, telah ditetapkan rencana aksi nasional penanggulangan HIV-AIDS dan penyalahgunaan narkotika di UPT Masyarakat tahun 2010-2014 sebagai lanjutan dari Stranas 2005-2009 (KPAN,2007).

Meluasnya HIV-AIDS memberikan dampak buruk terhadap pembangunan nasional secara keseluruhan. Tidak hanya pada bidang sosial tetapi juga dalam bidang industri sosial ekonomi karena sebagian besar kasus terjadi pada kelompok produktif. Oleh karena itu, informasi tentang perkembangan kasus HIV-AIDS perlu diamati terus agar didapatkan gambaran besar masalah sebagai pendukung dalam upaya pencegahan maupun penanggulangan HIV-AIDS (Depkes,2015).

Pemerintah Indonesia telah menjalankan berbagai program dari tahun ke tahun untuk menanggulangi kasus tersebut. Sampai Maret 2015 tercatat sudah 1.377 Layanan Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS), 500 Layanan PDP

(Perawatan, Dukungan dan Pengobatan) yang aktif melakukan pengobatan ARV, terdiri dari 352 RS Rujukan dan 148 Satelit, 91 Layanan PTRM (Program Terapi Rumatan Metadon), 1.082 Layanan IMS (Infeksi Menular Seksual), 131 Layanan PPIA (Pencegahan Penularan Ibu ke Anak) dan 223 Layanan yang mampu melakukan Layanan TB-HIV (Ditjen PP & PL, 2015).

Program- program peningkatan pelayan konseling dan testing sukarela atau dikenal sebagai *Voluntary Conselling And Testing (VCT)* yang melibatkan dukungan dan kesadaran diri seperti program peningkatan penggunaan kondom pada setiap hubungan seks berisiko yang ditingkatkan untuk mencegah infeksi HIV dan IMS, program pengurangan dampak buruk penyalahgunaan NAPZA suntik untuk mencegah penularan HIV, program juga dikaitkan dengan upaya pengurangan kebutuhan NAPZA suntik bagi penasun dengan upaya layanan alat suntik steril (*LASS*) , program pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi atau disebut *Prevention Of Mother To Child Transmission (PMTCT)*, program penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS), program penanggulangan IMS yang meliputi surveilans, penemuan, pengobatan dan pencegahan ditingkatkan di semua daerah, program perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP) atau dikenal dengan *Care Support and Treatment (CST)*, program penyediaan darah dan produk darah yang aman diupayakan di semua unit transfusi darah dan program komunikasi publik (KPAN, 2010).

Dari beberapa upaya tersebut paling banyak adalah dengan melakukan program pelayanan konseling dan testing atau *mobile Voluntary counselling and testing (VCT)*. Program layanan VCT digunakan untuk membantu masyarakat mengetahui status kesehatan yang berkaitan dengan HIV dimana hasilnya dapat digunakan sebagai bahan motivasi upaya pencegahan serta penularan dan mempercepat dalam mendapatkan pertolongan kesehatan sesuai kebutuhan. Target sasaran layanan VCT sangat luas yaitu pada kelompok berisiko tertular dan kelompok rentan. Kelompok berisiko tertular adalah kelompok masyarakat yang berperilaku risiko tinggi seperti penjaja seks dan pelanggannya, pasangan tetap penjaja seks, gay (MSM-*man sex with man*), pengguna napza suntik (penasun)

dan pasangannya serta narapidana. Hasil tes HIV digolongkan menjadi 3 yaitu non-reaktif, reaktif dan indeterminate (Family Health International, 2004).

Dinas Kesehatan Yogyakarta mentargetkan sebanyak 25 puskesmas di Kota Yogyakarta bisa melayani VCT bagi penderita HIV-AIDS. Dalam pelaksanaan VCT di butuhkan anggaran besar karena harus menyiapkan sumber daya manusia mulai dari dokter, perawat, dan psikolog. Kepala bidang penanggulangan penyakit dan penyehatan lingkungan (P2PL) dinas kesehatan Sleman menjelaskan hingga 2015 baru 10 puskesmas dan 2 rumah sakit yang bisa melayani VCT (Dinkes Yogyakarta, 2015).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan sebelumnya, maka rumusan masalah yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah “ Bagaimanakah analisis pelaksanaan program mobile VCT di Kota Yogyakarta ? ”

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan umum

1. Untuk menganalisis secara umum program pelayanan VCT di kota Yogyakarta

Tujuan khusus

1. Untuk mengetahui cakupan pelaksanaan mobile VCT di Kota Yogyakarta
2. Untuk mengetahui keberhasilan VCT di Kota Yogyakarta

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat teoritis

Secara teoritis penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan ilmu baru terkait bidang promosi kesehatan, dan perilaku, khususnya menambah wawasan dalam melakukan pendekatan pada orang dengan HIV-AIDS.

Manfaat praktis

1. Bagi pemerintah

Sebagai masukan bagi pemerintah baik di tingkat pusat maupun daerah untuk mengevaluasi kebijaksanaan kinerja program VCT, sudah cukup baik atau perlu lebih di perbaiki.

2. Bagi peneliti

Sebagai perluasan wawasan tentang program pemerintah dalam upaya menanggulangi HIV-AIDS melalui program mobile VCT serta sebagai syarat kelulusan untuk mendapatkan gelar S1 program studi pendidikan dokter

3. Bagi masyarakat

Sebagai wacana untuk memberikan semangat dan pendekatan terhadap orang dengan HIV-AIDS

4. Bagi universitas

Untuk menambah koleksi penelitian-penelitian yang sudah ada serta melanjutkan penelitian yang sama khususnya di program pelayanan pemerintah terhadap HIV-AIDS

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian – penelitian lain yang telah dilakukan mengenai layanan *voluntary conselling testing* (VCT) adalah sebagai berikut :

1. Haya (2015) yang berjudul “*Pelaksanaan Program Voluntary Counseling Test Mobile Dalam Rangka Penanggulangan HIV/AIDS Oleh Komisi Penanggulangan AIDS Kota Bontang*” penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan program Voluntary Counseling Test Mobile yang dilakukan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Kota Bontang dan mengetahui serta menganalisis faktor-faktor penghambat pelaksanaan program *Voluntary Counseling Test Mobile*. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif. Fokus penelitian dalam skripsi ini mengenai tahapan-tahapan dalam program *Voluntary Counseling Test Mobile* serta faktor penghambat dalam pelaksanaan program *Voluntary Counseling Test Mobile*. Berdasarkan hasil penelitian dilapangan bahwa pelaksanaan program VCT mobile oleh KPA Kota Bontang dapat dikatakan cukup baik. Hal ini dapat dilihat KPA yang tetap konsisten dalam menjalankan kegiatan VCT Mobile serta adanya jumlah peningkatan klien yang

menunjukkan kegiatan ini berdampak positif untuk penanggulangan HIV-AIDS di Kota Bontang.

Pada penelitian Haya fokus penelitian mengenai tahapan-tahapan dalam program VCT serta faktor penghambat dalam pelaksanaannya di KPA kota Bontang. Sedangkan dalam penelitian ini analisis yang dilakukan adalah fokus terhadap kinerja program yang dilakukan di KPA serta dinas kota Yogyakarta.

2. Yusnita dan Nurhayani (2013) yang berjudul “*Gambaran Implementasi Program Pelayanan Voluntary Counseling And Testing (VCT) Di Puskesmas Jongaya Makassar Tahun 2013*” Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran implementasi program pelayanan VCT di Puskesmas Jongaya Kota Makassar tahun 2013. Jenis penelitian ini adalah penelitian Kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan gambaran input sudah baik yakni jumlah sumber daya manusia yang terlatih mencukupi dengan latar belakang pendidikan yang sesuai dengan standar, sarana yang mendukung dalam pelaksanaan program pun sudah tersedia, dan dana untuk program ini pun sudah mencukupi. Gambaran proses pelaksanaan program pelayanan VCT dilihat dari tahap-tahap pelayanan VCT yang di lakukan yakni konseling pra testing, testing dan konseling pra testing adalah sudah baik yakni setiap elemen dari tahap-tahap tersebut telah di laksanakan. Sedangkan gambaran output yang di peroleh dari pelaksanaan program pelayanan VCT di lihat dari jumlah pasien yang mendapat pelayanan VCT adalah sudah baik karena sudah mencapai target yang di tetapkan puskesmas tersebut.

Pada penelitian Maani penelitian dilakukan di puskesmas Jongaya kota Makassar guna mengetahui gambaran implementasi program VCT yang dilihat dari pendekatan sistem yang mencakup komponen output, input, dan proses program tersebut. Sedangkan pada penelitian ini di lakukan di puskesmas Gedong Tengen kota Yogyakarta guna menganalisis program kerja VCT itu sendiri

3. Baggaley (2001) yang berjudul “*The impact of voluntary counselling and testing: a global review of the benefits and challenges*” penelitian ini menjelaskan

peran VCT dan berbagai hasil VCT yang dapat dievaluasi serta membahas keterbatasan dan kesulitan yang berhubungan dengan evaluasi VCT. Intervensi yang terdiri minimal pra dan pasca-tes konseling terkait dengan pengujian.

Penelitian Baggalay menjelaskan tentang peran VCT serta keterbatasan maupun kesulitan yang berhubungan dengan evaluasi, sedangkan pada penelitian ini lebih mengarah ke evaluasi kinerja layanan VCT nya tanpa membahas keterbatasan dan kesulitan program.

4. Amalia *et al.* (2015) yang berjudul “*The Relationship of Service Quality with Client Satisfaction of HIV-AIDS on VCT Program in the Public Health Center of Jumpandang Baru Makassar*” penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan mutu pelayanan dengan kepuasan klien seperti, kompetensi teknis, kenyamanan, informasi dan ketepatan waktu. Metode yang digunakan adalah *survey analitik* dengan pendekatan *cross sectional study*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien yang pernah mendapatkan pelayanan pemeriksaan VCT sebesar 1696 klien dan sampel yang digunakan sebesar 91 responden dengan teknik pengambilan sampel *non probability sampling* dengan menggunakan *accidental sampling*. Kemudian hasil tersebut disajikan dalam bentuk analisis univariat dan analisis bivariat dengan uji statistik *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan dimensi kenyamanan ($p=0,003$), dimensi informasi ($p=0,041$), dan tidak ada hubungan dimensi kompetensi teknis ($p=0,178$), dimensi ketepatan waktu ($p=0,114$) dengan kepuasan klien HIV-AIDS di Puskesmas Jumpandang Baru Kota Makassar.

Penelitian Amalia *et al.*, (2015) bertujuan untuk mengetahui hubungan mutu pelayanan dengan kepuasan klien. Metode yang digunakan adalah *survey analitik* dengan pendekatan *cross sectional*, populasi yang di ambil sebagai sample yakni seluruh klien yang pernah mendapatkan pelayanan VCT dan tehniknya *non probability sampling* dengan menggunakan *accidental sampling*, sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode *case study* dengan tehnik *non probability sampling* dengan menggunakan *purposive sampling* jadi sample yang diambil hanya pilihan berdasarkan informan.

5. Haruddin (2007) dalam judul “Studi pelaksanaan HIV *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta” penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT). Metode dalam penelitian ini adalah *case study* dan lokasi penelitian di RSUP Dr. Sardjito dengan unit analisisnya adalah klinik *Edelweis*. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pelaksanaan VCT yang terdiri dari konseling pre tes, testing HIV dan konseling post tes sedangkan variabel independen adalah staf (*staff*), dana (*fund*), kebijakan (*policy*), peralatan (*equipment*) dan ruang pelayanan VCT (*space of VCT services*). Responden dalam penelitian ini 17 responden terdiri dari ketua panitia HIV-AIDS, konselor, petugas administrasi, petugas laboratorium dan klien. Hasil dari penelitian ditemukan bahwa pelaksanaan konseling pre tes, tes HIV dan konseling post tes sudah baik namun masih terdapat banyak kendala dalam pelayanan VCT. Kesimpulan yang di hasilkan dari penelitian Pelaksanaan VCT di klinik *Edelweis* RSUP Dr. Sardjito sudah baik dan mengikuti pedoman VCT.

Dalam penelitian Haruddin menggunakan penelitian kuantitatif dan penelitian dilakukan di RSUP Sardjito yakni di klinik Edelweis sedangkan penelitian ini dilakukan di KPA dan dinas kesehatan serta puskesmas Gedong Tengen.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Telaah Pustaka

2.1.1 Sejarah HIV AIDS

Pada tahun 1982 seorang ilmuwan menemukan sindrom yang dikenal *Gay Related Immune Deficiency* (GRID), yakni penurunan kekebalan tubuh yang dihubungkan dengan gay. Pada tahun 1983 dokter Luc Montagnier dari institut Pasteur Prancis menemukan virus yang berhubungan dengan *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV). Kemudian Gallo pada tahun 1984 menyatakan virus tersebut menyerang limfosit T, menyebutkan sebagai *Human T Cell Lymphotropic Virus Type III* (HTLV III) (Ganong, 2002).

Di Indonesia pada tahun 1983 Dr.Zubairi Djoerban melaksanakan penelitian dan menyatakan hasil penelitian adanya kemungkinan AIDS. Pada November menteri kesehatan RI Dr. Soewandjono Soerjaningrat menyatakan pencegahan AIDS terbaik adalah tidak ikut-ikutan dalam homoseks dan mencegah turis asing masuk membawa penyakit tersebut (Anonim, 2016)

Pada tahun 1984 Kongres Persatuan Ahli Penyakit Dalam Indonesia (KOPAPDI) VI melaporkan dari 15 orang yang diperiksa 3 diantaranya memenuhi kriteria minimal diagnosis HIV AIDS, sehingga PMI melarang kaum homoseksual atau waria menjadi donor darah. Pada tahun 1985 kasus AIDS sudah masuk Indonesia dengan ditemukannya lima kasus di Bali. Pada tahun 1986 satuan tugas RSCM dan FK-UI meresmikan Kelompok Studi Khusus (POKDISUS) AIDS untuk mengkaji semua masalah tentang AIDS. Pada Tahun 1987 Indonesia masuk daftar WHO sebagai negara ke-13 di Asia yang melaporkan AIDS. Pada tahun 1988 sampai 1993 kasus HIV AIDS meningkat dari tahun ke tahun hingga terlapor 137 infeksi HIV dan 51 orang dengan AIDS.

Pada tahun 1994 Keputusan Presiden tentang Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dibuat dan di tetapkan. Pada tahun 1995 secara kumulatif sudah dilaporkan 364 infeksi HIV dan 87 diantaranya AIDS. Pada tahun 1996 didirikannya tiga organisasi baru mengkaji tentang HIV AIDS yakni : 1). Perhimpunan dokter

peduli aids indonesia (PDPAI), 2). Forum komunikasi LSM atau organisasi peduli AIDS (FKLOPA), 3). Masyarakat peduli AIDS Indonesia (MPAI). Pada tahun 1997 ditjen POM mengeluarkan surat resmi untuk penggunaan obat ARV (AZT,ddl,ddC, 3TC, saquinavir dan ritonavir) tidak perlu diadakanya uji coba ditjen POM. (Anonim, 2016)

Pada tahun 1998 KPA meluncurkan kampanye nasional AIDS yang ditandai dengan lambang baru, yaitu pita merah putih. Pada tahun 1999 obat ARV telah tersedia di Indonesia. Pada tahun 2000 surveilens terhadap 67 pengguna narkoba melalui jarum suntik yang ditahan di lapas 35 (58%) terinfeksi HIV. Pada tahun 2001 ARV baku mulai tersedia walau harganya masih mahal. Pada tahun 2002 epidemi HIV mendadak muncul, setelah sepuluh tahun prevalensi HIV rendah dan meloncat di pengguna suntikan, pekerja seks, dan rehabilitasi narkoba. Ditjen farmasi memberikan semua obat untuk rumah sakit tipe A dan B se Indonesia. Pada tahun 2003 pemerintah memberikan subsidi obat generik ARV tiap bulan. Program Global Fund untuk memberikan ARV pada 100 ODHA di lima provinsi. KPA meluncurkan strategi Nasional Penanggulangan AIDS 2003-2007. (Anonim,2016)

Pada tahun 2004 departemen kesehatan RI menetapkan 25 rumah sakit di 15 provinsi sebagai rumah sakit rujukan AIDS, tahap pertama. Pada tahun 2005 KPAN mengeluarkan rencana program akselerasi di 100 kabupaten. Pada tahun 2006 KPAN menyelenggarakan AIDS Award Event 2006 yang ditujukan kepada 19 perusahaan yang melaksanakan program penanggulangan AIDS di tempat kerja. Pada tahun 2007 menyelenggarakan Pekan Kondom Nasional (PKN) yang di anggap merusak moral bangsa. Pada tahun 2008 menyelenggarakan PKN kedua yang dilawan dengan antikondomisasi.(Anonim, 2016)

2.1.2 Definisi HIV AIDS

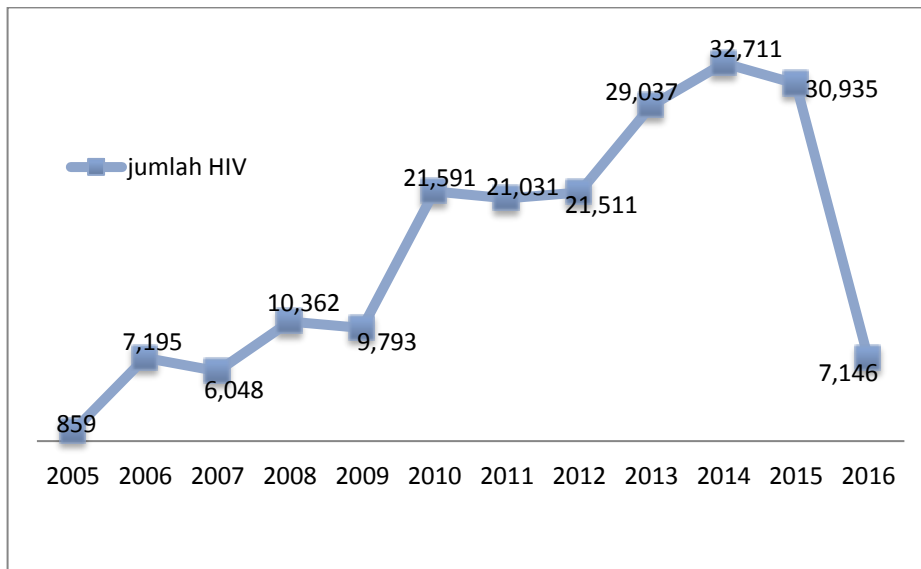
Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan suatu retrovirus yang berasal dari *genus lentivirus* primata, Virus HIV terdiri dari 2 sub-type, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Virus ini menyerang sel limfosit-CD4 (salah satu sel darah putih) dan juga merupakan agen penyebab *Acquired Immune Deficiency*

Syndrome (AIDS). AIDS merupakan kumpulan kondisi klinis hasil akhir dari infeksi oleh HIV (Price, 2006). Orang yang terinfeksi virus HIV AIDS sering disebut orang dengan HIV AIDS (ODHA). Dahulu virus ini menyerang limfadenopati sehingga disebut *Lymphadenopathy Associated Virus (LAV)*. Pada tahun 1986 komisi Taksonomi Internasional memberi nama baru *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* (Depkes RI, 2006).

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan sitolitik dan tidak melakukan transformasi, serta di kelompokkan menjadi *Lentivirus*. Penyakit ini pertama kali dideskripsikan pada tahun 1981 dan berhasil di isolasi pada tahun 1983, sejak saat itu AIDS menjadi endemi dunia, seseorang telah terinfeksi sekali akan seumur hidupnya terinfeksi. Penderita AIDS memiliki resiko tinggi terhadap beberapa jenis kanker karena supresi imun yang ditekan terus menerus akibat infeksi HIV. Pada awal abad ke-21 pengembangan antiretroviral sangat dianjurkan guna menekan lajunya replikasi HIV serta mencegah AIDS merupakan pencapaian terbesar dalam penanganan HIV-AIDS (Jawetz, 2010)

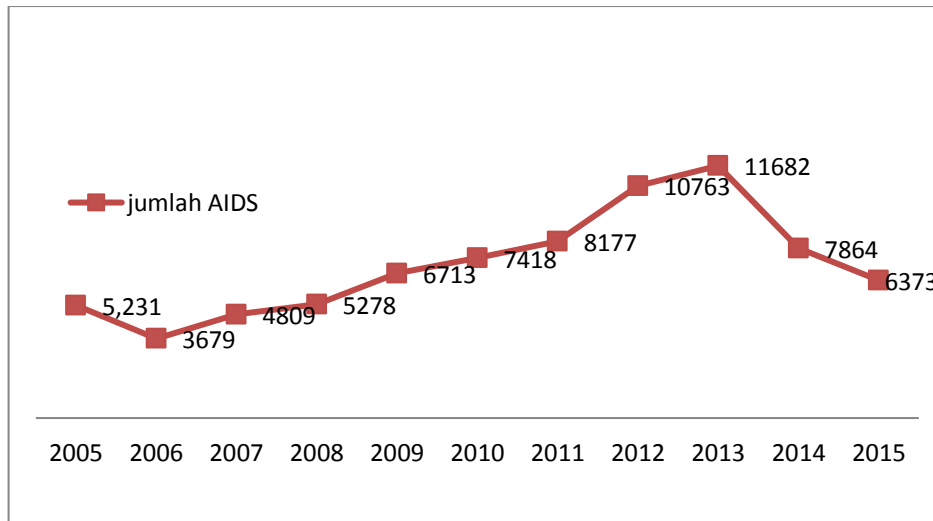
2.1.3 Epidemiologi HIV AIDS

Berdasarkan data dari Ditjen PP dan PL Depkes RI (2016), jumlah kasus HIV AIDS sampai dengan 31 maret 2016 adalah 32.711 orang dengan HIV dan 7.864 orang dengan AIDS. Sejak pertama kali ditemukan tahun 1987 sampai dengan maret 2016, HIV AIDS tersebar di 407 (80%) dari 507 kabupaten atau kota di seluruh provinsi di Indonesia. Bali adalah provinsi pertama kali yang dilaporkan adanya kasus HIV AIDS. Kasus HIV dan AIDS terus meningkat dari tahun ke tahun. Secara kumulatif dari tahun 1987 sampai dengan 2016 tercatat jumlah HIV total 191.073 dan total AIDS 77.940.



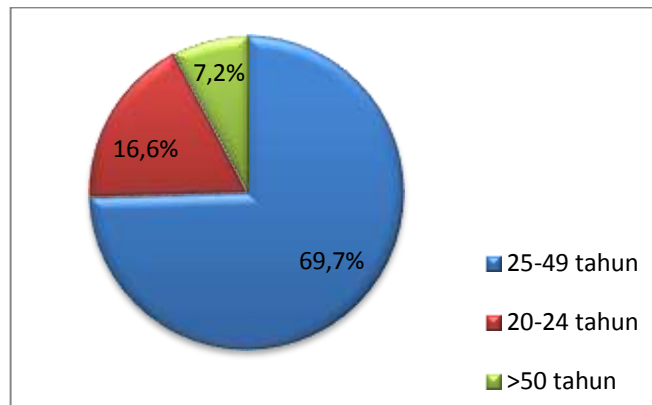
Gambar 1. Jumlah kasus HIV di Indonesia tahun 2005-2016 (Sumber : Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan data statistik tersebut jumlah kasus HIV cenderung terus meningkat dari tahun ke tahun sampai pada tahun 2014 kemudian mulai turun hingga 2016 terjadi penurunan yang signifikan.



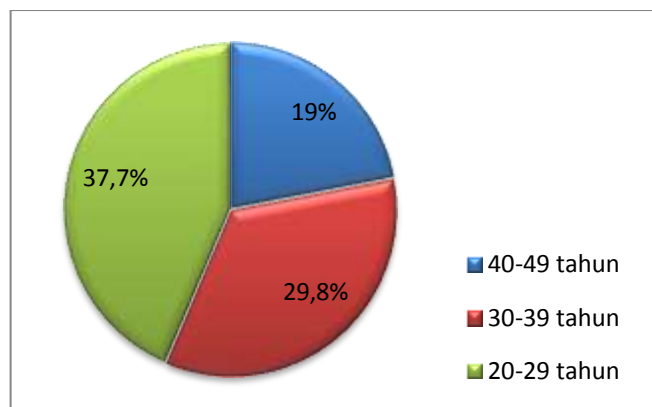
Gambar 2. Jumlah kasus AIDS di Indonesia tahun 2005-2015 (Sumber :Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2016).

Sama halnya dengan kasus HIV pada kasus AIDS juga mengalami peningkatan dari tahun 2007 hingga 2013 kemudian mengalami penurunan sampai 2015. Berdasarkan data tahun 2015 ada 2.1 juta (1.8 juta-2.4 juta) terinfeksi HIV baru. Secara keseluruhan 36.7 juta (34.0 juta -39.8 juta) orang hidup dengan HIV AIDS (UNAIDS, 2016).



Gambar 3. Persentase infeksi HIV berdasarkan kelompok umur (sumber: Ditjen PP dan PL Depkes RI , 2016)

Berdasarkan persentase infeksi HIV terhadap kelompok umur kasus terbanyak adalah kelompok umur 25-49 tahun sebanyak 69,7% disusul kelompok umur dibawah 25 tahun dan diatas 50 tahun.

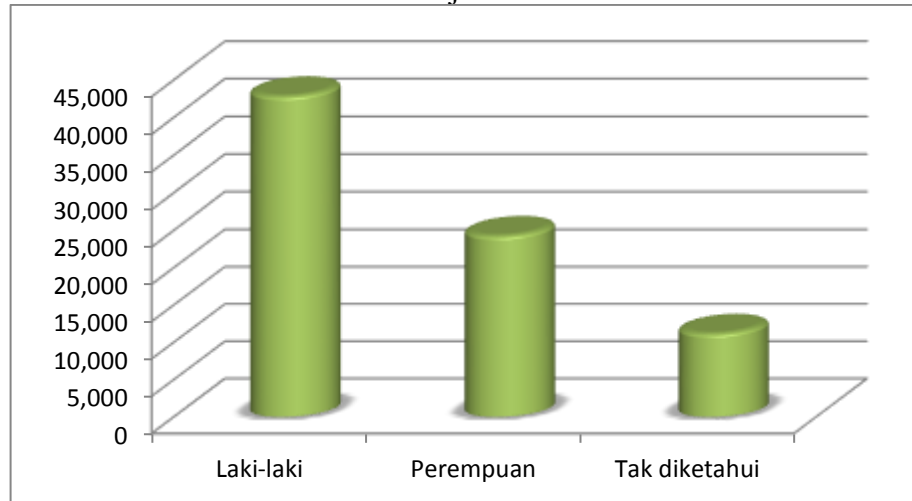


Gambar 4. Persentase infeksi AIDS berdasarkan kelompok umur (sumber: Ditjen PP dan PL Depkes RI , 2016)

Berdasarkan persentase infeksi AIDS yang berdasarkan kelompok umur kasus terbanyak ada pada rentang usia 20-29 tahun yakni sebanyak 37,7% disusul kelompok umur diatas 30 tahun dan 40 tahun.

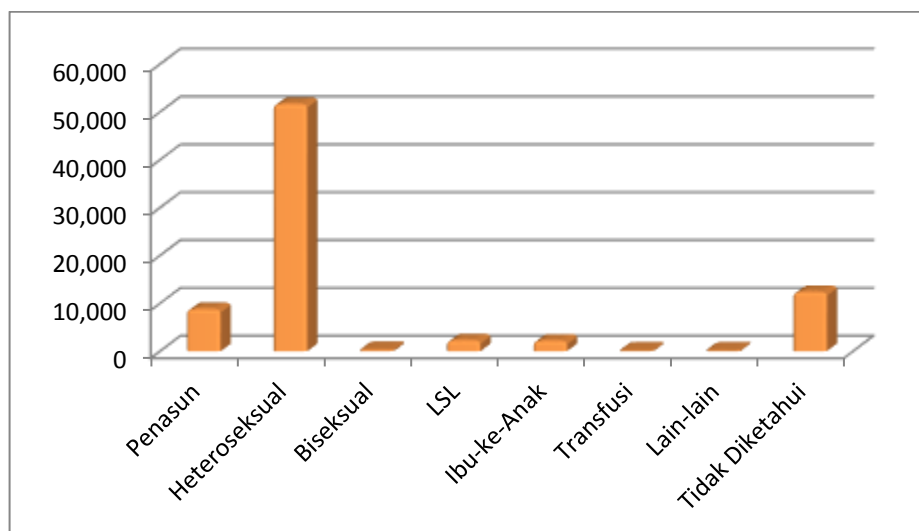
Menurut data statistik yang terlapor jumlah kumulatif kasus HIV AIDS berdasarkan provinsi peringkat satu diduduki provinsi DKI Jakarta yaitu HIV sebesar 40.500 dan AIDS sebesar 8.105. Berdasarkan prevalensi kasus AIDS per 100.000 penduduk tertinggi adalah provinsi Papua yakni sebesar 470.64 (Ditjen PP dan PL Depkes RI , 2016).

Jumlah kumulatif kasus AIDS menurut jenis kelamin



Gambar 5. jumlah kumulatif kasus AIDS berdasarkan jenis kelamin (Sumber. Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2016)

Berdasarkan data kemenkes RI jumlah kumulatif kasus AIDS menurut jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki sekitar 40.000 orang disusul perempuan sekitar 20.000 orang dan tidak diketahui sekitar 8.000 orang.



Gambar 6. Jumlah kumulatif kasus AIDS berdasarkan faktor resiko (Sumber. Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2016)

Berdasarkan data dari kementerian kesehatan RI jumlah kasus AIDS terbanyak adalah pada faktor resiko secara heteroseksual yakni sekitar kurang lebih 50.000 kasus dan faktor resiko lainnya masih di bawah dari 10.000 kasus.

KPA adalah suatu komisi lintas sektor yang dibentuk berdasarkan Keppres No. 36 tahun 1994. Berdasarkan Kepmenko Kesra No. 9/Menko/Kesra/VI/1994 digariskan Strategi Nasional Penanggulangan AIDS dan rumusan tentang Program Nasional Penanggulangan HIV/AIDS Pelita VI dimuat dalam Kepmenko Kesra No. 5/Kep/Menko/Kesra/II/1995. Berdasarkan data yang diperoleh dari KPA kota Yogyakarta kasus berdasarkan jenis kelamin laki-laki untuk AIDS (874) dan HIV (2215), perempuan AIDS (430) dan HIV (1051), tak diketahui AIDS (10) dan AIDS (68), total jumlah kasus AIDS (1314) dan HIV (3334). Kasus berdasarkan tempat tinggal atau wilayah di provinsi yogyakarta paling banyak terdapat pada kabupaten sleman yakni AIDS (316) dan HIV (744) sebanyak 23 belum di ketahui asalnya. Berdasarkan faktor resiko terbanyak adalah heteroseksual yakni 908 kasus (KPA Yogyakarta , 2016)

2.1.4 Mekanisme Penularan HIV AIDS

Virus HIV dapat diisolasikan dari cairan semen, sekresi serviks atau vagina, limfosit, sel dalam plasma bebas, cairan serebrospiral, air mata, saliva, air seni, air susu. Namun tidak semua cairan dapat menyalurkan infeksi karena perbedaan konsentrasi tiap virus. Sampai saat ini hanya darah, air mani atau cairan semen dan sekresi serviks atau vagina serta ASI dari ibu ke bayi yang dapat menularkan infeksi. Oleh karena itu, penularan dapat terjadi akibat hubungan homoseksual maupun heteroseksual, penggunaan jarum suntik yang tercemar , transfusi dan donor darah, tindakan medis invasif, serta in utero. Untuk pemakaian alat makan ,alat mandi, kontak sosial, toilet, maupun gigitan serangga tidak ada bukti atau petunjuk penularan HIV(Depkes, 2015).

Penularan melalui hubungan seksual dapat terjadi selama hubungan intim laki-laki dengan perempuan atau laki-laki dengan laki-laki berlangsung secara kontak seksual dengan penetrasi vaginal, anal, atau oral antara dua individu. Melalui hubungan seksual yang tak terlindungi inilah paling dominan terhadap resiko penularan. Kontak seksual oral langsung (mulut ke penis atau mulut ke vagina) termasuk dalam kategori risiko rendah tertular HIV. Tingkatan risiko tergantung pada jumlah virus yang ke luar dan masuk ke dalam tubuh seseorang,

seperti pada luka sayat atau gores dalam mulut, perdarahan gusi, dan atau penyakit gigi mulut atau pada alat genital. Penularan dari darah dapat terjadi jika darah donor tidak di tapis (uji saring) untuk pemeriksaan HIV, penggunaan ulang jarum dan semprit suntikan, atau penggunaan alat medik lainnya yang dapat menembus kulit. Kejadian di atas dapat terjadi pada semua pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, poliklinik, pengobatan tradisional melalui alat penusuk/jarum, juga pada pengguna napza suntik (penasun). Pajanan HIV pada organ dapat juga terjadi pada proses transplantasi jaringan/organ di fasilitas pelayanan kesehatan. Penularan ibu ke anak (PPAI) Lebih dari 90% anak yang terinfeksi HIV didapat dari ibunya. Virus dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada anaknya selama hamil, saat persalinan dan menyusui (Permenkes RI, 2013)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut *World Health Organization* (2005), manifestasi klinis yang muncul pada HIV/AIDS adalah sebagai berikut :

1. Stadium Pertama

Aktivitas fisik skala I, dimana gejala klinis masih belum tampak (asimtomatis).

2. Stadium Kedua

Aktivitas fisik skala II yang ditandai dengan penurunan berat badan < 10 % yang tidak dapat dijelaskan. Infeksi saluran pernafasan yang berulang-ulang seperti bronkitis, faringitis, sinusitis atau otitis media juga terdapat pada stadium ini.

3. Stadium Ketiga

Pada stadium skala III penampilan fisik sangat jelas terlihat dengan manifestasi lemah, pasien berada ditempat tidur <50% perhari dalam bulan terakhir, penurunan berat badan > 10%, diare kronis, anemia dengan kadar HB < 8g/dL, neutropenia < 500/mm³, serta trombositopenia < 50.000/mm³ lebih dari 1 bulan yang tidak dapat dijelaskan. Pada mulut muncul candidiasis serta mulut dan lidah di lapisi selaput berwarna putih.

4. Stadium Keempat

Stadium ini dikenal dengan aktivitas fisik skala IV ditandai dengan berada ditempat tidur >50% perhari dalam bulan terakhir, HIV wasting cryptosporidiosis dan infeksi herpes simplek > 1 bulan. Ditemukan tanda klinis pada stadium sebelumnya.

2.2 Voluntary Counselling Testing (VCT)

2.2.1 Definisi

Voluntary Counselling and Testing (VCT) HIV & AIDS merupakan salah satu program yang dilaksanakan dalam upaya mencegah penyebaran penyakit HIV & AIDS. *Voluntary Counselling and Testing (VCT)* merupakan entry point untuk memberikan perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA juga merupakan upaya untuk memberikan informasi secara menyeluruh dan dukungan untuk merubah perilaku berisiko serta mencegah penularan HIV/AIDS (Haruddin, dkk., 2007).

Voluntary Counselling and Testing (VCT) merupakan suatu pembinaan dua arah atau dialog yang berlangsung tak terputus antara konselor dan kliennya dengan tujuan mencegah penularan (Nursalam, 2007).

2.2.2 Kebijakan hukum *Voluntary Counselling and Testing (VCT)*

Kebijakan hukum VCT diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2014 yang menjelaskan tentang Penanggulangan HIV dan AIDS (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 654). Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 978). Berdasarkan berita acara tersebut maka memutuskan pembentukan Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV wajib menjadi acuan bagi tenaga kesehatan, pengelola program, kelompok profesi yang menjadi konselor HIV, pengelola/pengurus tempat kerja, dan pemangku kepentingan terkait lainnya dalam penyelenggaraan Konseling dan Tes HIV. Konseling dan tes HIV dilakukan dalam rangka penegakan diagnosis HIV dan AIDS, untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penularan atau peningkatan kejadian infeksi HIV dan pengobatan lebih dini. Ketentuan mengenai pedoman pelaksanaan

konseling dan tes HIV sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dalam peraturan menteri.

2.2.3 Tujuan *Voluntary Counselling and Testing* (VCT)

Menurut Nursalam (2007),VCT mempunyai tujuan sebagai berikut:

1. Upaya dalam pencegahan HIV & AIDS
2. Upaya dalam meningkatkan persepsi atau pengetahuan tentang faktor resiko penyebab seseorang terinfeksi HIV & AIDS serta mengurangi kecemasan pada ODHA.
3. Upaya dalam pengembangan perubahan pola perilaku menuju ke program pelayanan dan dukungan serta memudahkan akses terapi antiretroviral (ART), serta membantu mengurangi stigma dalam masyarakat.

Dengan mengetahui status HIV positif secara dini akan memaksimalkan kesempatan ODHA menjangkau pengobatan, sehingga akan sangat mengurangi kejadian penyakit terkait HIV dan menjauhkan dari kematian, serta dapat mencegah terjadinya penularan pada pasangan seksual atau dari ibu ke bayinya. Pengobatan yang efektif akan mengurangi hingga 96% kemungkinan seseorang dengan HIV akan menularkan kepada pasangan seksualnya. Bila status HIV negatif maka dapat mempertahankan diri agar tetap negatif melalui upaya pencegahan seperti: perilaku seksual yang aman, penggunaan kondom, sirkumsisi, perilaku menyuntik yang aman, mengurangi pasangan seksual (Kemenkes RI, 2013)

2.2.4 Cakupan program *Voluntary Counselling and Testing* (VCT)

Menurut Depkes RI 2006, Pelayanan HIV secara terintegrasi maupun mandiri, dilaksanakan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk fasilitas pelayanan kesehatan di lingkungan TNI/POLRI, lapas atau rutan, tempat kerja, dan yang ditujukan untuk tenaga kerja migran. Hal ini karena ada kaitannya dengan pekerjaan atau mobilisasi dan kondisi keberadaan kelompoknya yang memiliki risiko relatif lebih besar untuk tertular HIV.

1. Penyelenggaraan di Lingkungan TNI dan POLRI.

Konseling HIV di lingkungan TNI dan POLRI dilaksanakan dengan menggunakan berbagai pendekatan meliputi KTS, KTIP, dan penawaran rutin setiap kali melaksanakan pemeriksaan kesehatan atau uji badan.

2. Penyelenggaraan di Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan di lingkungan Lapas dan Rutan dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan penawaran rutin sewaktu masa pengenalan lingkungan (mapenaling) dan tes ulang bisa dilakukan secara KTS atau KTIP. Bagi Lapas dan Rutan yang belum memiliki sarana tes atau petugas belum terlatih, maka tes darah dilakukan dengan bekerja sama dengan Puskesmas setempat.

3. Penyelenggaraan di Tempat Kerja

Pelaksanaan layanan di tempat kerja sangat dipengaruhi oleh fasilitas dan sumber daya yang tersedia di masing-masing tempat kerja. Konseling HIV di lingkungan tempat kerja dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan KTS atau KTIP. Tes HIV tidak boleh menjadi persyaratan dalam rekrutmen dan promosi pekerja.

4. Penyelenggaraan pada Calon Tenaga Kerja Indonesia (CTKI)

Pemeriksaan HIV bagi CTKI dilakukan oleh fasilitas layanan kesehatan yang ditunjuk, berdasarkan permintaan negara tujuan.

2.2.5 Prinsip pelayanan *Voluntary Counselling and Testing* (VCT)

Prinsip pelayanan dalam *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) dalam buku pedoman departemen kesehatan dan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2013 prinsip pelayanan mencakup 5C yakni adalah sebagai berikut :

1. Inform concent

Sama seperti pemeriksaan laboratorium lainnya, orang yang diperiksa HIV harus dimintai persetujuannya untuk pemeriksaan laboratorium. Mereka harus diberikan informasi atau pemahaman tentang proses tes HIV, layanan yang tersedia sesuai dengan hasil pemeriksaannya, dan hak mereka untuk menolak tes HIV tanpa mengurangi kualitas layanan lain yang dibutuhkan. Tes HIV

secara mandatori tidak pernah dianjurkan, meskipun dorongan datang dari petugas kesehatan, pasangan, keluarga atau lainnya.

2. *Confidentiality*

Seperti pemeriksaan laboratorium lainnya, tes HIV harus diperlakukan secara konfidensial. Artinya bahwa semua isi diskusi antara klien dan petugas pemeriksa atau konselor dan hasil tes laboratoriumnya tidak akan diungkapkan kepada pihak lain tanpa persetujuan klien. Konfidensialitas dapat dibagikan kepada pemberi layanan kesehatan yang akan menangani pasien untuk kepentingan layanan kesehatan sesuai indikasi penyakit pasien.

3. *Counselling*

Layanan tes HIV harus dilengkapi dengan informasi pra-tes dan konseling pasca-tes yang berkualitas baik.

4. *Correct testing*

Penyampaian hasil tes harus akurat. Layanan tes HIV harus mengikuti standar nasional yang berlaku. Hasil tes harus dikomunikasikan sesegera mungkin kepada klien secara pribadi oleh tenaga kesehatan yang memeriksa.

5. *Connection/linkage to prevention, care, and treatment services*

Klien harus dihubungkan atau dirujuk ke layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV yang didukung dengan sistem rujukan yang baik dan terpantau.

2.2.6 Sarana, Prasarana, dan SDM

Berdasarkan pedoman pelayanan konseling dan testing HIV secara sukarela Depkes RI 2006 :

1. Sarana

- a. Papan nama atau petunjuk yang jelas akan memudahkan klien untuk mengakses klinik VCT.
- b. Ruang tunggu yang nyaman hendaklah didepan ruang konseling atau tempat pengambilan sample darah
- c. Jam kerja layanan sebaiknya dapat dilaksanakan pada pagi maupun sore hari sehingga tidak mengganggu klien yang sedang bekerja maupun sekolah.

- d. Ruang konseling haruslah nyaman dan terjaga kerahasiaannya.
 - e. Ruang pengambilan darah
 - f. Ruang petugas dan non petugas kesehatan
 - g. Ruang laboratorium
2. Prasarana
- a. Aliran listrik untuk penerangan yang cukup baik untuk membaca maupun menulis termasuk untuk AC
 - b. Air yang mengalir untuk menjaga kebersihan ruangan serta mencuci tangan dan alat
 - c. Sambungan telepon untuk berkomunikasi dengan layanan lain yang terkait.
 - d. Pembuangan limbah padat dan cair
3. Sumber daya manusia

Layanan VCT memiliki sumber daya yang sudah terlatih dan kompeten.

Petugas layanan terdiri dari :

- a. Kepala klinik VCT
- b. Dua orang konselor dengan standar WHO atau sesuai kebutuhan
- c. Petugas manajemen kasus
- d. Seorang petugas laboratorium untuk pengambilan sample darah
- e. Seorang dokter yang bertanggung jawab secara medis dalam penyelenggaraan VCT
- f. Petugas administrasi
- g. Petugas jasa kantor
- h. Petugas keamanan
- i. Tenaga lain yng di butuhkan.

Semua petugas layanan VCT bertanggungjawab atas kerahasiaan klien.

2.2.7 Mekanisme Program *Voluntary Counseling and Testing Mobile*

Layanan VCT adalah kegiatan konseling HIV secara pasif. Klien datang atas kemauan sendiri atau tanpa adanya paksaan pihak lain. Layanan ini menekankan pada penilaian dan pengelolaan resiko infeksi HIV yang akan dilakukan oleh seorang ahli (konselor) untuk membahas keinginan klien menjalani test HIV dan

strategi untuk mengurangi resiko tertular HIV. Bagi orang yang mengetahui dirinya berisiko tinggi dapat menjadi motivasi untuk melindungi diri dan menjaga kesehatan mereka. Bagi penderita HIV positif dengan adanya konseling dapat memberikan dukungan maupun perawatan serta pencegahan yang akan menjadi motivasi agar memiliki gaya hidup sehat guna meningkatkan kesehatan serta memperlambat perkembangan infeksi HIV menuju AIDS. VCT dilakukan diberbagai tatanan seperti fasilitas layanan kesehatan ,layanan VCT mandiri diluar institusi kesehatan layanan komunitas atau lainnya. Layanan ini menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan antiretroviral (ARV) dan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS bertujuan untuk perubahan perilaku lebih sehat dan lebih aman (Kemenkes RI, 2013).

2.2.8 Pelaksanaan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

Pelaksanaan *Voluntary Counseling Test* (VCT) dilakukan melalui tahapan kegiatan sebagai berikut:

1. Tahapan Konseling Pra Tes HIV

Konseling VCT, adanya seorang konselor yang memberikan penawaran alternatif dan pilihan dan klien dibiarkan untuk menentukan sendiri keputusan yang terbaik untuk dirinya, selain itu konselor juga memiliki tanggung jawab untuk memberikan penilaian diri atas klien. Konseling yang dilakukan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti klien sehingga klien dapat memahami setiap arahan yang diberikan oleh konselor.

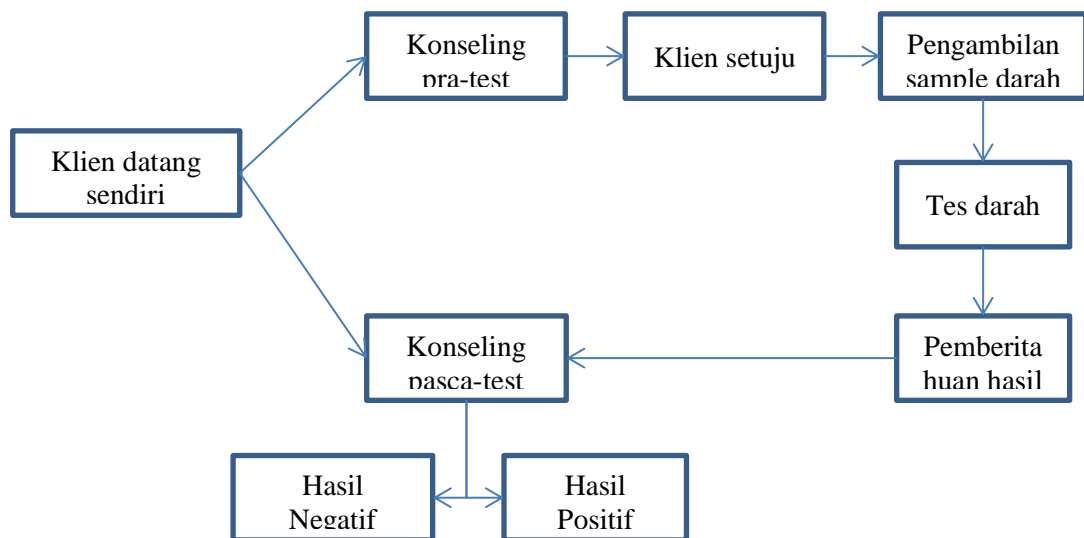
2. Tahapan Tes HIV

Setelah mendapat informasi yang jelas dan memahami setiap penjelasan yang diberikan konselor maka klien dapat memutuskan apakah klien bersedia untuk melakukan tes HIV atau tidak dan menandatangani lembar persetujuan selanjutnya petugas Laboratorium dapat melakukan pengambilan darah kepada klien. Setelah sampel darah diambil, sampel darah tersebut di tunggu hingga

hasil pembacaan tes dilakukan oleh petugas laboratorium. Hasil tes akan diberitahukan kepada klien saat sesi konseling *pasca* tes HIV.

3. Tahapan Konseling Pasca Tes HIV

Psikologis ditujukan sesuai dengan hasil tes yang diterima oleh klien. Klien dinyatakan positif HIV maka bentuk dukungan psikologis yang diberikan berupa mengajak klien untuk berdiskusi mengenai apa yang harus dilakukan oleh klien ketika mengetahui bahwa dirinya positif HIV. Konselor berperan untuk menguatkan serta mengarahkan klien pada rasa optimis hidup dan bisa sembuh dari penyakit HIV. Selain itu konselor juga bisa mengajak klien untuk mendiskusikan bagaimana kehidupan yang ingin mereka jalani. Konselor sebaiknya dapat memahami dan bisa ikut merasakan perasaan klien agar dukungan-dukungan yang diberikan dapat diterima oleh klien (Pedoman Pelayanan VCT, 2013).



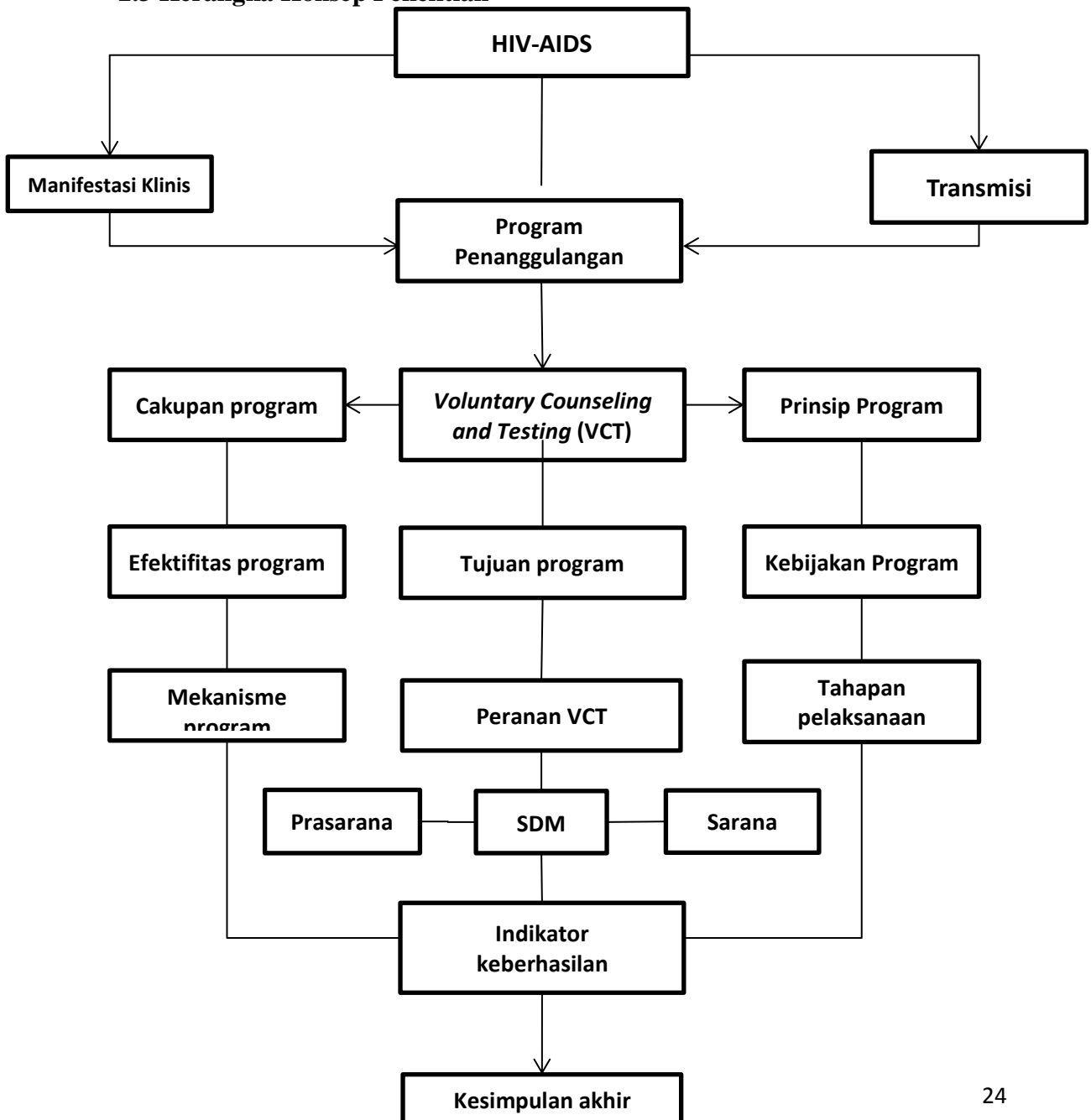
Gambar 7. Bagan alur pelaksanaan VCT (Kemenkes RI, 2013)

2.2.9 Indikator Keberhasilan *Voluntary Counseling and Testing*

Keberhasilan layanan *voluntary counseling and testing* ditentukan oleh konselor dan klien. Konselor harus profesional dan berkompeten, minimal menguasai keterampilan konseling dan komunikasi, agar layanan *voluntary counseling and testing* dikatakan berhasil. Klien juga berpengaruh dalam

keberhasilan layanan *voluntary counseling and testing*, untuk mencapai keberhasilan klien dipengaruhi oleh kepribadian klien, harapan klien, pengalaman dan pendidikan klien yang meliputi sikap, emosi, intelektual, motivasi, usaha mencari informasi untuk memecahkan masalahnya merupakan faktor yang mempengaruhi keberhasilan konseling. *Voluntary counseling and testing* dikatakan berhasil jika ada perubahan positif pada klien setelah melakukan konseling baik perubahan pada diri sendiri, perilaku, pemahaman, maupun kondisi psikologisnya.

2.3 Kerangka Konsep Penelitian



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Dan Jenis Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan metode studi kasus (*case study*) dimana peneliti berusaha untuk mengetahui bagaimana proses dan perkembangan program pelayanan VCT yang ada di kota Yogyakarta. Studi kasus adalah salah satu metode dalam penelitian kualitatif yang memusatkan diri secara intensif pada suatu obyek tertentu dan mempelajarinya sebagai suatu kasus. Data yang dikumpulkan berasal dari berbagai sumber (Nawawi, 2003).

Menurut Sugiyono (2010), pada penelitian kualitatif instrumen yang dipakai ialah peneliti itu sendiri. Peneliti akan menempatkan diri sebagai instrumen kunci yang ingin memahami keadaan sosial yang mendalam. Tehnik pengumpulan data dengan cara triangulasi (gabungan), bersifat induktif dan lebih menekankan pada makna bukan generalisasi. Penelitian kualitatif merupakan prosedur yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tulisan atau lisan maupun perilaku yang diamati (Moleong, 2007).

3.2 Waktu Dan Tempat Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan pada bulan November sampai Desember 2016 di Puskesmas Gedong Tengen. Menurut dinas kesehatan Yogyakarta tahun 2016 puskesmas Gedong Tengen adalah salah satu dari lima puskesmas yang membuka pelayanan tes HIV AIDS secara suka rela atau VCT. Puskesmas Gedong Tengen merupakan puskesmas yang paling banyak pasien aktifnya sehingga peneliti memutuskan untuk melakukan penelitian di puskesmas tersebut. Selain itu Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dan Dinas Kesehatan kota Yogyakarta juga akan menjadi tempat untuk dilakukan penelitian.

3.3 Informan Peneliti

a. Informan kunci

Individu yang mengetahui dan memiliki informasi pokok untuk penelitian. Dalam hal ini pengelola KPA kota Yogyakarta dan petugas dinas kesehatan kota Yogyakarta serta kepala puskesmas Gedong Tengen yang akan menjadi informan kunci.

b. Informan utama

Individu yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang akan diteliti

Dalam hal ini konselor tes sukarela yang akan menjadi informan utama sedangkan penderita AIDS HIV sebagai fearibilitas

Tehnik pengambilan sample informan akan dilakukan secara *non probability sampling* menggunakan tehnik bertujuan (*purposive sampling*). Peneliti hanya menunjukkan syarat dan kriteria kepada informan kunci (Subagyo, 2006)

3.4 Data Dan Sumber Penelitian

Menurut Notoadmojo, 2010 data adalah berupa kata atau huruf , atau kalimat atau angka yang dikumpulkan sebagai kharakteristik dalam penelitian.

1. Data Primer

Diperoleh langsung dari informan melalui wawancara mendalam yakni petugas KPA, penanggung jawab HIV Puskesmas Gedong Tengen dan Dinas Kesehatan kota Yogyakarta yang berjumlah lima orang narasumber.

2. Data Sekunder

Merupakan data primer yang diperoleh dari pihak lain. Data tersebut sebagai pendukung yang akan melengkapi data primer. Data sekunder didapatkan dari Kepala Puskesmas Gedung Tengen, data peraturan VCT (Permenkes, Dinas Kesehatan) data dari rekapitulasi mobile VCT di Dinas Kesehatan kota Yogyakarta. Data sekunder tidak menjadi obyek penelitian akan tetapi data sekunder hanya akan peneliti gunakan sebagai referensi dan informasi tambahan saja serta dalam penyusunan pertanyaan.

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian dalam penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri.
(Sugiyono,2010)

3.6 Rencana Analisis Data

Menurut Miles dan Huberman , 1984 analisis data mencakup hal berikut :

a. Reduksi data (*data reduction*)

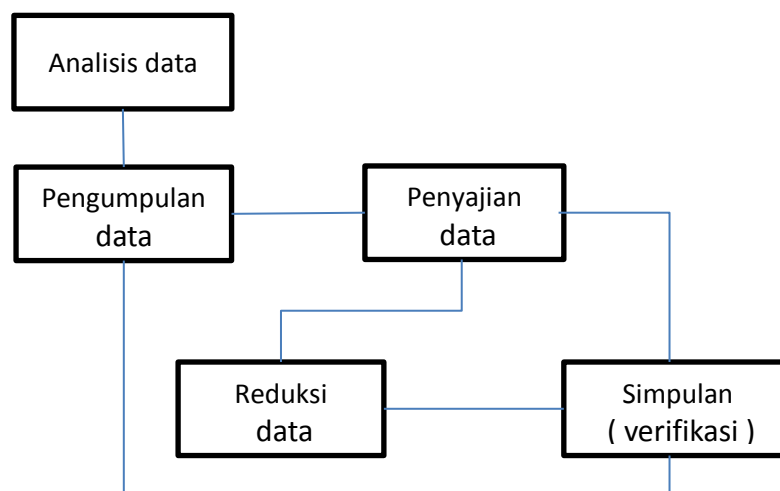
Mereduksi data artinya merangkum data yang diperoleh dari pengamatan lapangan , kemudian memilih hal pokok serta fokus pada hal yang dianggap penting.

b. Penyajian data (*data display*)

Penyajian data merupakan deskripsi dari informasi yang tersusun sehingga memudahkan dalam memahami suatu informasi. Pada penelitian kualitatif data yang disajikan biasanya berupa naratif. Selain itu data yang peneliti buat mencakup pelayanan VCT akan di sajikan dalam bentuk diagram batang.

c. Penarikan kesimpulan atau verifikasi (*conclusion drawing or verification*)

Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Kesimpulan yang kredible merupakan kesimpulan yang pada tahap awal di kemukakan dan di ikuti ke validan bukti yang ada. Dalam penelitian kualitatif deskripsi atau gambaran yang masih dianggap kurang jelas akan diperjelas dengan temuan baru yang dihasilkan dari penelitian kualitatif



3.7 Alur Penelitian

3.7.1 Tahap persiapan awal.

Tahap ini di mulai sejak bulan Oktober 2016, meliputi :

- a. Mempersiapkan perijinan penelitian di fakultas kedokteran universitas islam indonesia
- b. Mempersiapkan perijinan ditempat penelitian
- c. Persiapan pengumpulan data untuk wawancara sehingga membutuhkan pedoman wawancara, alat perekam dan alat tulis.

3.7.2 Tahap Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan pada bulan November 2016 yaitu pengumpulan data melalui wawancara, observasi dan dokumentasi pada pasien kepala puskesmas dan dinas kesehatan yogyakarta. Sebelumnya peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada narasumber mengenai penelitian yang akan dilakukan serta menentukan waktu yang disesuaikan dengan narasumber. Setelah itu narasumber diminta untuk menandatangani surat persetujuan untuk dilakukan pengumpulan data. Pada tahap akhir pengambilan data dilakukan pengolahan data kemudian dilakukan analisi data.

3.7.3 Tahap Akhir

Pada tahap akhir dari penelitian ini, peneliti akan mendokumentasikan penelitian dalam bentuk karya tulis ilmiah (KTI). Kemudian hasil penelitian ini akan dipertanggungjawabkan kepada dosen pembimbing dan dosen penguji sebagai salah satu persyaratan penyelesaian Program Studi Sarjana Kedokteran Universitas Islam Indonesia.

3.8 Keabsahan penelitian

Menurut Sugiyono, 2012 dalam penelitian kualitatif uji validitas data terhadap penelitian yang dilakukan disebut juga dengan *trustworthiness* yang mencakup validitas suatu data dapat dicapai dengan melakukan triangulasi sumber berupa *indepth interview* (wawancara mendalam) pada informan tambahan untuk di *cross check*. Dalam penelitian kualitatif menggunakan kredibilitas (kepercayaan

), transferabilitas (keteralihan), dependabilitas (kebergantungan), konfirmabilitas (kepastian).

3.8.1. *Credibility* (kredibilitas)

Uji kredibilitas data dalam penelitian ini dapat dilakukan dengan pengamatan pelaksanaan program di puskesmas Gedong Tengen, peningkatan ketekunan, triangulasi, dan diskusi dengan dosen pembimbing. Perpanjangan pengamatan dapat dilakukan dengan kembali ke puskesmas Gedong Tengen, Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dan KPA DIY untuk mendapatkan informasi ulang atau mengamati ulang.

3.8.2. *Transferability* (keteralihan)

Dalam penelitian ini peneliti akan menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkan hasil dari penelitian ke subyek penelitian yang lain atau situasi lain untuk di pahami oleh orang lain dan menerapkan atau mengaplikasikannya. Dalam hal ini maka peneliti membuat laporan pelaksanaan mobile VCT di kota Yogyakarta dengan memberikan uraian secara rinci, jelas, dan sistematis serta dapat dipercaya melalui pembuatan wawancara secara tertulis.

3.8.3. *Dependability* (kebergantungan)

Dalam penelitian ini peneliti akan menunjukkan bukti aktivitas di lapangan atau audit terhadap seluruh proses mulai dari menentukan sumber data, melakukan analisis, keabsahan data, sampai menarik suatu kesimpulan yang di audit oleh dosen pembimbing. Dalam hal ini peneliti memberikan hasil rekaman wawancara sebagai jejak aktivitas wawancara dengan narasumber.

3.8.4. *Konfirmability* (konfirmasi)

Disebut juga uji obyektifitas penelitian yang juga mirip dengan uji dependability, sehingga pengujiannya dapat di lakukan bersamaan. Menguji konfirmasi berarti menguji hasil penelitian yang dikaitkan dengan proses penelitian yang dilakukan. Jika hasil penelitian sesuai dengan fungsi dari proses penelitian maka penelitian tersebut telah memenuhi standar konfirmability.

Dalam penelitian ini menggunakan tehnik triangulasi untuk pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu diluar data sebagai keperluan pengecekan atau perbandingan data. Triangulasi yang digunakan oleh peneliti ialah yang di kembangkan oleh Denzin (dalam Moleong, 2007) triangulasi sebagai tehnik pemeriksaan untuk mencapai keabsahan yakni :

1. Triangulasi sumber data menggali kebenaran informasi melalui sumber perolehan data. Peneliti menggunakan berbagai sumber data seperti dokumen pelaksanaan mobile VCT, arsip dari data dinas kesehatan kota Yogyakarta dan puskesmas Gedong Tengen yang peneliti dapatkan saat melakukan wawancara.
2. Triangulasi metode yakni menggunakan tehnik seperti wawancara dan dokumentasi. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan tehnik wawancara dengan dokumentasi yang diperoleh dari beberapa informan yang terlibat dalam dinas kesehatan kota Yogyakarta, KPA kota Yogyakarta dan kepala puskesmas Gedong Tengen.

3.9 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti telah mendapatkan *ethical clearance* dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia. Hal-hal yang harus dilakukan dalam mendapatkan *ethical clearance* adalah mengurus perizinan kepada pihak Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia untuk melakukan penelitian. Memberi penjelasan dan meminta persetujuan kepada informan atau narasumber untuk sukarela menjadi narasumber dalam penelitian ini. Semua informan atau data yang didapatkan akan digunakan sebaik-baiknya dan akan dijaga kerahasiannya.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Karakteristik Narasumber

Narasumber dalam penelitian ini terdiri dari 5 (lima) orang yang berbeda diantaranya yaitu terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan Yogyakarta, Komisi Penanggulangan AIDS kota Yogyakarta, Kepala Puskesmas Gedong Tengen, konselor dari ketua LSM KEBAYA, dan konselor VCT Puskesmas Gedong Tengen. Alasan peneliti memilih narasumber sebanyak 5 (lima) orang dengan latar belakang yang berbeda adalah untuk dapat memberikan informasi secara lengkap mengenai program *voluntary counselling and testing*. Narasumber ini juga merupakan orang-orang yang mengikuti atau pendamping dalam *program voluntary counselling and testing*. Narasumber bersedia untuk dilakukan wawancara dan bersedia dilakukan observasi. Narasumber pada penelitian ini, semuanya dilakukan dengan metode wawancara mendalam yang dilakukan dengan memberikan pertanyaan terbuka. Dengan jumlah sampel yang telah ditentukan, peneliti telah mendapatkan banyak informasi yang dibutuhkan.

Berikut ini rangkuman profil dari 5 (lima) orang yang menjadi narasumber dalam penelitian ini :

Tabel 1. Karakteristik narasumber penelitian

No	Inisial Narasumber	Usia Responden	Keterangan
1	Ibu E (R5)	38 Tahun	Koordinator VCT Dinas Kesehatan Yogyakarta
2	Ibu A (R2)	44 Tahun	Koordinator VCT Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) kota Yogyakarta
3	Bapak T (R4)	56 Tahun	Kepala Puskesmas Gedong Tengen
4	Mami V (R1)	59 Tahun	Ketua LSM KEBAYA
5	Bapak P (R3)	52 Tahun	Konselor VCT Puskesmas Gedong Tengen

Berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber tersebut, didapatkan rangkuman kesimpulan seperti tabel 2 berikut ini.

Tabel 2. Ringkasan Hasil Penelitian

Tema	Kategori
Konsep mobile VCT	Definisi Mobile VCT Prinsip program Cakupan program
Regulasi mobile VCT	Kebijakan program Tujuan program Efektifitas program
Implementasi program mobile VCT	Tahapan pelaksanaan Peranan mobile VCT (SDM, sarana dan prasarana) Mekanisme mobile VCT
Indikator keberhasilan	Keberhasilan program

4.1.1 Konsep Mobile Voluntary Counselling and Testing (VCT)

Permasalahan kesehatan terkait HIV mencakup multisektor termasuk dampak yang ditimbulkan. Kenaikan kasus HIV dari level *low* sampai dengan konsentrit diatas 5 persen, oleh karena itu pemerintah melaksanakan upaya penanggulangan HIV AIDS sesuai dengan target MDG'S pada tujuan ke 6 yaitu penurunan prevalensi HIV/AIDS. Setiap 100 persen orang yang positif terinfeksi HIV, 90 persennya adalah populasi kunci, sehingga perlu melakukan intervensi ke populasi kunci dengan cara membuka akses strategi pendekatan dengan intervensi program KIE (komunikasi informasi dan edukasi) melalui *mobile VCT*.

Berdasarkan analisis dari yang disampaikan oleh berapa narasumber terkait konsep program VCT yang menjadi acuan dari buku panduan pedoman *Voluntary Counselling and Testing (VCT)* mencakup :

2.2.2.1 Definisi *Voluntary Counselling and Testing* (VCT)

VCT merupakan upaya pencegahan penyebaran infeksi virus HIV dengan cara memberikan akses perawatan dan dukungan terhadap orang beresiko tinggi atau populasi kunci. VCT dilakukan melalui konseling dan testing secara sukarela. Konseling dalam VCT berupa dialog antara klien dengan konselor yang bersifat rahasia, sehingga memungkinkan klien untuk mampu menyesuaikan atau beradaptasi diri dan bertindak dalam pengambilan keputusan terkait HIV AIDS. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan narasumber didapatkan hasil bahwa pelayanan VCT merupakan suatu akses pendekatan terhadap populasi kunci untuk penanggulangan HIV AIDS serta merupakan suatu bentuk pertanggungjawaban diri bagi orang yang memiliki resiko tinggi untuk melakukan *test* dan untuk mengetahui status kesehatannya.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan narasumber menjelaskan bahwa mobile VCT merupakan suatu akses pelayanan yang intervensi nya terfokus pada populasi kunci. Berikut penuturannya :

“.....jadi fokus nya di populasi kunci itu. Nah bagaimana caranya melakukan intervensi ke populasi kunci kita harus e... membuka akses mereka paling tidak ini yang harus dilakukan ke populasi kunci nah salah satunya strategi pendekatannya dengan intervensi program informasi KIE dan sebagainya termasuk layanan dan layanan ini dinamakan mobile VCT....” (R2, 70-76)

CITC (*Client-Initiated Testing and Counselling*) adalah pendekatan primer dalam konseling dan tes HIV & AIDS yang ditekankan pada pengkajian dan manajemen dari perilaku beresiko, memberikan pengetahuan tentang isu-isu dan informasi seperti keinginan dan implikasi untuk melakukan tes, dan strategi-strategi untuk mengurangi perilaku-perilaku beresiko pada populasi kunci yang didapat dari partisipasi klien secara aktif datang ke pelayanan kesehatan secara sukarela. Konseling dilakukan sebelum dan sesudah dilakukan tes untuk mendiagnosa HIV/AIDS, jika didapatkan hasil tes positif maka konseling akan mengarah pada perawatan, terapi dan pelayanan pendukung lainnya (WHO, 2007)

Dalam strategi nasional 2010-2014 yang merupakan lanjutan dari strategi 2007-2010 dikembangkan upaya untuk mengkoordinasikan keterlibatan pemerintah dan peran aktif masyarakat termasuk kelompok komunitas dan kelompok dukungan sebaya yang berfokus pada perluasan program pencegahan dan pengobatan untuk populasi kunci (KPA, 2010)

Namun narasumber lain menjelaskan bahwa VCT adalah suatu tanggung jawab untuk melakukan *test* yang sebelumnya telah dilakukan konseling bagi yang memiliki perilaku beresiko tinggi dan tidak paham akan informasi HIV. Pemeriksaan ini bersifat sukarela. Berikut penuturan dari narasumber :

“Nah arti dari voluntary counselling test adalah setiap orang itu kan kemudian punya tanggung jawab untuk test, tapi untuk test ini karna tidak dipaksa ya ,, kemudian lewat konsultasi dulu sejauh mana mereka punya perilaku resiko tinggi ,kalo tidak sebetulnya ya tidak masalah gitu....tapi kalo memang dia punya resiko tinggi dan tidak paham tentang informasi HIV tentu saja akan di berikan informasi dasar terlebih dahulu tentang HIV AIDS seperti itu.”(R1, 16-34)

Konseling dan deteksi HIV secara sukarela atau *voluntary counselling and testing* (VCT), saat ini sudah di kenal luas di dunia internasional sebagai suatu strategi yang efektif dan penting untuk pencegahan maupun pelayanan HIV AIDS di kalangan beresiko tinggi (Widiastuti, 2008).

Beberapa kelompok beresiko tinggi sebagai target sasaran layanan VCT sangat luas yaitu pada kelompok berisiko tertular dan kelompok rentan. Kelompok berisiko tertular adalah kelompok masyarakat yang berperilaku risiko tinggi seperti penjaja seks dan pelanggannya, pasangan tetap penjaja seks, gay (MSM-*man sex with man*), pengguna napza suntik (penasun) dan pasangannya serta narapidana. Hasil tes HIV digolongkan menjadi 3 yaitu non-reaktif, reaktif dan indeterminate (Family Health International, 2004).

4.1.1.2. Prinsip Program *Mobile Voluntary Counselling and Testing* (VCT)

Prinsip dalam pelaksanaan layanan yang berkaitan dengan bimbingan dan konseling harus diarahkan sebagai pengembangan yang mampu membimbing diri individu untuk menghadapi suatu masalah serta proses pengambilan keputusan sesuai kehendaknya sendiri bukan karena paksaan maupun desakan dari pembimbing dan pihak lain. Menurut para narasumber prinsip pelayanan VCT baik secara statis maupun mobile dilakukan secara sukarela tanpa adanya suatu paksaan atau memaksakan yang ditandai dengan surat keterangan persetujuan atau *inform consent*. Berikut ini adalah penuturan dari narasumber :

“.....Setahu saya sudah artinya prinsip sebenarnya kesukarelaan mereka jadi kalau mereka belum paham kan kita papari , kita kasitahu tentang blabla nya HIV AIDS itu jadi tidak ada pemaksaan sama sekali , jadi kan ada form khusus mobile VCT....” (R5, 37-41)

Layanan konseling dan testing HIV/AIDS sukarela secara *mobile* atau melalui penjangkauan dapat dilaksanakan di LSM atau layanan kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat yang memiliki perilaku beresiko atau beresiko tertular HIV AIDS di wilayah tertentu. Layanan ini diawali dengan survey atau penelitian di kelompok masyarakat wilayah tersebut (Pedoman VCT, 2006).

Namun narasumber lain menjelaskan bahwa VCT ini bersifat wajib di Lapas Rutan. Berikut penuturan dari narasumber :

“.....akan tetapi yang dilapas rutan kooperatif karena mandatori atau wajib di club malam juga wajib.....” (R4, 58-60)

Pelaksanaan VCT di Rumah Tahanan (Rutan) dilaksanakan secara rutin atas kerjasama Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan. Meskipun pelaksanaannya sudah rutin akan tetapi cakupan program masih rendah. Hal ini dikarenakan prinsip kesukarelaan (*Voluntary*) dari program VCT itu sendiri sehingga memungkinkan terjadinya penolakan untuk dilakukannya VCT (Muhith, 2017).

Narasumber lain menjelaskan bahwa dalam pelayanan VCT harus meminta kesediaan dari klien untuk mengikuti jalannya kegiatan VCT sebagai berikut :

“...Yaa,, kita pertama-tama tentunya meminta kesediaan dari klien ,,kemudian kita menjelaskan tujuan, test,,ehhh pemeriksaan lab nya,, kemudian hasilnya kita kasih tau secara pribadi,,kalo hasilnya positif kemudian kita berikan rujukan tindakan selanjutnya,...” (R3, 27-32)

Prinsip pelayanan dalam VCT dalam buku pedoman departemen kesehatan dan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2013 prinsip pelayanan terdiri dari *Inform consent* yang berarti orang yang diperiksa HIV harus dimintai persetujuannya atau kesediaannya untuk pemeriksaan laboratorium. Mereka harus diberikan informasi atau pemahaman tentang proses tes HIV, layanan yang tersedia sesuai dengan hasil pemeriksaannya, dan hak mereka untuk menolak tes HIV tanpa mengurangi kualitas layanan lain yang dibutuhkan. Kemudian, *Confidentiality* yang artinya bahwa semua isi diskusi antara klien dan petugas pemeriksa atau konselor dan hasil tes laboratoriumnya tidak akan diungkapkan kepada pihak lain tanpa persetujuan klien. Kemudian *Counselling* merupakan layanan tes HIV harus dilengkapi dengan informasi pra-tes, konseling dan pasca-tes yang berkualitas baik. Lalu, *Correct testing* yang berarti suatu penyampaian hasil tes harus akurat. Hasil tes harus dikomunikasikan sesegera mungkin kepada klien secara pribadi oleh tenaga kesehatan yang memeriksa. Yang terakhir , *Connection/linkage to prevention, care, and treatment services* yang artinya klien harus dihubungkan atau dirujuk ke layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV yang didukung dengan sistem rujukan yang baik dan terpantau.

4.1.1.3. Cakupan Program Voluntary Counselling and Testing (VCT)

Meluasnya HIV-AIDS memberikan dampak buruk terhadap pembangunan nasional secara keseluruhan. Pemerintah Indonesia telah menjalankan berbagai program dari tahun ke tahun untuk menanggulangi kasus tersebut. Program-program peningkatan pelayan konseling dan testing melibatkan dukungan dan kesadaran diri seperti program peningkatan penggunaan kondom pada setiap

hubungan seks berisiko yang ditingkatkan untuk mencegah infeksi HIV. Pada penelitian disebutkan bahwa cakupan mobile VCT ini mencakup lembaga maupun moment tertentu , bahkan dapat masuk ke akses tertentu seperti tempat hiburan malam. Berikut pernyataan nara sumber :

“Cakupan vct mobile,,, spot spot tempat LSM mangkal, fiesta kebaya lapas di luar puskesmas, moment tertentu misalnya malam renungan itu biasanya ada layanan mobil VCT “ (R5,63-65)

Pelaksanaan layanan di tempat kerja sangat dipengaruhi oleh fasilitas dan sumber daya yang tersedia di masing-masing tempat kerja. Konseling HIV di lingkungan tempat kerja dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan KTS (konseling tes sukarela) atau KTIP (konseling tes inisiasi petugas) (Depkes RI, 2006)

Bukan hanya tempat kerja saja, namun program mobile VCT juga menasar lapas yang ada di sekitar kota Yogyakarta. Seperti penjelasan berikut :

“ kami mengambil keseluruhnya tidak hanya di kota tetapi per LSM spa plus lapas bapas kantor polisi ke instansi instansi itu semua menjadi cakupan “ (R4, 45-48)

Penyelenggaraan di Lembaga Perasyarakatan dan Rumah Tahanan di dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan penawaran rutin sewaktu pengenalan lingkungan (mapenaling) dan tes ulang bisa dilakukan secara KTS atau KTIP. Bagi Lapas dan Rutan yang belum memiliki sarana tes atau petugas yang belum terlatih, maka tes darah dilakukan dengna bekerja sama dengan Puskesmas setempat (Depkes RI, 2006)

Namun narasumber lain yang memberikan penilaian tentang cakupan VCT di wikayah Kota Yogyakarta ini yang sudah bagus namun perlu dikembangkan di puskesmas lain. Hasil dari wawancara narasumber menyampaikan bahwa untuk cakupan program sudah cukup bagus. Berikut penuturannya :

“.....Menurutnya saya sudah cukup bagus sistemnya cuma perlu dikembangkan ke puskesmas puskesmas lain dengan cara supaya

pemerataan semakin banyak diperiksa akan semakin banyak ditemukan.....”(R4, 51-54)

Dalam rangka meningkatkan cakupan tes HIV baik secara pencegahan maupun pengobatan maka perlu adanya pengembangan program diagnosa dini yang komprehensif dan kesinambungan dengan fasilitas pelayanan yang terintegrasi antara lain KIA, KB , NAPZA dan lain-lain. Selain fasilitas layanan yang terintegrasi juga dapat di selenggarakan secara mandiri yakni di fasilitas layanan kesehatan yang khusus memberikan pelayanan HIV dan AIDS secara sukarela yang pada umumnya di selenggarakan di tingkat komunitas sehingga lebih menjangkau masyarakat. (Permenkes, 2014)

Dalam mencapai suatu target VCT agar memiliki sasaran yang luas maka VCT dibagi menjadi dua bentuk pelayanan yakni statis dan *mobile* VCT yang mana statis adalah pelayanan yang dilakukan secara menetap di puskesmas maupun rumah sakit yang menyediakan akses layanan VCT sedangkan *mobile* dilakukan secara bergerak menggunakan prasarana untuk menjangkau wilayah yang memerlukan akses VCT karena tidak ada kemauan untuk mendatangi layanan VCT yang berada di instansi tersebut.

Mobile VCT merupakan salah satu cara untuk memudahkan akses layanan pada mereka yang membutuhkan. Dengan demikian cakupan skrining ataupun pemeriksaan HIV bagi populasi resiko tinggi yang wilayahnya jauh dari klinik statis. Situasi lapangan yang beragam dan mungkin tidak ideal untuk pelaksanaan *mobile* VCT diharapkan tidak akan menjadi penghambat besar didalam memberikan layanan. Namun demikian layanan dengan kualitas yang baik tetap harus diberikan (Anonim, 2007)

Seperti yang di ungkapkan narasumber mengenai tim layanan VCT di bagi menjadi 2 tim. Berikut pernyataan narasumber :

“pelatihan semua mulai dari dokter analis kemudian bidan satu lagi konselor (satu tim) kemudian dibagi 2 pelatihannya yang satu tim mobile yang satu tim statis jadi disini tidak bisa sendiri saja pasti akan

kompeherensif dengan IMS harm reduction sejak 2006 nah mulai berjalan 2007.” (R4, 12-18)

Berdasarkan output dari program VCT dengan pencapaian target terbagi menjadi dua model pelayanan statis VCT (klinik VCT tetap) dan mobile VCT (penjangkauan dan keliling) (Yusnita, 2013)

Berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber mengapa perlu diadakan VCT secara mobile adalah sebagai berikut :

“.....Ada 2 tim karena tim 1 tim statis yang datang kesini dan tim mobile yang datang ketempat sana kan kenapa kami datangi kesana tidak semua pasien mau di ambil darahnya ke dua dia malu.....” (R4, 29-32)

Tim akan mendatangi beberapa komunitas yang dianggap berpotensi sebagai kumunitas gay, lesbian, ataupun daerah lokalisasi pekerja seks komersial. Setelah dilakukannya pendekatan tim akan melakukan VCT kemudian di test apakah mengindap atau tidak. Bila positif akan dirujuk ke Rumah Sakit (Anonim, 2009)

4.1.2. Regulasi program *Mobile Voluntary Counselling and Testing*

Program VCT merupakan suatu program pemerintah dibidang kesehatan berstrategi nasional menanggulangi HIV AIDS. Oleh karena itu pemerintah mengatur hukum tentang program VCT berdasarkan kebijakan program kemudian tujuan dari program serta keefektifitasan program tersebut.

4.1.2.1. Kebijakan program *Mobile Voluntary Counselling and Testing*

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan bersama dengan narasumber didapatkan hasil bahwa kebijakan hukum tentang VCT diatur oleh Permenkes, Perpres, dan Permendagri yang sama dalam pengaturan dalam pembentukan komisi penanggulangan AIDS atau KPA. Program VCT itu sendiri akan diatur dalam Permenkes No. 74 tahun 2014 yang mengatur khusus tentang pedoman pelayan VCT secara sukarela.

“ Kalau KPA sendiri kan dasar hukumnya, dasar hukum PERPRES no.75 tahun 2006, kemudian ada turunannya PERMENDEGRI no.20 tahun 2007 .

kalau kalau yang PERPRES tadi untuk pembentukan KPA yang nasional, kemudian kalau PERMENDEGRI tadi untuk pembentukan KPA provinsi dan kabupaten kota. Nah kalo yang melatarbelakangi KPA itu ada karna penanganan HIV masih belum optimal, jadi urusan HIV hanya urusan kesehatan makanya hanya diberikan pada menteri kesehatan atau dinas kesehatan padahal sebetulnya HIV ini mencangkup multi sektor termasuk dampak dampaknya yang ditimbulkan , nah akhirnya kan dibentuk komisi penanggulangan AIDS “ (R2, 22-26)

Kebijakan hukum dalam layanan VCT tercantum pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan konseling dan tes HIV ini mulai berlaku dan menghapuskan peraturan pelayanan sebelumnya yang tercantum pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomer 1507/Menkes/ SK/ X/ 2005 tentang pedoman pelayanan konseling dan testing HIV dan AIDS secara sukarela (*Voluntary Counselling and Testing*).

4.1.2.2. Tujuan program *Mobile Voluntary Counselling and Testing*

Tujuan dari pelayanan *mobile* VCT secara umum adalah untuk menurunkan angka kesakitan HIV AIDS melalui peningkatan mutu pelayanan konseling dan testing HIV AIDS secara sukarela. Adapun tujuan secara khusus adalah sebagai pedoman penatalaksanaan pelayanan konseling dan testing HIV AIDS.(Pedoman pelayanan konseling dan testing HIV AIDS secara sukarela, 2006). Seperti yang diungkapkan oleh beberapa narasumber mengenai program VCT adalah program khusus untuk orang-orang yang memiliki resiko tinggi terpapar HIV. Berikut penuturan dari narasumber:

“.....VCT itu voluntary counselling and test dimana VCT itu khusus buat test bagi orang-orang yang punya resiko tinggi terdampak HIV.....” (R1, 17-19)

Pelaksanaan program *mobile* VCT merupakan suatu tindakan yang dilakukan oleh kelompok atau inividu yang di lakukan oleh Komisi

Penanggulangan AIDS (KPA) yang di wujudkan untuk mencapai suatu tujuan yang telah di tetapkan dalam kebijakan penanggulangan HIV AIDS yang sifatnya mendatangi para perilaku beresiko (populasi kunci) lalu memberikan pelayanan berupa pre konseling, testing , pasca konseling (Haya, 2015)

Mobile VCT memberikan informasi dasar mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan HIV AIDS baik itu artinya, tujuan, maupun penularan dan pencegahan secara menyeluruh sehingga setiap individu akan lebih memahami maksud dan tujuan dari program tersebut. Berikut penuturan narasumber tentang program VCT sebagai pemberi informasi :

“...tapi kalo memang dia punya resiko tinggi dan tidak paham tentang informasi HIV tentu saja akan di berikan informasi dasar terlebih dahulu tentang HIV AIDS seperti itu.....” (R1, 25-29

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2014 pemberian informasi dasar terkait HIV bertujuan agar klien memahami cara pencegahan, penularan HIV, perilaku beresiko sehingga membantu klien untuk memahami pentingnya test HIV serta mengurangi rasa khawatir dalam test HIV.

4.1.2.3.Efektifitas Program *Mobile Voluntary Counselling and Testing*

Proses konseling yang mendalam dan efektif akan membantu klien untuk berkembang secara optimal. Dan jika konseling tidak mendalam dan efektif maka akan mendapatkan kegagalan dalam mencapai tujuan. Keefektifitasan itu sendiri dapat dipengaruhi oleh beberapa aspek seperti derajat kesehatan seseorang, durasi waktu, maupun kualitas dari konselor itu sendiri. Indikator untuk mengukur efektifitas program dapat dinilai dari perubahan perilaku, kesehatan mental yang positif, maupun pengambilan keputusan yang tepat. Berikut penuturan dari narasumber terkait keefektifitasan program :

“.....Sangat efektif ya karena dengan adanya VCT tentu saja kita akan lebih cepat mengetahui sejauh mana program yang kita laksanakan itu berhasil . Jadi lebih kepada kolaborasi program dari awal pencegahan

sampai terapi , kemudian pendampingan . jadi lebih ke kolaborasi antar program. Sebetulnya VCT inikan bergerak ya jadi seperti jemput bola layanan programnya yang menghampiri orang-orang yang tentunya beresiko tinggi....”(R1, 245-254)

Berdasarkan penelitian *Family Health International* tahun 2004 di Kenya membuktikan bahwa VCT merupakan suatu strategi yang efektif dan *cost effective* untuk memfasilitasi perubahan perilaku. VCT merupakan langkah awal dan penting dan menyeluruh di berbagai organisasi Internasional dalam pelayanan HIV AIDS.

Namun narasumber yang lain menjelaskan bahwa program VCT ini sudah efektif karena dapat memberikan dampak positif dengan cara merubah perilaku beresiko mereka untuk melakukan hubungan yang aman. Berikut penuturan dari narasumber :

“.....Saya rasa sudah ya,,, mereka yang positif HIV akan didampingi oleh pendamping kemudian mendapatkan pengobatan,,, e,,,sudah cukup efektif sehingga mereka banyak yang sudah bisa menerima status mereka yang awalnya menolak ,,,, eee,, kemudian mereka bisa merubah perilakunya ee untuk tidak melakukan hubungan yang tidak aman....” (R5, 88-94)

VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi yang efektif dimana kemungkinan klien dengan bantuan konselor terlatih dapat menggali dan memahami diri akan resiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV AIDS, mempelajari status dirinya, mengerti dan bertanggung jawab untuk menurunkan perilaku beresiko dan mencegah penularan infeksi terhadap orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat. (Widiyanto, 2008)

Dalam kaitannya dengan HIV AIDS perubahan perilaku lebih diarahkan kepada hal peningkatan kualitas hidup yang dalam kehidupan sehari-hari beresiko untuk menularkan virus HIV kepada orang lain. Kesehatan mental yang baik dengan cara penerimaan, penyesuaian, dan identifikasi atas stasus HIV klien

sehingga dapat belajar untuk menjadi pribadi yang bertanggung jawab dan efektif untuk bersedia memikul resiko maupun tindakan dan mengontrol diri terhadap dorongan-dorongan dan memberikan respon yang wajar terhadap frustrasi, depresi, ataupun penolakan. Dengan dapat mengambil keputusan yang tepat maka akan membuat klien mampu memilih alternatif dari tindakannya serta menerima konsekuensi yang mungkin terjadi atas keputusannya sesuai dengan nilai dan norma yang ada. Dengan adanya program *mobile* VCT ini akan memudahkan untuk mengetahui secara dini status HIV AIDS seseorang dan secara cepat mengetahui sejauh mana program VCT yang terlaksana berhasil (Anonim, 2017)

4.1.3. Implementasi program *Mobile Voluntary Counselling And Testing*

Untuk meningkatkan kinerja suatu pelaksanaan program diperlukan suatu proses pelaksanaan yang menyeluruh. Pelaksanaan program VCT mencakup mekanisme dari program VCT , tahapan VCT serta peranan yang ada dalam program VCT. Dalam pelaksanaan *mobile* VCT berdasarkan pedoman pelayanan konseling dan testing HIV secara sukarela Depkes RI 2006 meliputi sumber sarana, prasarana dan sumber daya manusia (SDM).

4.1.3.1.Mekanisme program *Mobile Voluntary Counselling And Testing*

Mekanisme pelaksanaan program *mobile* VCT merupakan suatu proses menyeluruh yang dilaksanakan mulai dari persiapan sebelum tindakan VCT yang berupa komunikasi dengan pihak penyelenggara layanan sampai dengan pendampingan setelah tahapan dari VCT dilaksanakan. Komunikasi dengan mengirim surat kepada pihak instansi yang terkait, kemudian pihak instansi akan terjun langsung untuk menghampiri instansi. Berdasarkan hasil wawancara dengan para narasumber mengenai mekanisme program VCT *mobile* sebelum dilakukan tahapan pelaksanaan dan setelah VCT *mobile* pertama mengkoordinasikan terlebih dahulu dengan pihak penyelenggara sehingga pihak penyelenggara dapat mempersiapkan waktu, tanggal, maupun tempat untuk pelaksanaan VCT adalah sebagai berikut :

“....berdasarkan permintaan dari wilayah atau dari komunitas misalnya di komunitas waria , komunitas LSM atau komunitas YPS. Kita diminta datang untuk VCT , sebetulnya sudah koordinasi dulu . koordinasi nanti dan mempersiapkan waktu, tanggal dan tempat sama anak anak yang mau si VCT.....” (R3, 13-18)

Prosedur pada tahapan persiapan tim klinik VCT mobile akan melakukan koordinasi terlebih dahulu dengan orang kunci lain untuk melakukan assesmen lokasi dan menentukan lokasi yang akan digunakan sebagai tempat mobile VCT. Pemilihan lokasi dan waktu pelayanan akan disesuaikan dengan kriteria yakni lokasi yang cukup dekat dan aman serta layak bagi kelompok sasaran dan mendapatkan izin dari yang berwenang (Anonim, 2007)

Namun narasumber lain menjelaskan bahwa untuk dapat memenuhi kebutuhan suatu komunitas atau populasi memberikan angka minimal sebanyak empat atau lima orang klien yang akan di VCT karena sifatnya *mobile* maka pengiriman pelayanan harus memenuhi angka minimal tersebut jika kurang maka tidak akan dilayani dan harus datang sendiri ke akses pelayan statis VCT yang berada di instansi. Apabila jumlah tidak memenuhi aturan minimal maka pasien akan di kumpulkan terlebih dahulu sehingga sampai terkumpul sesuai jumlah minimal. Setelah tim siap dengan jumlah minimal pasien terpenuhi tahapan selanjutnya adalah tahapan pelaksanaan dari tim *mobile* VCT yang berupa tahapan pra konseling , test konseling dan pasca konseling. Berikut adalah penuturan dari narasumber :

“.....kami datangi kesana tidak semua pasien mau di ambil darahnya ke dua dia malu kemudian tim mobile ini kita kalau dibutuhkan oleh suatu komunitas atau populasi kunci minimal empat atau lima orang kalau hanya satu atau dua orang tidak akan kita berikan karena nanti jumlah tim anggotanya sama yang diperiksa banyak tim anggota....”(R4, 29-36)

Satu minggu sebelum dimulai pelaksanaan tim mobile VCT akan mengkonfirmasi kepada orang kunci atau pihak yang terkait lokasi. Dalam hal ini tim mobile VCT menerapkan jumlah klien minimal sebanyak 10 orang (Anonim,

2007). Setelah koordinasi dengan tim mobile VCT telah dilaksanakan mekanisme selanjutnya adalah VCT yang akan dilaksanakan di tempat secara langsung. Proses *mobile* VCT dan statis VCT adalah sama hanya tempatnya saja yang berbeda. Berikut adalah penuturan dari narasumber terkait mekanisme *mobile* VCT yakni berupa konseling diawal dengan menjelaskan tujuan dari VCT, kemudian tentang HIV, sampai dengan tindak lanjut bagi yang positif HIV :

“.....Tahapan konseling ya.. mungkin yang pertama kita menjelaskan tentang tujuan VCT, penjelasan tentang HIV sendiri kemudian tentang e.... pencegahannya tentang tindak lanjut..... “(R3, 30-36)

“..... tindak lanjutnya tindak lanjut dalam artian seandainya hasilnya bagus ya di usahakan untuk menjaga, kalau seandainya hasilnya reaktif ya kita lakukan tindak lanjut , tangani , diobati....” (R3, 41-45)

Spesimen darah yang tidak reaktif sesudah testing cepat pertama dikatakan sebagai sero negatif dan kepada klien disampaikan bahwa hasilnya negatif. Tidak dibutuhkan testing ulang. Spesimen darah yang sero-reaktif pada testing cepat pertama membutuhkan testing ulang dengan testing kedua yang mempunyai prinsip dan metode reagen yang berbeda. Bila hasil pertama reaktif kedua juga reaktif maka dikatakan hasilnya positif. Namun bila hasil pertama reaktif dan kedua non-reaktif maka pemeriksaan harus diulang kembali. Dan bila hasil keduanya reaktif maka dikatakan positif. Tetapi bila hasil pertama reaktif kedua tetap non-reaktif maka dikatakan tidak dapat ditentukan/indeterminate. Dan bila diulang lagi keduanya non-reaktif maka dikatakan negatif (Pedoman VCT, 2006)

Setelah selesai proses yang dilakukan ditempat pelaksanaan *mobile* VCT dan pasien telah menerima hasilnya maka para pasien akan diberikan pilihan terkait pendampingan terhadap ODHA maupun non ODHA. Pendampingan ini bertujuan untuk memudahkan dan memberikan pengalaman serta motivasi kepada pasien ODHA agar dapat menerima hasil dari keadaan mereka. Dan pendampingannya adalah sesama orang yang terkena HIV AIDS serta berdasarkan

orientasi seksualnya. Berikut adalah penuturan wawancara dengan narasumber terkait dengan upaya atau tindak lanjut setelah dilaksanakan tahapan VCT :

“.....ketentuan tergantung kita ketika ada pengobatan kami mengajak seseorang relawan atau pendamping yang dia juga menderita HIV juga. Ketika nanti anda disampaikan anda positif HIV harus minum obat , orang itu pasti nangis, trus kami menunjukkan ini juga HIV tapi sekarang minum obat sehingga sehat gitu cara komunikasinya....Setelah ditemukan HIV langsung diberikan Pendamping itu adalah sesama orang yang terkena HIV,, kalo dia gay carikan gay, klo dia waria carikan waria,, carikan sesuai dengan orientasi dan jenis kelaminnya,, kalo dicarikan yang berbeda nanti bisa “disikat” dalam tanda kutip cinta lokasi,, jadi kami yang akan mencarikan pendamping,, karna beberapa pendamping dapat memberikan manfaat,, kita meningkatkan derajat martabat nya.....”
(R4, 86-101)

Pendamping merupakan suatu proses fasilitasi yang dilakukan oleh para pendamping yang berperan untuk membantu, mengarahkan, dan mencari jalan keluar terhadap berbagai masalah. Pendamping dapat berfungsi sebagai fasilitator atau sarana agar tercapai suatu tujuan. Sarana tersebut biasanya untuk memperlancar proses kegiatan. Dalam hal ini pendamping berperan sebagai fasilitator dengan cara memfasilitasi ODHA agar mampu menangani tekanan psikis dan sosial yang dialami. Tidak mudah bagi ODHA untuk menerima kenyataan bahwa dirinya menderita penyakit yang ditakuti masyarakat. ODHA cenderung menyalahkan keadaan dan tidak dapat menerima keadaan. Banyak ODHA merasa cemas tidak akan lagi diterima di keluarga, lingkungan , masyarakat, serta ketakutan untuk menyongsong masa depan sehingga ODHA tidak lagi mau bergaul. Selain sebagai fasilitator pendamping juga memeberikan motivasi kepada para penderita yang baru mengetahui status HIV nya yang akan memberikan semangat hidup untuk ODHA (Latifah, 2015)

Dukungan diberikan melalui kegiatan pendampingan dan dukungan sebaya terhadap ODHA. Dukungan ini diberikan oleh pendukung sebaya kepada

setiap klien yang membutuhkan dukungan. Pendukung sebaya adalah seseorang ODHA yang telah mampu menerima statusnya sehingga mampu memberikan dukungan kepada ODHA lain yang memerlukan dukungan. Di sebut sebaya karena mereka sama-sama berstatus HIV positif. Dukungan kepada sesama diharapkan mampu memberikan perubahan besar kepada setiap klien yang baru saja mengetahui statusnya (Anonim, 2011)

4.1.3.2. Tahapan pelaksanaan program mobile *Voluntary Counselling and Testing (VCT)*

Tahapan dalam pelaksanaan program mobile VCT adalah proses yang dilaksanakan yang dimulai dari pra konseling dimana pada tahap ini klien akan diberikan informasi dasar tentang HIV, tujuan dari dilakukannya VCT, mengkomunikasikan tentang perubahan perilaku, serta melakukan penilaian resiko. Kedua tahapan test konseling dimana pada tahapan ini akan dilakukan tindakan pengambilan darah oleh petugas lab. Ketiga adalah tahapan pasca konseling dimana pada tahapan ini klien akan di beritahukan hasil dari pemeriksaan darahnya secara rahasia dan hanya diketahui oleh klien dan konselor itu sendiri. Berdasarkan hasil penelitian dengan narasumber menyatakan bahwa tahapan dalam konseling mobile dan stasis adalah sama hanya saja tempat yang berbeda.

Sebelum melaksanakan tahapan VCT maka konselor akan memberikan pra konseling terlebih dahulu untuk menjelaskan tentang tujuan VCT maupun informasi terkait dengan penyakit HIV sampai proses tindak lanjutnya. Berikut penuturan dari narasumber :

“.....pra kan kemudian dia mempersiapkan diri, pertama kita datang ke layanan kemudian akan diterima oleh seorang konselor dan kemudian dari konselor sudah mendapatkan pemahaman dan dia sadar akan posisinya sebagai orang yang beriko tinggi kemudian di rujuk untuk di ambil darahnya di lab....” (R1, 74-80)

Sebelum melakukan testing maka konselor dan klien akan melakukan pra konseling untuk melakukan diskusi yang bertujuan untuk mempersiapkan klien untuk testing. Isi dari diskusi ini adalah klarifikasi pengetahuan klien tentang HIV AIDS, penyampaian prosedur tes dan pengelolaan diri setelah menerima hasil tes, menyiapkan klien menghadapi masa depan, membantu klien untuk memutuskan akan tes atau tidak, persiapan inform consent dan konseling seks yang aman. Biasanya pada diskusi ini tidak lebih dari lima orang, sebelum dilakukan diskusi klien ditanya apakah setuju untuk berproses bersama (Pedoman VCT, 2006)

Setelah melalui tahapan pra konseling, tahapan selanjutnya adalah konseling yang memuat tentang VCT. Berikut penjelasan narasumber :

“.....Tahapan konseling ya..mungkin yang pertama kita menjelaskan tentang tujuan VCT, penjelasan tentang HIV sendiri kemudian tentang e.... pencegahannya tentang tindak lanjut seandainya dia diindikasi ada ke arah reaktif. Indikasi menjelaskan tentang kronologis atau penyakit harapannya itu yang kita lakukan....”(R3, 38-44)

Konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV AIDS , mencegah penularan HIV , mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggung jawab , pengobatan antiretroviral (ARV) dan memastikan memecahkan permasalahan terkait dengan HIV AIDS yang tujuannya untuk perubahan perilaku sehat dan lebih aman. Tahapan pelaksanaan pada mobile VCT dilakukan melalui tahapan kegiatan konseling pra test HIV, test HIV, konseling pasca test HIV (Pedoman pelayanan VCT , 2011)

Setelah melalui konseling, tahapan berikutnya adalah pemeriksaan darah. Pemeriksaan ini hasilnya dapat ditunggu oleh klien. Berikut hasil wawancara yang dilakukan dengan narasumber :

“.....itu nunggu hasilnya kalo dulu nunggu sampai 1 minggu kalo sekarang kita nunggu 1 jam saja sudah diketahui hasilnya nanti kalo masalah hasil kalo negatif ya berarti ada tanggung jawab ada namanya periode jendela

atau window period itu kemudian 3 bln lagi harus tes lagi bukan berarti yang tes sekarang negatif itu bukan berarti tidak ada virusnya kemungkinan juga virusnya sedang ngumpet kita kan gak tau ya kemungkinannya seperti itu ya tapi kalo bagi yang positif kita rujuk kerumah sakit untuk mendapatkan pelayanan yang lebih lagi.....” (R1, 80-91)

Hasil pemeriksaan dapat berupa hasil yang tidak dapat ditentukan atau *indeterminate* yang masih diragukan, test tersebut diulang dua minggu setelah pengambilan spesimen darah pertama. Bila tetap masih meragukan maka spesimen akan dirujuk ke laboratorium rujukan menggunakan *Western Blot* (*WB*). Bila hasil masih meragukan maka akan diulangi sesudah empat minggu, tiga bulan , enam bulan dan dua belas bulan. Bila masih tidak dapat ditentukan setelah dua belas bulan maka boleh dikatakan negatif (Pedoman VCT , 2006)

Program *mobile* VCT pada pelaksanaan test nya akan dilakukan ditempat, sehingga tidak perlu dibawa ke lab karena pihak layanan akan melaksanakan test di tempat dan hasilnya dapat ditunggu. Berikut hasil dari wawancara dengan narasumber :

“.....Kita menyediakan alat yang komplit jadi pas dilakukan VCT yasudah di tempat itu kita langsung mengambil darahnya, contohnya pas kami ke club malam kami mencari ruang yang kosong, kami ambil darahnya dan hasilnya langsung bisa diterima hari itu juga.....” (R4, 103-107)

Dalam pelaksanaan *mobile* VCT sesuai dengan Standard Operasional Prosedur (SOP), 2007 menjelaskan bahwa ruangan atau area untuk pemeriksaan maupun konseling VCT dapat memanfaatkan ruangan setempat, minimal terdapat ruangan besar yang dapat disekat dan nyaman. Ruang konseling dan testing *mobile* VCT harus memiliki privasi yang tetap terjaga (pembicaraan tidak terlihat maupun terdengar dari luar ruangan).

Tahapan akhir dari proses VCT adalah pasca konseling. Tahapan ini hasil pemeriksaan sudah dapat diketahui sehingga dapat dilakukan intervensi bagi klien yang positif dan negatif. Berikut penuturan dari narasumber :

“....apapun hasilnya nanti yang keluar mau negatif atau pun positif harus di lakukan konseling pasca tes gunanya kan untuk mengskrining tindakan apa selanjutnya yang akan di terima pasien baik itu secara pengobatan maupun penyaringan faktor resiko agar mendapatkan kehidupan lebih baik...”(R1, 107-113)

Semua klien yang menjalani tahapan tes HIV perlu menerima konseling pasca tes tanpa memandang apapun hasilnya. Konseling pasca tes membantu untuk memahami dan menyesuaikan diri dengan hasil tes dan tindak lanjut pengobatan. (Permenkes, 2014).

Hasil dari pengambilan spesimen darah jika HIV negatif maka diupayakan untuk mendorong mengubah perilaku kearah positif dengan menghilangkan yang negatif. Dan jika situasinya masih beresiko rendah, tetap harus merawat diri untuk hindari infeksi dan kemungkinan penularan. Kemudian berikan saran untuk mengulang test selama pajakan dua belas bulan. Namun jika hasilnya positif sampaikan berita ini dengan hati-hati, menilai kemampuannya mengelola berita hasil, sediakan waktu untuk diskusi, bantu agar adaptasi dengan situasi dan buat rencana tepat dan rasional. Selanjutnya berikan konsuling lanjutan yang melibatkan keluarga, teman, dukungan sebaya, masyarakat, sehingga menumbuhkan perilaku bertanggung jawab termasuk dorongan untuk mengurangi penularan dan motivasi menurunkan resiko (Pedoman VCT, 2006)

4.1.3.3. Peranan *Mobile Voluntary Counselling and Testing*

Dalam pelayanan VCT yang berperan adalah sumber daya manusia sebagai konselor , bidan, perawat dokter, petugas laboratorium maupun pendamping, kemudian sarana maupun prasarananya. Konselor yang ditugaskan harus terlatih sehingga konselor akan mendapatkan pelatihannya tersendiri. Berikut penuturan dari narasumber terkait dengan sumber daya manusia :

“.....kemudian pihak-pihak yang akan melaksanakan dalam tahapan VCT seperti konselor , bidan, perawat maupun petugas lab sebagai sumber daya manusia.....” (R2, 87-89)

Layanan VCT harus memiliki sumber daya manusia yang sudah terlatih maupun kompeten. Petugas pelayanan VCT akan terdiri dari kepala pelayanan VCT, konselor VCT yang sesuai dengan standar WHO atau sesuai kebutuhan, petugas laboratorium yang akan bertugas mengambil sample darah yang dilatarbelakangi oleh perawat, seorang dokter yang bertanggung jawab secara medis, petugas administrasi untuk entry data. (Permenkes, 2005)

Namun narasumber lain menjelaskan bahwa Sumber daya manusia dalam pelaksanaan VCT akan terus diberikan pelatihan-pelatihan agar kompeten dan selalu dipertahankan kualitasnya. Berdasarkan wawancara dengan narasumber SDM sudah terlatih, berikut penuturannya :

“.....Kualitas konselor yang pertama kita punya yang namanya PKVHI (perhimpunan konselor HIV indonesia) yang diwilayah DIY nah itu biasanya kita lakukan e... support nya yang ada dikami itu update informasi kemudian untuk yang mobile-mobile VCT itu mereka apa ya istilahnya? Orang yang tidak bekerja dengan hati itu kan susah mbak apalagi mobile VCT. Mobile VCT kan biasanya malam di luar jam kerja nah itu biasanya kan dibutuhkan maintenance komitmennya biasanya mereka setahun sekali membikin apa ya e... acara fun-fun. Temen-temen mobile VCT.....” (R2, 93-103)

“....kalau SDM nya tu kan yang melatih juga kemenkes yaitu yang sudah dilatih sama puskesmas sama PKBI juga....” (R5, 52-54)

Pelatihan konselor dapat dilakukan oleh penyelenggara masyarakat dengan Dinkes setempat. Pelatihan yang diselenggarakan harus kompeten atau profesional dengan menggunakan modul konseling dan testing secara sukarela HIV AIDS Departemen Kesehatan RI tahun 2000/2004. Pada akhir pelatihan konselor akan mendapatkan sertifikat yang di tandatangani oleh yang berwenang. (Pedoman pelayanan konseling dan testing HIV AIDS secara sukarela, 2006)

Narasumber lain menjelaskan bahwa sarana dan prasarana dalam pelayanan program VCT berasal dari *new funding model* (NFM). Menurut informasi yang

disampaikan oleh narasumber tentang sarana dan prasarananya dipaparkan sebagai berikut :

“.....Kalau sarana prasarana pada beberapa tahun ini kan ada beberapa ada dari kemenkes yang dari NNF kalau dulunya kan global found itu negara donor , tapi sekarang gantinya new founding model NFM itu sarana prasarananya....” (R5, 47-52)

Namun narasumber lain menjelaskan bahwa prasarananya dimiliki oleh instansi itu sendiri seperti puskesmas gedong tengen yang memiliki sarana dan prasarana secara lengkap baik untuk statis maupun mobile VCT. Berikut adalah hasil wawancara dengan narasumber terkait sarana dan prasarana VCT :

“.....Prasarana lainnya menggunakan ruangan yang telah disediakan oleh penyelenggara itu sendiri contohnya puskesmas gedong tengen memiliki ruangan tersendiri untuk melakukan VCT maupun mobil yang akan digunakan untuk melakukan penjangkauan diberbagai tempat....”(R2, 118-122)

Sarana dan prasarana dalam pelayanan VCT memberikan ruang tunggu, ruang konseling, maupun ruang pengambilan sample darah. Semua letak ruangan konseling hendaknya berada di tempat yang saling berdekatan agar memudahkan dalam akses pelaksanaan VCT. (Permenkes, 2005)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2014 bahwa sarana dan prasarana yang harus tersedia di layanan VCT meliputi papan nama atau petunjuk, ruang tunggu, jam kerja layanan, ruang konseling, ruang pengambilan darah, ruang petugas kesehatan dan non kesehatan, serta ruang laboratorium untuk sarananya. Kemudian untuk prasarananya adalah aliran listrik, air, sambungan telepon, pembuangan limbah padat maupun limbah cair. Selain itu ruang tunggu yang nyaman hendaknya terletak di depan ruang konseling atau disamping tempat tempat pengambilan sampel darah.

Kendala dari sarana prasarana yang dilakukan *mobile* VCT yakni adanya keterbatasan tempat untuk melaksanakan *mobile* VCT. Berikut penuturan dari narasumber :

“.....untuk yang mobile kendalanya adalah keterbatasan tempat , tidak disediakan ruangan khusus.....” (R4, 64-66)

Selain sumber daya manusia , sarana , maupun prasarana program VCT juga terkait dengan anggaran dana untuk melakukan VCT adalah gratis atau sesuai administrasi dari instansi terkait. Berdasarkan penuturan narasumber tentang pendanaan di dapatkan hasil wawancara sebagai berikut :

“.....VCT ini gratis , Bukan sukarela tetapi gratis ini kan sudah di support oleh APBD sama global fund ada supportnya mbak jangan kan bayar gratis aja kadang kadang mereka gak mau di tes....”(R2, 124-128)

Provinsi DIY mendapatkan dana bantuan dari Global Fund sebesar Rp3,5 milyar yang akan digunakan untuk penanggulangan HIV/AIDS. Dana tersebut akan digunakan pada tiga wilayah di DIY yakni kota Yogyakarta, Kabupaten Sleman dan Kabupaten Bantul. Ketua Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) DIY, dana tersebut akan difokuskan untuk tiga wilayah karena dilihat dari kasusnya yang cukup tinggi. Sedangkan Kabupaten Kulonprogo dan Gunungkidul hanya mendapatkan dana dari APBD DIY yakni tahun lalu untuk Kabupaten Gunungkidul sebesar Rp80 juta dan Kulon progo Rp10 juta (KPA, 2013)

Pembiayaan untuk konseling berbeda-beda tergantung unit pelayanan ini berada. Untuk pembiayaan di Rumah Sakit pemerintah mengacu pada SK Menkes No. 582/Menkes/SK/VI/1997, dimana tarif rumah sakit diperhitungkan atas dasar unit cost dengan memperhatikan ekonomi masyarakat. (Pedoman pelayanan konseling dan testing HIV AIDS secara sukarela, 2006)

4.2 Indikator keberhasilan mobile *Voluntary Counselling and Testing* (VCT)

Indikator adalah petunjuk dari keberhasilan dalam sebuah program yang telah dijalankan. Indikator disusun berdasarkan indikator nasional RPJMN (Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, Rencana Aksi Pengendalian HIV AIDS sektor Kesehatan) maupun indikator yang disepakati secara global seperti MDG's (*Millennium Development Goals*). Indikator dalam keberhasilan dari mobile VCT dalam kota jogja berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber di Puskesmas mencapai target bahkan melebihi target yang diberikan oleh pemerintah. Berikut penjelasan dari narasumber :

“.....Ohh,,, kami diberi target oleh dinas, targetnya gak hapal saya,,, tetapi kita selalu diatas 100 persen.....” (R4, 149-150)

Sedangkan narasumber lain menjelaskan bahwa target yang diberikan oleh MDG's sebesar 90 %, akan tetapi Kota Yogyakarta secara menyeluruh mencapai target 70% karena untuk memonitoring populasi kunci susah. Berikut penjelasan dari narasumber :

“.....Kalo fast tracknya kan tadi 90,90,90 ya kita baru sekitar 70 an mbak memang belum mencakup kesemuanya tetapi dari 90 % populasi kunci terjangkau kemudian masuk VCT yak belum intens begitu di beberapa komunitas mulai dari waria tapi yang bekerja seks nya, tapi dia pekerja seks positif nah kadang kadang di CST itu yang terhambat misalnya kan dia seharusnya tidak menjadi pekerja seks lagi atau menjadi pekerja seks yang aman tidak menularkan ke orang lain nah ini yang masih susah dimonitoringnya 90% populasi kuncinya yang terjangkau tetapi yang masuk kelayanan VCT 70% kemudian dia HIV kemudian dia harus terapi ini juga monitoringnya agak susah.....” (R2, 155-171)

Untuk mencapai target tersebut maka hasil kerja Rapat Kerja Presiden dengan para Menteri dan Gubernur yakni dikeluarkannya INPRES 3 tahun 2010 tentang pembangunan millennium (MDG's) yang memuat : 1) jumlah orang berumur 15 tahun atau lebih yang menerima konseling dan testing HIV pada

tahun 2010 (300.000) dan tahun 2011 (400.000), 2) prosentase ODHA 2010 (70%) dan tahun 2011 (75%).

VCT merupakan pintu masuk untuk membantu setiap orang mendapatkan akses ke semua layanan berupa informasi, edukasi, terapi maupun dukungan psikososial. Untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan secara tepat dan akurat dapat dicapai dengan proses berpikir, perasaan maupun perilaku yang diarahkan pada perubahan perilaku yang lebih sehat (Depkes RI, 2006). Target cakupan VCT di Indonesia pada tahun 2011 sebanyak 65%, kemudian pada tahun 2012 meningkat menjadi 70% (AIDS Indonesia, 2014). Namun pada tahun 2013 terjadi penurunan sehingga menjadi 68% (Depkes, 2013).

4.3 Kelemahan dan kesulitan dalam penelitian

Kelemahan dan Kesulitan dalam melaksanakan penelitian adalah waktu yang tersedia untuk mewawancarai narasumber dikarenakan padatnya jadwal narasumber membuat peneliti memiliki waktu yang singkat untuk melakukan wawancara sehingga takut mengganggu jadwal lain dari narasumber.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

Berdasarkan penuturan narasumber yang ada dalam penelitian di simpulkan sebagai berikut ini:

1. Konsep program *mobile* VCT
 - a. Definisi *mobile* VCT merupakan langkah pertama sebagai entry point untuk memberikan perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA juga merupakan upaya untuk memberikan informasi secara menyeluruh dan dukungan untuk merubah perilaku berisiko serta mencegah penularan HIV/AIDS.
 - b. Prinsip *mobile* VCT digunakan sebagai pengetahuan secara dini mengenai status HIV seseorang yang dilaksanakan secara sukarela dan dijaga kerahasiaannya setelah mendapatkan *inform consent* klien.
 - c. Cakupan *mobile* VCT di kota Yogyakarta telah memiliki cakupan yang sudah cukup luas tidak hanya di lembaga permasyarakatan tetapi juga tempat yang sulit terjangkau seperti club-club malam maupun rumah tahanan.
2. Regulasi program *mobile* VCT
 - a. Kebijakan program *mobile* VCT diatur oleh Peraturan Presiden No. 75 tahun 2006 tentang mengamankan perlunya peningkatan upaya penanggulangan HIV/AIDS di seluruh Indonesia. Peraturan Dalam Negeri No. 20 tahun 2007 tentang pembentukan KPA dan pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan HIV/AIDS . Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 74 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan konseling dan tes HIV.
 - b. Tujuan program *mobile* VCT mencegah dan mengurangi penularan HIV serta menurunkan angka kesakitan HIV AIDS melalui peningkatan mutu pelayanan konseling dan testing HIV AIDS dengan

menyebarkan informasi terkait HIV/AIDS yang menitik beratkan pada populasi kunci untuk meningkatkan kualitas hidup.

- c. Efektifitas program *mobile* VCT secara profesional dan konsisten memperoleh intervensi yang efektif dimana klien dengan konselor terlatih dapat menggali dan memahami diri akan resiko terinfeksi HIV/AIDS dan membantu mengetahui secara dini status HIV/AIDS seseorang.

3. Implementasi program *mobile* VCT

- a. Mekanisme program *mobile* VCT merupakan koordinasi antara tim *mobile* VCT dengan lembaga atau kunci untuk melakukan assesmen lokasi dan waktu bagi kelompok sasaran.
- b. Tahapan pelaksanaan program *mobile* VCT meliputi tahap konseling pra tes yang akan menjelaskan tujuan VCT dan mempersiapkan klien untuk tes, kemudian tahap testing yang akan mengambil spesimen darah dan tahap konseling pasca test untuk memberitahukan hasil tes agar dipahami dan dapat menyesuaikan diri dengan hasil tes serta tindak lanjut pengobatan.
- c. Peranan program *mobile* VCT meliputi sumber daya manusia yang terlatih , sarana dan prasarana yang di tanggung oleh global fund serta pembebasan biaya atau gratis bagi klien bersedia melakukan VCT.

4. Indikator keberhasilan program *mobile* VCT sesuai target dalam MDG's pencapaian program adalah 90% , tetapi di wilayah kota Yogyakarta yang disampaikan oleh KPA dari 90 % pencapaian program *mobile* VCT memasuki 70% sulit untuk mencapai fast track 90% terjadi kendala dari monitoringnya yang susah karena kurangnya intensifitas di beberapa komunitas serta kurangnya keteraturan dalam terapi. Tetapi pada puskesmas Gedong Tengen sebagai puskesmas rujukan yang melayani *one top service* oleh dinas kesehatan diberikan target dan selalu mencapai target.

Pelaksanaan program VCT secara mobile di kota Yogyakarta sudah baik dan efektif sesuai dengan pedoman pelaksanaan Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Secara Sukarela : *Voluntary Counseling and Testing*.

5.2.Saran

5.2.1. Bagi Pemerintah

Bagi pemerintah hendaknya lebih banyak mengembangkan VCT baik secara *mobile* maupun statis di setiap Rumah Sakit maupun Puskesmas agar terjadi pemerataan dalam mengetahui secara dini orang-orang dengan faktor resiko tinggi terhadap HIV AIDS.

5.2.2. Bagi KPA

Bagi KPA yang merupakan badan pemerintahan yang memiliki konsern ke penanggulangan penyebaran HIV/AIDS di kota Yogyakarta hendaknya lebih aktif menjalankan fungsi sosialisasi dan koordinasi di lapangan .

Daftar Pustaka

- Amalia et al. 2015. The Relationship of Service Quality with Client Satisfaction of HIV-AIDS on VCT Program in the Public Health Center of Jumpang Baru Makassar.
- Anonimus. Layanan Konseling Bagi Klien HIV/AIDS.
[Http://a-research.upi.edu/operator/upload/s_ppb_010696_chapter2\(1\).pdf](http://a-research.upi.edu/operator/upload/s_ppb_010696_chapter2(1).pdf) (Diakses 19 Juni 2017)
- Anonimus. Peran Dukungan Sebaya Terhadap Peningkatan Mutu Hidup ODHA Di Indonesia Tahun 2011. Yayasan Spiritia.
<http://spiritia.or.id/dokumen/laporan-penelitian-peran-dukungan-dukungan-sebaya>. Pdf (Diakses 19 Juni 2017)
- Anonimus.2009.[Http://www.aidsina.org/modules.php?name=news&file=article&sid=1838](http://www.aidsina.org/modules.php?name=news&file=article&sid=1838) (Diakses 22 September 2017)
- Anonimus. 2016. Sejarah HIV
[.Http://Spiritia.Or.Id/Stats/Statcurr.Php?Lang=Id&Gg=1](http://Spiritia.Or.Id/Stats/Statcurr.Php?Lang=Id&Gg=1), (Diakses 8 Oktober 2016)
- Anonimus. Standart Operasional Prosedur. Klinik IMS dan VCT. 2007.
[Http://www.aidsindonesia.or.id/repo/perpustakaan/sopklinikimsvct.pdf](http://www.aidsindonesia.or.id/repo/perpustakaan/sopklinikimsvct.pdf)
(Diakses 22 September 2017)
- Baggaley R. The impact of voluntary counselling and testing : a global review of the benefits and challenges. In UNAIDS best practice collection Geneva : UNAIDS; 2001.
- Denzin. 1978. Empat Macam Triangulasi. Dalam Lexy J. Moleong, Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya
- Depkes RI. 2006. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1507/MENKES/SK/X/2005 Tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan

Testing HIV/AIDS Secara Sukarela. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Depkes RI. 2006. Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Secara Sukarela : *Voluntary Counseling and Testing*. Jakarta : Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

Depkes RI. 2013. Profil Kesehatan Indonesia 2008

Haya., D.A. 2015. *Pelaksanaan Program Voluntary Counselling Test Mobile dalam rangka penanggulangan HIV AIDS oleh Komisi Penanggulangan AIDS kota Bontang*.

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia*. [Online]. <http://www.depkes.go.id>. Diakses pada tanggal 3 Oktober 2016

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Rencana Aksi Program Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan Tahun 2015-2019

Dirjen PP dan PL. 2014. Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Dirjen PP dan PL. 2016. Laporan Situasi Perkembangan HIV-AIDS Triwulan I Tahun 2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Djoerban, Z. Djauzi S, dkk, 2010. HIV/AIDS di Indonesia. Diakses dari http://www.pokdisusaids.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62:hiv-dan-aids-di-indonesia&catid=25:ilmiah&Itemid=64

Family Health International. (2004). *VCT Toolkit HIV Voluntary Counseling and Testing: A Reference Guide for Counselors and Trainers*. USA.

Ganong. 2002. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Jakarta : EGC

Haruddin, Hasanbasri, M. Woerjandari, A. 2007. Studi Pelaksanaan HIV Voluntary Counselling And Testing (VCT) Di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Working Paper Series No. 3. Program Magister Kebijakan Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. UGM, Yogyakarta

[Http://Www.Unaids.Org/En/Resources/Documents/2016/Global-Aids-Update-2016](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/global-aids-update-2016)

Jawetz, E. Melnick, J.L. Adelberg, E.A. 2010. Mikrobiologi Kedokteran, Edisi Ke 23. Jakarta : EGC

Kemendes RI. 2013. Pedoman Nasional Tes dan Konseling HIV/AIDS. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Kemendes RI. 2016. Profil Kesehatan Indonesia 2015.

Kepmenkes Kesra Nomor 5/Kep/Menkes/Kesra/II/1995 tentang Program Nasional Penanggulangan HIV/AIDS Pelita VI.

Kepmenkes Kesra Nomor 9/Menkes/Kesra/VI/1994 tentang Strategi Nasional Penanggulangan AIDS.

Komisi Penanggulangan Aids Indonesia. DIY. 2014

KPAN (2003) Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2003 -2007. KPAN- Jakarta

KPAN (2007) Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007-2010. KPAN-Jakarta

KPAN (2007) Strategi Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007 -2010. KPAN- Jakarta

- KPAN (2010) Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2010 -2014.
KPAN- Jakarta
- Lamprey, Peter R. 2004. HIV Voluntary Counseling and Testing: A Reference Guide for Counselors and Trainers. Arlington, USA: Family Health International Institute for HIV/AIDS.
- Latifah, D. Moch. Z. Nandang M. 2015. Peran Pendamping Bagi Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) (Diakses 23 September 2017)
- Maani, Y. Nurhayani. B. 2013. *Gambaran implementasi program pelayanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) di Puskesmas Jongaya Makassar tahun 2013.*
- Miles, M.B. and Huberman, M.A. 1984. Qualitative Data Analysis. London : Sage Publication
- Miles, M.B. Dan Huberman. 2011. Analisis Data. Dalam Sugiyono (Ed), Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D). Bandung : Alfabeta
- Moleong, Lexy J. 2011. *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi.* Cetakan Ke-29. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya
- Nawawi, 2003. Metode Penelitian Bidang Sosial. Yogyakarta. Gajah Mada University Press.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam. 2007. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV-AIDS.* Jakarta : Salemba Medika

Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 12 Tahun 2010
Tentang Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) Dan
Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang
Penanggulangan HIV dan AIDS.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2014 tentang
pedoman pelaksanaan konseling dan tes HIV
(<http://www.hukor.depkes.go.id>) Diakses tanggal 6 Oktober 2016.

Price, A. S., Wilson M. L., 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Alih Bahasa: dr. Brahm U. Penerbit. Jakarta: EGC

Retnaningsih D. A.Saputri. *Voluntary Counseling and Testing* untuk Orang
Berisiko HIV/AIDS. Jurnal Dakwah Dan Komunikasi Al-Balaq. IAIN
Surakarta

Subagyo, J.P. 2006. *Metode Penelitian Dalam Teori Dan Praktek*. Jakarta: Rineka
Cipta.

Sugiyono.2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif*. Bandung: CV Alfa Beta

UNAIDS, 2015. Global report : progress report on the global plan.
[http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/JC2774_2015Progress
Report_GlobalPlan](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/JC2774_2015ProgressReport_GlobalPlan)

UNAIDS, 2016. *Global Aids Update 2016*. Geneva (Switzerland); 2016.

Widiastuti, D. *VCT (Voluntary Councelling And Testing)*. 13 Maret 2008.
<http://www.yayasangessang.com/index-php.htm>. Diakses tanggal 20 maret
2017

Widiyanto, S.G. 2008. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) Dalam VCT Ulang Di Lokalisasi Sunan Kuning, Semarang.

World Health Organization (WHO). 2005. *Interim Who Clinical Staging Of HIV/AIDS And HIV/AIDS Case Definitions For Surveillance*. Available from : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/clinicalstaging.pdf> diakses 10 Oktober 2016

World Health Organization (WHO). 2007. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities

Lampiran

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2014 menimbang berdasarkan :

1. Peraturan Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat Nomor 02/Per/Menko/Kesra/I/2007 tentang Kebijakan Nasional Penganggulangan HIV dan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 654)
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2013 tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 978)

Memutuskan :

pasal 1

Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV wajib menjadi acuan bagi tenaga kesehatan, pengelola program, kelompok profesi yang menjadi konselor HIV, pengelola/pengurus tempat kerja, dan pemangku kepentingan terkait lainnya dalam penyelenggaraan Konseling dan Tes HIV.

Pasal 2

Konseling dan tes HIV dilakukan dalam rangka penegakan diagnosis HIV dan AIDS, untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penularan atau peningkatan kejadian infeksi HIV dan pengobatan lebih dini.

Pasal 3

(1) Konseling dan tes HIV dilakukan melalui pendekatan:

- a. Konseling dan tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan (KTIP)
- b. Konseling dan tes HIV Sukarela (KTS)

(2) Konseling dan tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan (KTIP) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan tes HIV dan konseling yang dilakukan kepada seseorang untuk kepentingan kesehatan dan pengobatan berdasarkan inisiatif dari pemberi pelayanan kesehatan.

(3) Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan proses konseling sukarela dan tes HIV atas inisiatif individu yang bersangkutan.

Pasal 8

Ketentuan mengenai pedoman pelaksanaan konseling dan tes HIV sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dalam peraturan menteri ini.

Pasal 10

Pada saat peraturan menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV dan AIDS secara Sukarela (*Voluntary Counselling and Testing*) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.