

EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM PELAYANAN *MOBILE VOLUNTARY COUNSELLING AND TESTING (VCT)* HIV DAN AIDS (Studi Kasus pada Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Kota Semarang dan Lentera Asa Kota Semarang)

Elisra Prabawanti Mahadi, Zahroh Shaluhiah, Emmy Riyanti
Program Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro
elisrapm.8@gmail.com

Abstract

Various efforts have been made to decrease the morbidity rate of HIV/AIDS in Indonesia, one of the program implemented is to carry out early detection to determine the status of someone already infected or not with HIV through Voluntary Counselling and Testing (VCT). Mobile clinic or mobile VCT is a strategy to increase the access of VCT with outreach the key population of HIV. The aim of this study is to describe the implementation of mobile voluntary counselling and testing held by Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Semarang City and Lentera Asa Semarang City.

This research is a descriptive research with qualitative approach. This research data is collected by using in-depth interviews with mobile VCT providers and mobile VCT clients from both NGOs who become the case study of this research. In this research it was found that both NGOs starts carrying out mobile VCT with outreach, pre-testing counselling, HIV testing, post-testing counselling and sustainable support services. PKBI Semarang City implements mobile VCT by involving government health services or also their self-support clinic which is Griya Asa Clinic. In mobile VCT implementation organized by PKBI Semarang City, the counselling services not only done by professional counselors but also done by lay counselors who is in charge as field officers. In mobile VCT implementation organized by Lentera Asa Semarang City, all the VCT services provided by government health services but there were no certified case manager from institution. PKBI Semarang City has mobile VCT data collection in the form of each implementation and monthly report while Lentera Asa performs data collection in the form of cumulative data collection. There is a need of repetitive review for the service providers's qualifications and data collection of mobile VCT implementation.

Pendahuluan

HIV/AIDS merupakan penyakit yang ditularkan melalui perilaku, antara lain perilaku berhubungan seks berganti – ganti pasangan, penggunaan jarum suntik yang sudah terinfeksi secara bergantian, transfusi darah yang mengandung HIV, penularan dari ibu hamil pada janin yang dikandungnya melalui cairan ASI ketika menyusui bayinya dan melalui alat tato ataupun tindik telinga yang tercemar

HIV dan digunakan secara bergantian⁽¹⁾. Pada tahun 2015 dilaporkan terdapat total 36,7 juta penduduk hidup dengan HIV di dunia dan sebesar 2,1 juta penderita merupakan penderita baru HIV. Kematian akibat AIDS dilaporkan sebanyak 1,1 juta kematian pada tahun 2015. Menurut Laporan Perkembangan HIV/AIDS Tahun 2015 oleh Kemenkes, dilaporkan terdapat sebanyak 30935 penderita HIV, 5091 penderita AIDS dan 610

kematian akibat HIV/AIDS di Indonesia. Jumlah kasus HIV/AIDS di Jawa Tengah juga mengalami peningkatan dari tahun ke tahun seperti kasus HIV meningkat dari tahun 2014 sebanyak 1399 kasus menjadi 1467 kasus di tahun 2015 dan kasus AIDS dari tahun 2014 sebanyak 1081 kasus menjadi 1296 kasus di tahun 2015. Jumlah kasus kumulatif HIV/AIDS yang dilaporkan di Jawa Tengah dari tahun 1993 sampai dengan 2015, di Kota Semarang terdapat 1117 kasus HIV dan 511 kasus AIDS⁽²⁾.

Berbagai upaya telah dilakukan, salah satu upaya tersebut adalah deteksi dini untuk mengetahui status seseorang sudah terinfeksi HIV atau belum melalui Tes/Pemeriksaan dan Konseling HIV (TKHIV). TKHIV dapat dilakukan melalui 2 pendekatan, yaitu Tes HIV atas inisiatif pemberi layanan kesehatan dan konseling (TIPK) atau *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC) dan Konseling dan tes HIV secara sukarela (KTS) atau *Voluntary and Counseling Testing* (VCT)⁽⁵⁾.

Mobile VCT atau layanan VCT bergerak merupakan model layanan dengan penjangkauan dan keliling yang dapat dilaksanakan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) atau layanan kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat yang memiliki perilaku berisiko atau berisiko tertular HIV/AIDS di wilayah tertentu. Model layanan bergerak ini dapat bersifat sementara atau temporer tetapi dilaksanakan secara berkala atau reguler di tempat komunitas berada, seperti tempat hiburan, bar, karaoke, sekolah, tempat kerja, di lokasi pekerja seks atau tempat populasi kunci. Model layanan ini memerlukan dukungan dan koordinasi secara kuat dengan

layanan penjangkauan (*outreach*) dan pendukung sebaya (*peer educator* – PE)⁽⁵⁾.

Pada saat ini, PKBI Kota Semarang dan Lentera Asa Kota Semarang merupakan LSM yang aktif melaksanakan *mobile VCT* di Semarang. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, pelaksanaan *mobile VCT* merupakan program rutin yang dilaksanakan oleh PKBI tiap bulannya dan Lentera Asa tiap 3 bulan sekali dengan lokasi pelaksanaan yang beragam, seperti pada area resosialisasi, tempat karaoke, panti pijat, komunitas – komunitas berisiko dan lokasi dengan risiko tinggi penularan HIV/AIDS lainnya.

Dengan pelaksanaan *mobile VCT* yang dapat dikatakan aktif dan rutin oleh LSM serta belum pernah ada evaluasi terhadap *mobile VCT* sebelumnya, hal ini yang ingin diketahui oleh peneliti karena perlu adanya evaluasi terhadap program untuk mengetahui bagaimana kinerja dan capaian program, serta hambatan dan tantangan yang dihadapi yang selanjutnya dapat menjadi masukan dalam perencanaan program kedepannya. Maka dari itu, peneliti ingin mengetahui bagaimana evaluasi pelaksanaan program *mobile VCT* Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Kota Semarang dan Lentera Asa Kota Semarang berdasarkan teori sistem dengan memperhatikan faktor *input*, proses dan *output* dari program.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif untuk menggambarkan evaluasi pelaksanaan *Mobile Voluntary*

Counseling and Testing di Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Kota Semarang dan Lentera Asa Kota Semarang. Pengumpulan data dilakukan peneliti dengan melakukan wawancara mendalam (*in depth interview*) dengan pelaksana dan klien *mobile VCT* dari masing – masing LSM. Jumlah informan dalam penelitian ini adalah sebanyak 27 orang informan yang terdiri dari 7 orang informan pelaksana dari masing – masing LSM, 6 orang informan klien dari masing – masing LSM, dan 1 orang informan triangulan dari luar LSM.

Hasil dan Pembahasan

1. Faktor Input

1) Sumber Daya Manusia

Evaluasi ini meliputi kuantitas dan kualitas sumber daya manusia yang terlibat dalam pelaksanaan *mobile VCT* pada kedua LSM yang diteliti. Berdasarkan hasil penelitian, dalam pelaksanaan *mobile VCT*, PKBI Kota Semarang dapat melibatkan layanan mandiri (Klinik Griya Asa) dan layanan kesehatan dari pemerintah. PKBI Kota Semarang memiliki 20 petugas lapangan yang terlibat dalam program penjangkauan populasi kunci.

Sedangkan LSM Lentera Asa bertanggung jawab dalam penjangkauan sasaran pelayanan sehingga sumber daya manusia yang terlibat dalam pemberian pelayanan berasal dari tenaga medis pelayanan kesehatan Pemerintah Kota Semarang yang professional dan terlatih. Sedangkan sumber daya manusia yang terlibat dari LSM Lentera Asa merupakan Petugas Lapangan sebanyak 5 orang petugas. Kedua LSM sudah memenuhi kuantitas SDM yang

dibutuhkan dalam pelaksanaan *mobile VCT* dengan pembagian kerja yang sesuai dengan kebutuhan di lapangan.

Pada Kedua LSM menerapkan pelatihan internal dan eksternal. Pelatihan internal diselenggarakan oleh pihak lembaga dan diisi oleh SDM lembaga dengan materi yang disesuaikan oleh kebutuhan anggota. Sedangkan pelatihan eksternal merupakan pelatihan yang diselenggarakan oleh pihak luar lembaga seperti instansi dan lembaga lain yang mendukung peningkatan kemampuan peserta. Agar prinsip –prinsip dapat selalu diterapkan maka sangat diperlukan untuk penyediaan layanan yang sesuai dengan peraturan yang ada dimana konselor yang memberikan layanan merupakan konselor terlatih. Sedangkan, lay konselor merupakan seorang petugas atau relawan yang tidak memiliki latarbelakang kemampuan formal konseling yang memberikan dukungan psikososial digunakan untuk membantu orang yang membutuhkan⁽⁸⁾.

Dalam pelaksanaan *mobile VCT*, *lay* konselor merupakan orang yang berperan dalam melakukan penjangkauan untuk memberikan sosialisasi terkait informasi dasar HIV/AIDS dan VCT serta merujuk pada layanan kesehatan profesional. Dengan hal ini maka dapat disimpulkan bahwa *lay* konselor merupakan peran dari petugas lapangan pada pelaksanaan *mobile VCT*. Hal ini juga ditemui pada penelitian yang dilakukan oleh Evicenna (2014) yang menemukan bahwa pelaksanaan konseling tidak hanya dilakukan oleh konselor tetapi juga

dilakukan oleh dokter magang⁽⁹⁾. Maka dari itu, layanan konseling yang diberikan oleh *lay* konselor pada pelaksanaan *mobile* VCT tidak sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1507/MENKES/SK/X/2005 yang terdapat didalamnya kualifikasi dasar seorang konselor VCT⁽⁶⁾.

2) Sarana

Sarana – sarana yang diperlukan dalam pelaksanaan *mobile* VCT terdiri dari sarana medis dan non medis. *Mobile* VCT dilaksanakan diluar tempat pelayanan klinik statis sehingga sarana non medis yang diperlukan dalam pemberian pelayanan disediakan semaksimal mungkin di lapangan dengan memanfaatkan sarana yang ada di lokasi pelaksanaan.

Kedua LSM mengetahui bahwa kondisi di lapangan memang tidak akan selalu memenuhi kondisi yang ditetapkan seperti kondisi klinik statis. Akan tetapi, kedua LSM selalu memastikan untuk tersedianya kondisi ruangan yang nyaman bagi klien dan petugas medis. Kondisi pada pelaksanaan *mobile* VCT yang dilaksanakan oleh kedua LSM tidak memenuhi kondisi sarana pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1507/MENKES/SK/X/2005 dalam pedomannya disebutkan bahwa ruang konseling harus nyaman, terjaga kerahasiannya dan terpisah dari ruang tunggu dan ruang pengambilan darah serta menghindarkan klien untuk saling bertemu dengan menyediakan pintu masuk dan keluar yang berbeda⁽⁶⁾. Walaupun kondisi di lapangan tidak selalu mendukung

untuk memberikan pelayanan senyaman pelayanan klinik statis, semua informan klien dari kedua LSM merasa sarana ruang yang disediakan cukup nyaman, tetap percaya pada konselor dan konseling berjalan dengan baik.

3) Prasarana

Prasarana yang diteliti pada penelitian ini yaitu dana penjangkauan atau *outreach*. Dana penjangkauan merupakan biaya penunjang utama yang digunakan untuk menyelenggarakan penjangkauan.

Dana penjangkauan LSM PKBI Kota Semarang berasal dari dua sumber, yaitu dana penghasilan mandiri dan dana lembaga donor Global Fund. Dana penghasilan mandiri merupakan dana yang dihasilkan dari pelaksanaan layanan oleh Klinik Griya Asa. Dana penjangkauan pada LSM Lentera Asa bersumber dari Lembaga donor Global Fund.

Dana penjangkauan dimanfaatkan oleh PKBI Kota Semarang dalam bentuk penggantian bahan habis pakai klinik, gaji petugas dan relawan serta dana untuk kegiatan penyerta *mobile* VCT seperti pembelian hadiah lomba ataupun makanan ringan bagi pemberi layanan dan klien. Pada Lentera Asa, dana penjangkauan dimanfaatkan dalam bentuk gaji bagi petugas lapangan yang terlibat dalam projek.

2. Faktor Proses

Kedua LSM sudah memiliki perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan monitoring serta evaluasi yang terjadwal dan dilaksanakan secara rutin. Secara umum, faktor proses pada kedua

LSM dapat dikatakan baik. Yang berbeda dari keduanya adalah pada pelaksanaan dan monitoring evaluasi LSM. Pelaksanaan *mobile* VCT oleh PKBI Kota Semarang memiliki kegiatan penyerta yang lebih beragam. Sedangkan pada LSM Lentera Asa lebih pada penyuluhan pada klien saja. Dalam pelaksanaan *mobile* VCT, PKBI Kota Semarang masih melibatkan *lay* konselor dalam pelaksanaan layanan VCT. Sedangkan dalam pelaksanaan, LSM Lentera Asa sepenuhnya menyerahkan wewenang pemberian layanan VCT pada layanan kesehatan pemerintah atau swasta yang ditunjuk oleh DKK. Kedua LSM melaksanakan monitoring dan evaluasi secara terjadwal dan rutin baik internal kelembagaan maupun eksternal dengan lembaga – lembaga terkait. Dalam pelaksanaannya, PKBI Kota Semarang memiliki data pelaporan yang lebih rapih dan terperinci dibandingkan pelaporan data yang dimiliki oleh Lentera Asa. Untuk mendukung evaluasi menyeluruh, maka perlu adanya peningkatan sistem pelaporan pelaksanaan dan rincian pelaporan data yang dibuat dalam bentuk laporan bulanan.

3. Faktor Output

Kedua LSM memiliki sistem pelaporan berbeda. Pada PKBI Kota Semarang sistem pelaporan tiap kali pelaksanaan *mobile* VCT yang sudah terlaksana yang terdata dalam data terpisah antara pelaksanaan *mobile* VCT yang diselenggarakan oleh Klinik Griya Asa dan Proyek GF. Dari data *output* yang didapatkan, maka dapat dilihat pelaksanaan *mobile* VCT yang dilakukan oleh LSM PKBI Kota Semarang dalam

kurun waktu 6 bulan terakhir (Januari – Juni 2017). Dari data yang dimiliki oleh PKBI Kota Semarang maka dapat tergambarkan persentase kumulatif penemuan kasus HIV di lapangan berdasarkan faktor risiko klien dan pelaksanaan bulanan petugas. Akan tetapi, tidak terdapat informasi jumlah klien positif yang melanjutkan pengobatan. Hal ini menyebabkan tidak dapat tergambarkan berapa kasus HIV yang tertangani dengan pengobatan lanjutan.

Selanjutnya, Lentera Asa memiliki data pelaksanaan *mobile* VCT yang didata dalam bentuk kumulatif gabungan dengan data pelaksanaan LSM lain dalam lembaga donor Sokoguru Foundation dalam file excel. Sehingga Lentera Asa tidak memiliki pelaporan data rinci pada tiap pelaksanaan *mobile* VCT yang diselenggarakan oleh Lentera Asa. Karena kondisi pelaporan yang secara kumulatif, maka sulit untuk menggambarkan pelaksanaan yang dilakukan oleh petugas, penemuan kasus di lapangan dan penanganan kasus HIV. Maka dari itu, perlu adanya perbaikan dan penambahan dalam sistem pelaporan pelaksanaan pada Kedua LSM supaya dari pelaporan dapat tergambarkan kondisi di lapangan dengan lebih terperinci.

Kesimpulan

Jumlah kelompok risiko tinggi yang akses VCT pada klinik *mobile* lebih besar dibandingkan dengan klinik statis. Jumlah akses klien kelompok risiko tinggi pada klinik VCT statis di puskesmas rata - rata sebanyak 20 klien per bulan sedangkan pada *mobile* VCT

sebanyak 200 klien per bulan. Hal ini dapat disebabkan oleh tingkat kenyamanan klien pada *mobile* VCT yang lebih besar karena pelaksanaannya dilakukan secara berkelompok yang bersifat homogen sehingga motivasi untuk akses layanan lebih besar. Selain itu, pelayanan pada *mobile* VCT lebih cepat dan praktis serta sudah terdapat penjangkauan sebelumnya yang membuat klien mau untuk secara sukarela melakukan tes. Dalam faktor *input*, secara umum kedua LSM sudah cukup baik dalam penyediaan kuantitas SDM, sarana dan prasarana. Akan tetapi kedua LSM masih kurang baik dari segi kualitas SDM, karena PKBI Kota Semarang melibatkan *lay* konselor dalam pelayanan VCT dan Lentera Asa belum memiliki manajer kasus dengan sertifikat MK untuk melaksanakan pendampingan kasus ODHA. Secara keseluruhan, faktor proses dari kedua LSM sangat baik dilihat dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan secara rutin dan terjadwal. Hal yang berbeda adalah PKBI Kota Semarang masih melibatkan *lay* konselor dalam pelaksanaan layanan VCT. Selain itu, Lentera Asa melaksanakan pelaporan dalam bentuk kumulatif tidak dalam bentuk laporan per bulan untuk monitoring dan evaluasi. Faktor *output* dari PKBI Kota Semarang terdata dengan lebih rapih dan terperinci dibandingkan dengan Lentera Asa yang mendata secara kumulatif. Pelaporan pada PKBI Kota Semarang tidak disertai jumlah klien positif yang tidak melanjutkan pengobatan, sedangkan Lentera Asa menggunakan sistem pelaporan kumulatif dan gabungan dengan data Unit Sokoguru. PKBI Kota Semarang berkendala dalam

penyediaan reagen untuk *testing* karena membutuhkan waktu kurang lebih satu minggu untuk pengadaan reagen dari DKK sedangkan pada Lentera Asa hal ini tidak ditemui karena Lentera Asa tidak memiliki klinik mandiri sehingga selalu bekerjasama dengan layanan kesehatan pemerintah dan swasta dari DKK. Lentera Asa berkendala dalam penjangkauan WPSTL terkait pendekatan yang sulit pada pengelola untuk persetujuan sedangkan pada PKBI Kota Semarang kendala terdapat pada sasaran yang lebih tertarik dengan adanya imbalan terhadap keikutsertaan sasaran pada VCT. Terdapat kesalahpahaman pada relawan PKBI Kota Semarang yang merasa masukannya tidak didengarkan oleh pihak manajemen sedangkan hal ini tidak terjadi pada Lentera Asa karena menerapkan kepemimpinan demokratis dan selalu terbuka terhadap masukan dari semua relawannya. Hal ini dapat mempengaruhi produktivitas petugas lapangan dilihat dari capaian target sasaran PKBI Kota Semarang sebesar 50% (500 orang per bulan) pada target Homoseksual, Waria dan Penasun sedangkan pada Lentera Asa mencapai 100% (200 orang per bulan) target pada WPSL dan WPSTL.

Daftar Rujukan

- (1) Sudikno, Bona Simanungkalit dan Siswanto. Pengetahuan HIV dan AIDS Pada Remaja Di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2010). Jurnal Kesehatan Reproduksi. Agustus Vol. 1 No. 3. 2011.
- (2) Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. HIV dan AIDS di Indonesia: Realita dan

- Tantangan 5 Tahun Ke Depan. Jakarta; 2016. Promosi Kesehatan Indonesia, Vol. 9 NO. 2, 152 – 161.
- (3) Komisi penanggulangan AIDS provinsi DKI Jakarta. Evaluasi program penanggulangan HIV dan AIDS DKI Jakarta, 2008 – 2012. Jakarta: KPA Provinsi DKI Jakarta; 2013.
 - (4) Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan. Rencana Aksi Program Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan Tahun 2015 – 2019. Jakarta: Dirjen PP Dan PL; 2015.
 - (5) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Nasional Tes Dan Konseling HIV Dan AIDS. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
 - (6) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Secara Sukarela (*Voluntary Counselling and Testing*). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2005.
 - (7) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk Teknis Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. 2016.
 - (8) Bronk, Renata V. D, et.al. *Lay Counselling: A Trainer's Manual*. (http://pscentre.org/wp-content/uploads/Lay-counselling_EN.pdf, Diakses pada Senin, 26 Februari 2018 pukul 22.35 WIB)
 - (9) Riani, Evicenna N, Zahroh S, dan Laksmono W. (2014). Petugas Lapangan Sebagai Ujung Tombak Jumlah Pengunjung Klinik VCT. Jurnal