



**GAMBARAN INPUT KONSELING HIV/AIDS DI PUSKESMAS LABRUK
KIDUL KECAMATAN SUBERSUKO KABUPATEN LUMAJANG**

SKRIPSI

Oleh :

**Lailatul Hosnia
NIM 142110101210**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2017**



**GAMBARAN INPUT KONSELING HIV/AIDS DI PUSKESMAS LABRUK
KIDUL KECAMATAN SUBERSUKO KABUPATEN LUMAJANG**

Skripsi

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

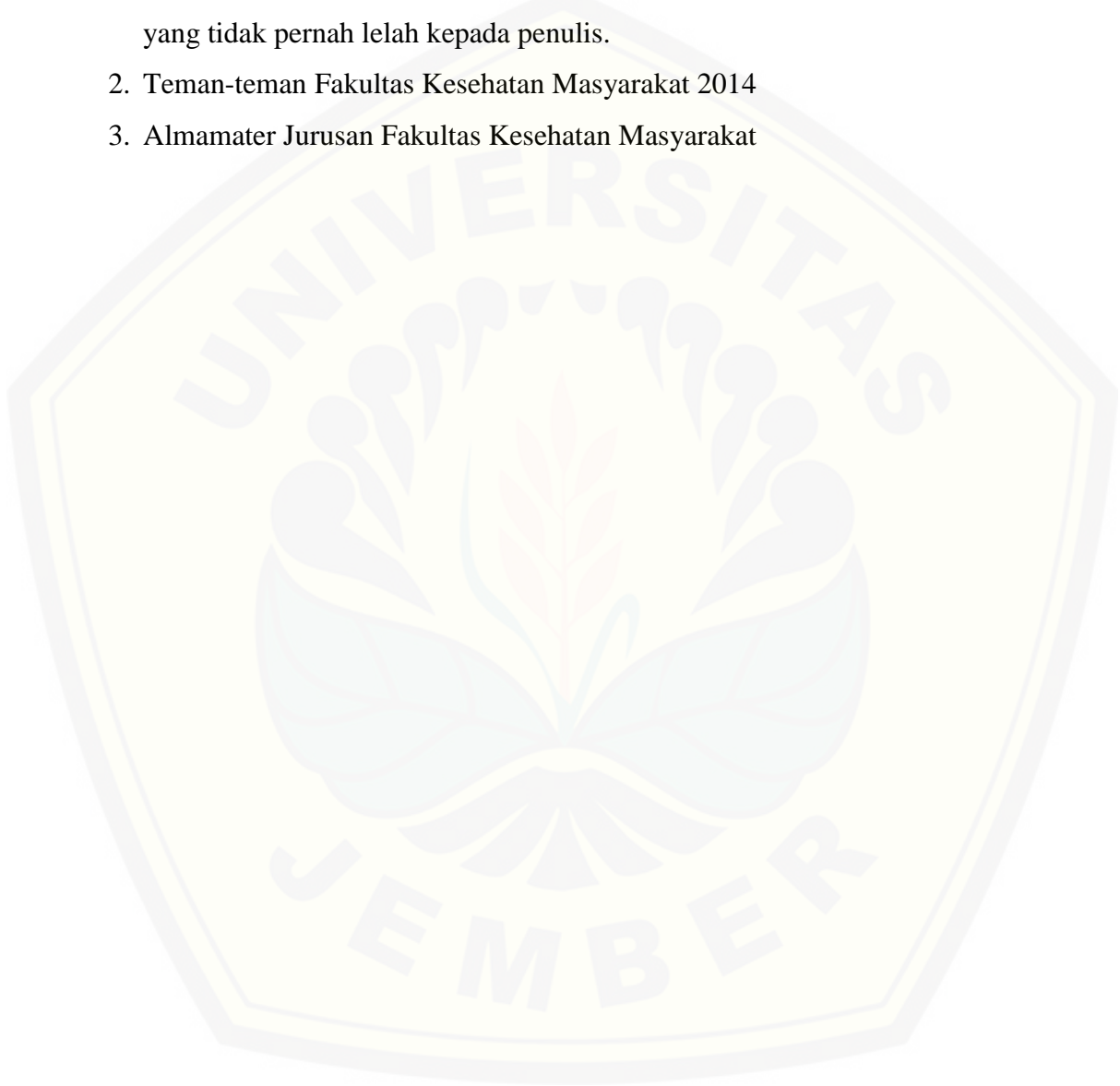
**Lailatul Hosnia
NIM 142110101210**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2017**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orang tuaku yang telah memberikan kasih sayang, doa, dan cinta kasihnya yang tidak pernah lelah kepada penulis.
2. Teman-teman Fakultas Kesehatan Masyarakat 2014
3. Almamater Jurusan Fakultas Kesehatan Masyarakat



MOTO

“Jangan buang waktumu dengan melakukan hal yg tidak perlu. Berfokuslah pada hal yang menjadikan dirimu tumbuh menjadi lebih baik”
(Mario Teguh)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lailatul Hosnia

NIM : 142110101210

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Gambaran input dari program konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk Kidul Kecamatan Subersuko Kabupaten Lumajang” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan prinsip ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 23 Agustus 2017

Yang menyatakan

Lailatul Hosnia

NIM 142110101210

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**GAMBARAN INPUT KONSELING HIV/AIDS DI PUSKESMAS LABRUK
KIDUL KECAMATAN SUBERSUKO KABUPATEN LUMAJANG**

oleh
Lailatul Hosnia
NIM 142110101210

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Christyana Sandra, S.KM, M.Kes
Dosen Pembimbing Anggota : Iken Nafikadini, S.KM, M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Gambaran input dari program konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk Kidul Kecamatan Subersuko Kabupaten Lumajang” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 5 Oktober 2017

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda tangan

1. DPU : Christyana Sandra, S.KM, M.Kes ()
NIP. 198204162010122003

2. DPA : Iken Nafikadini, S.KM, M.Kes ()
NIP. 198311132010122006

Penguji

1. Ketua : Eri Witcahyo, S.KM, M.Kes ()
NIP. 198207232010121003

2. Sekretaris : Mury Ririyanti, S.KM, M.Kes. ()
NIP. 198310272010122000

3. Anggota : Yony Trisno Adinto, S.Kep,Ners ()
NIP. 198306032009031003

Mengesahkan
Dekan

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 19800516 200312 2 002

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan skripsi yang berjudul "Gambaran input dari program konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk Kidul Kecamatan Subersuko Kabupaten Lumajang", dapat terselesaikan dengan baik, guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan (S1) Kesehatan Masyarakat.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan rasa terima kasih dan penghargaan kepada Ibu Christyana Sandra, S.KM, M.Kes., selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Iken Nafikadini, S.KM, M.Kes., selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, koreksi, saran dan penyemangat dalam penyusunan skripsi ini.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan
2. Masyarakat Universitas Jember;
3. Eri Witcahyo, S.KM, M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan, dan selaku Ketua Penguji;
4. Mury Ririyanti, S.KM, M.Kes., selaku sekretaris penguji;
5. Bapak Yony Trisno Adinto, S.Kep,Ners selaku anggota penguji
6. Ibu Christyana Sandra, S.KM, M.Kes, selaku pembimbing utama, dan Ibu Iken Nafikadini, S.KM, M.Kes, selaku Pembimbing anggota;
7. Kepala Puskesmas Labruk yang telah memberikan ijin dan kemudahan dalam melakukan penelitian;
8. Segenap Dosen dan Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah meluangkan waktu dan membantu demi kemudahan dan kelancaran skripsi ini;

9. Pihak-pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah memberikan kontribusi bagi terselesaikannya skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu saran dan kritik dari semua pihak sangat diharapkan demi penyempurnaan selanjutnya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Atas perhatian dan dukungannya penulis sampaikan terima kasih.



RINGKASAN

Gambaran Input dari Program Konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk Kidul Kecamatan Subersuko Kabupaten Lumajang; Lailatul Hosnia; 142110101210; 2014; 80 halaman; Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembangunan kesehatan sebagai bagian integral dari Pembangunan Nasional bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Derajat kesehatan masyarakat dapat dilihat dari berbagai indikator, yang meliputi indikator angka harapan hidup, angka kematian, angka kesakitan, status gizi masyarakat. HIV/AIDS merupakan salah satu penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Penyakit ini ditularkan melalui beberapa cara penularan, yaitu hubungan seksual lawan jenis (hetero seksual), hubungan sejenis homoseksual/biseksual, penggunaan alat suntik (penasun) secara bergantian, transfusi darah, dan penularan dari ibu ke anak (perinatal). Hubungan hetero seksual merupakan cara penularan dengan persentase tertinggi pada kasus AIDS yaitu sebesar 81,3%. Wanita Pekerja Seks (WPS) merupakan salah satu yang sering melakukan hubungan heteroseksual dan yang memiliki risiko tinggi untuk menularkan HIV/AIDS. Konseling HIV bertujuan meningkatkan pengetahuan para WPS terhadap bahaya dari HIV/AIDS sehingga WPS dapat mengenai sedini mungkin tanda HIV/AIDS.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Unit analisis dalam penelitian ini adalah organisasi yaitu petugas puskesmas yang memberikan konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk. Metode pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan observasi. Analisis data dilakukan dengan membandingkan kegiatan input konseling HIV/AIDS yang dilakukan oleh Puskesmas Labruk dengan SOP. Pada kegiatan konseling peneliti melakukan observasi untuk mengetahui kegiatan konseling yang dilakukan berkaitan dengan Petugas konseling (*Man*), Biaya Konseling (*Money*), Sarana Konseling (*Machine*), Materi Konseling (*Material*), Metode Konseling (*Method*) dan Waktu pelaksanaan Konseling (*Time*)

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa gambaran input konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk menunjukkan bahwa petugas (*man*) konseling HIV/AIDS memiliki pengalaman, kompetensi dengan mengikuti kegiatan pelatihan, namun jumlah petugas dalam kegiatan konseling tidak sesuai dengan SOP. Pembiayaan konseling HIV/AIDS bersumber dari BOK dan Global Fund. BOK digunakan untuk penyediaan snack sementara *global fund* untuk sarana dan prasarana serta bahan habis pakai. Pembiayaan konseling sepenuhnya berasal dari BOK dan *Global Fund*. Sarana dalam kegiatan konseling kurang memenuhi aspek yang disyaratkan dalam SOP. Materi konseling disajikan dalam bentuk ceramah, artinya konselor memberikan penjelasan mengenai konseling dengan alat bantu poster. Penyampaian materi menggunakan bahasa yang sangat sederhana dan memudahkan peserta dalam memahaminya. Metode konseling dilakukan secara berkelompok. Setiap kelompok terdiri dari 5 orang. Metode kelompok dilakukan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan konseling. Waktu pelaksanaan konseling ditentukan oleh pihak puskesmas. Pelaksanaan konseling dilakukan setiap 1 minggu sekali yaitu setiap hari Rabu jam 11.00-13.00 WIB.

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan bagi pihak puskesmas meningkatkan kompetensi dan jumlah petugas konseling khusus HIV/AIDS dengan mengikutsertakan pada kegiatan pelatihan dan pembinaan kepada konselor. Sementara untuk WPS diharapkan dapat meningkatkan partisipasi dalam kegiatan konseling HIV/AIDS dengan berperan aktif menggali informasi berkaitan dengan HIV/AIDS baik dari petugas kesehatan ataupun media elektronik agar pemahaman WPS terhadap HIV/AIDS meningkat sehingga WPS dapat berperilaku sehat.

SUMMARY

Input Overview of the HIV / AIDS Counseling Program at Puskesmas Labruk Kidul Subersuko District District Lumajang; Lailatul Hosnia; 142110101210; 2014; 80 pages; Department of Health Policy Administration Faculty of Public Health University of Jember

Health development as an integral part of National Development aims to realize optimal health status. The degree of public health can be seen from various indicators, including indicators of life expectancy, mortality, morbidity, community nutritional status. HIV / AIDS is one disease that can cause death. The disease is transmitted through several modes of transmission, (ie sexual intercourse of the opposite sex (hetero sexual), homosexual / bisexual relationships, injecting drug use (IDU) alternately, blood transfusion, and perinatal transmission). Sexual hetero linkage was the highest percentage of cases of AIDS in 81.3% of cases. Female Sex Workers (WPS) is one that often has heterosexual relationships and who have a high risk of transmitting HIV / AIDS. HIV counseling aims to increase the knowledge of WPS against the dangers of HIV / AIDS so that WPS can as early as possible sign of HIV / AIDS.

This research was descriptive research with quantitative approach. The unit of analysis in this study is the organization of puskesmas officers who provide HIV / AIDS counseling in Puskesmas Labruk. Methods of data collection is done by using questionnaire and observation. Data analysis was done by comparing HIV / AIDS counseling inputs conducted by Puskesmas Labruk with SOP. In counseling activity, the researcher conducts observation to know the counseling activity that is done related to Counseling Officer (Man), Counseling Cost (Money), Counseling Facility (Machine), Counseling Material (Material), Method of Counseling (Time) and Time of Counseling (Time)

The results of this study indicate that the HIV / AIDS counseling inputs in the Labruk Public Health Center show that HIV / AIDS counseling personnel have experience, competence by following training activities, but the number of officers in counseling activities is incompatible with the SOP. HIV / AIDS

counseling financing is sourced from BOK and Global Fund. BOK is used for the provision of snacks while global funds for facilities and infrastructure and consumables. Counseling financing comes entirely from BOK and Global Fund. Facilities in counseling activities do not meet the aspects required in the SOP. Counseling materials are presented in the form of lectures, meaning the counselor provides explanations about counseling with poster aids. Submission of materials uses a very simple language and allows participants to understand it. Counseling methods are conducted in groups. Each group consists of 5 people. Group methods are undertaken to improve the effectiveness and efficiency of counseling. The timing of counseling is determined by the puskesmas. Counseling is held every 1 week every Wednesday at 11:00 to 13:00 pm.

Based on the results of this study is expected for the puskesmas improve the competence and the number of HIV / AIDS special counseling staff by involving in training and coaching activities to the counselor. While for WPS it is expected to increase participation in HIV / AIDS counseling activity by actively digging information related to HIV / AIDS either from health officer or electronic media so that understanding of WPS on HIV / AIDS increase so that WPS can behave healthily.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
PRAKATA	x
RINGKASAN	xii
SUMMARY	xiii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR ARTI LAMBANG	xix
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Puskesmas	7
2.1.1 Pengertian	7
2.1.2 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas	7

2.1.3 Tugas dan Fungsi	8
2.1.4 Wewenang	8
2.2 HIV/AIDS	10
2.2.1 Pengertian	10
2.2.2 Penyebaran HIV	10
2.2.3 Penularan HIV/AIDS	11
2.2.4 Upaya Pencegahan dan Penularan HIV/AIDS	12
2.3 Konseling	14
2.3.1 Pengertian	14
2.3.2 Macam-Macam Konseling	15
2.3.3 Proses Konseling	16
2.3.4 Tujuan Konseling	17
2.3.5 Fungsi Konseling	19
2.3.6 Hasil Konseling	19
2.4 <i>Voluntary Counseling and Testing (VCT)</i>	20
2.4.1 Definisi Konseling dalam VCT	20
2.4.2 Peran Konseling dan <i>Testing</i> Sukarela (VCT)	20
2.4.3 Prinsip Layanan <i>Voluntary Counseling and Testing (VCT)</i> ..	23
2.4.4 Model Layanan <i>Voluntary Counseling and Testing (VCT)</i> ..	24
2.4.5 Tahapan Layanan <i>Voluntary Counseling and Testing (VCT)</i>	25
2.4.6 Pemanfaatan Layanan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> (VCT)	27
2.4.7 VCT untuk Pekerja Seks Komersil	28
2.4.8 Standart Minimum Penyelenggaraan Pelayanan VCT.....	30
2.5 Pendekatan Sistem.....	34
2.5.1 Pengertian	34
2.5.2 Karakteristik Sistem	34
2.6 Kerangka Teori.....	36
2.7 Kerangka Konseptual	36
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	38
3.1 Jenis Penelitian.....	38

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	38
3.2.1 Waktu Penelitian	38
3.2.2 Tempat Penelitian	38
3.3 Unit Analisis dan Responden.....	39
3.3.1 Unit Analisis	39
3.3.2 Responden	39
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	39
3.4.1 Variabel Penelitian	39
3.4.2 Definisi Operasional	39
3.5 Sumber Data.....	40
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	41
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data.....	42
3.8 Alur Penelitian	43
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	44
4.1 Hasil Penelitian	44
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	44
4.1.2 Visi, Misi dan motto Puskesmas	45
4.1.3 Struktur Organisasi	45
4.1.4 Tupoksi.....	47
4.1.5 Program Konseling "Katesku Segar"	48
4.1.6 Struktur Organisasi "Katesku Segar"	51
4.1.7 Data Responden	52
4.1.8 Input Konseling.....	53
4.2 Pembahasan	59
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	69
5.2 Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	70
LAMPIRAN	

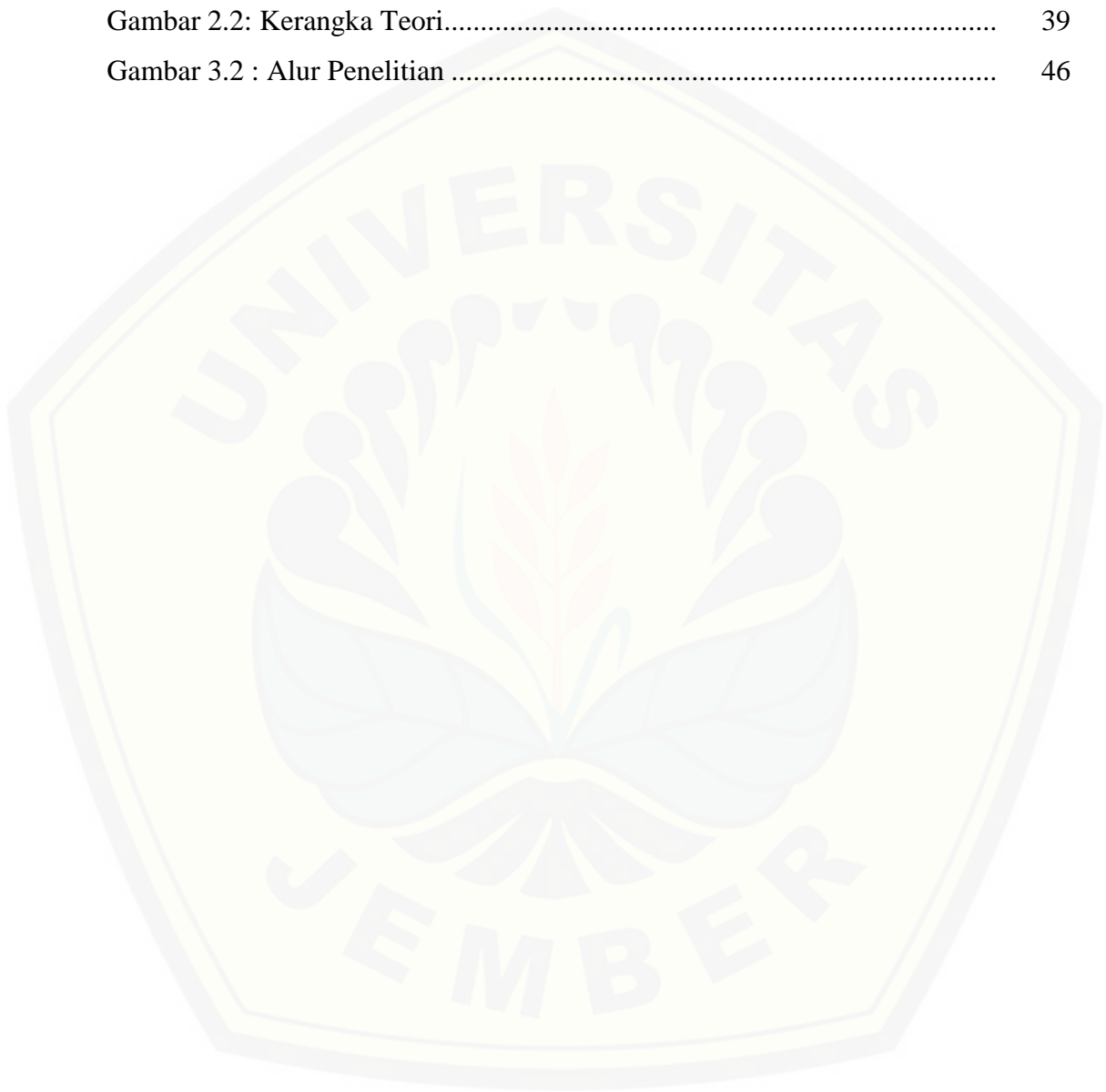
DAFTAR TABEL

Tabel 3.2 Variabel dan Definisi Operasional..... 43



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1: Kerangka teori sistem (Azwar, 2008:18)	38
Gambar 2.2: Kerangka Teori.....	39
Gambar 3.2 : Alur Penelitian	46



DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BOK	: Biaya Operasional Kegiatan
CFR	: <i>Case Fatality Rate</i>
Dinkes	: Dinas Kesehatan
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
GF	: Global Fund
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
Jatim	: Jawa Timur
KPAN	: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MK	: Manajer Kasus
MNTE	: <i>Maternal and Neonatal Tetanus Elimination</i>
PMTCT	: <i>Prevention of Mother To Child Transmission</i>
RPJMD	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Daerah
ODHA	: Orang Dengan HIV AIDS
ELISA	: Enzyme Linked Imunosorbent Assay
VCT	: <i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WPS	: Wanita Pekerja Seks

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan sebagai bagian integral dari Pembangunan Nasional hakekatnya adalah penyelenggaraan, upaya kesehatan untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Derajat kesehatan masyarakat dapat dilihat dari berbagai indikator, yang meliputi indikator angka harapan hidup, angka kematian, angka kesakitan, status gizi masyarakat sehingga banyak program-program kesehatan yang dilakukan pemerintah terutama pada penduduk usia rentan, seperti program *safe motherhood initiative*, program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), program *Maternal and Neonatal Tetanus Elimination* (MNTE), dan program Pemberantasan Penyakit Menular.

Salah satu penyakit menular adalah HIV/AIDS. *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*. HIV dapat menyebabkan sistem imun mengalami beberapa kerusakan dan kehancuran, lambat laun sistem kekebalan tubuh manusia menjadi lemah atau tidak memiliki kekuatan pada tubuhnya, maka pada saat inilah berbagai penyakit yang dibawa virus, kuman dan bakteri sangat mudah menyerang seseorang yang sudah terinfeksi HIV. Kemampuan HIV untuk tetap tersembunyi adalah yang menyebabkannya virus ini tetap ada seumur hidup, bahkan dengan pengobatan yang efektif (Gallant, 2010: 16).

Menurut Kemenkes RI dalam Arif, dkk (2015:2) pada tahun 2014 terjadi penurunan kasus AIDS menjadi sebesar 5.494 kasus. Diperkirakan hal tersebut terjadi karena jumlah pelaporan kasus AIDS dari daerah masih rendah. Secara kumulatif, kasus AIDS sampai dengan tahun 2014 sebesar 65.790 kasus. Menurut jenis kelamin, persentase kasus baru AIDS tahun 2014 pada kelompok laki-laki 1,8 kali lebih besar dibandingkan pada kelompok perempuan. Penderita AIDS

pada laki-laki sebesar 61,6% dan pada perempuan sebesar 34,4%. Sebesar 4% dari 65.790 kasus tidak diketahui jenis kelaminnya.

Kasus HIV/AIDS di Jawa Timur masih tinggi. Berdasarkan pada data Dinas Kesehatan (Dinkes) Jawa Timur (Jatim) 2014 dalam profil tahunan dinas kesehatan menyebutkan jumlah penderita penyakit menular ini sebanyak 24.935 orang penderita yaitu 12.347 (49,5%) masuk kategori AIDS. Jatim terbanyak kedua setelah Papua (26.235) penderita dengan rincian HIV 16.051 dan AIDS 10.184. Laporan kematian tertinggi terjadi pada tahun 2011 (457 orang). Pada tahun 2014 laporan kematian AIDS sebanyak 109 orang. Kelompok umur pasien AIDS yang tertinggi adalah pada kelompok umur 25-29 tahun, yaitu sebanyak 2.803 kasus (22,70%). Kasus AIDS pada anak sebanyak 446 dengan proporsi terbanyak pada kelompok umur 0-4 (sebanyak 330 anak). Faktor risiko penularan tertinggi adalah melalui hubungan hetero seksual, yaitu sebanyak 9.627 (77,97%) jiwa.

Kabupaten lumajang merupakan salah satu daerah dengan angka kejadian HIV/AID cukup tinggi yaitu menempati posisi 20 besar di Jawa Timur. Berdasarkan hasil data pelaporan progam HIV Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang tahun 2013 sebanyak 36 penderita, tahun 2014 sebanyak 85 penderita mengalami peningkatan sebesar 57,6% dari tahun 2014, tahun 2015 sebanyak 99 penderita mengalami peningkatan sebesar 14,1%. Kabupaten Lumajang memiliki *hotspot* yang berisiko menjadi tempat sumber penularan. Risiko penyebaran penyakit HIV berada di hospot Dolog. Berdasarkan data survey HIV dan IMS di hotspot tersebut tahun 2015. Dolog termasuk dalam wilayah kerja Puskesmas Labruk Kidul Kabupaten Lumajang. Terdapat tiga Puskesmas sebagai sumber penularan kasus HIV/AIDS yaitu Puskesmas Kunir, Candi Puro dan Labruk Kidul memiliki risiko tertinggi dibandingkan dengan wilayah lain di abupaten Lumajang. Berdasarkan data dari Puskesmas Labruk dari tahun 2013 peningkatan akibat Infeksi Menular Seksual (IMS) sebanyak 37% dan pada tahun 2015 terjadi peningkatan yang disebabkan penyakit AIDS yaitu 42,59%.

Menurut Kemenkes RI (2014) HIV/AIDS dapat ditularkan melalui beberapa cara penularan, yaitu hubungan seksual lawan jenis (hetero seksual),

hubungan sejenis homoseksual/biseksual, penggunaan alat suntik (penasun) secara bergantian, transfusi darah, dan penularan dari ibu ke anak (perinatal). Hubungan hetero seksual merupakan cara penularan dengan persentase tertinggi pada kasus AIDS yaitu sebesar 81,3%, diikuti oleh homoseksual sebesar 5,1% dan perinatal sebesar 3,5%. Sedangkan penasun yang biasanya cara penularan tertinggi kedua, pada tahun 2014 turun secara signifikan menjadi 3,3% dibandingkan tahun 2013 yang sebesar 9,3%. Angka kematian atau *Case Fatality Rate* (CFR) akibat AIDS tahun 2014 CFR AIDS di Indonesia sebesar 1,22%. Melihat cukup besar peluang HIV ditularkan melalui hubungan seksual, maka hubungan berganti-ganti pasangan merupakan faktor khusus yang perlu diwaspadai. Seks komersial telah menjadi sebuah faktor yang penting di dalam penyebaran infeksi HIV, khususnya di kawasan Asia. Penelitian di beberapa daerah di Indonesia menunjukkan tingginya tingkat perilaku berisiko dan kasus IMS diantara pekerja seks pria dan wanita (Lokollo, 2009) Pekerja seks memiliki peranan penting di dalam pertumbuhan kasus AIDS, sehingga mempromosikan upaya pencegahan IMS, HIV dan AIDS diantara pekerja seks merupakan hal yang sangat penting untuk mengontrol penyebaran epidemi HIV dan AIDS.

Wanita Pekerja Seks (WPS) merupakan salah satu yang sering melakukan hubungan hetero seksual. WPS merupakan salah satu kelompok yang memiliki risiko tinggi untuk menularkan HIV/AIDS. Hal ini mengakibatkan tingginya infeksi menular seksual dan HIV pada kelompok WPS. Prevalensi HIV di kalangan WPS di delapan kota tersebut mencapai 6,1% sampai dengan 15,9%. Pada WPS langsung, prevalensi HIV diperkirakan mencapai 10%, sedangkan pada WPS tidak langsung mencapai 5%. Tingginya prevalensi HIV pada kalangan WPS, mengakibatkan penularan HIV pada pelanggan semakin meningkat. Berdasarkan hasil Survei 2007 di delapan kota terhadap laki-laki risiko tinggi (yang melakukan hubungan seks dengan pekerja seks) prevalensi HIV telah mencapai 0,75% (KPAN, 2009).

Wanita pekerja seks merupakan populasi kunci yang mayoritas dapat terserang HIV/AIDS, hal ini dikarenakan pekerjaan mereka merupakan pekerjaan yang sangat berisiko, baik untuk dirinya sendiri maupun untuk orang lain.

Pencegahan penularan HIV melalui hubungan non seksual dapat dilakukan dengan cara pemberian Konseling HIV (Permenkes, 2013). Konseling HIV adalah suatu layanan yang dipergunakan untuk mengetahui adanya infeksi HIV pada tubuh seseorang yang dapat diselenggarakan di layanan kesehatan formal atau klinik yang berbasis komunitas. Tujuan dari pemberian Konseling HIV ini adalah supaya pengetahuan para WPS terhadap bahaya dari HIV/AIDS meningkat (Kemenkes RI, 2013). Program pelayanan Konseling HIV yang dimaksudkan membantu masyarakat terutama populasi berisiko dan anggota keluarganya untuk mengetahui status kesehatan yang berkaitan dengan HIV, hasilnya dapat meningkatkan intensi pencegahan penularan dan mempercepat mendapatkan pertolongan kesehatan sesuai kebutuhan. Konseling HIV/AIDS memiliki banyak fungsi salah satunya adalah pemahaman, pencegahan dll. Konseling di Puskesmas Labruk aktif kembali pada tahun 2014 dan sempat vakum selama tahun 2012-2013. Sasaran Konseling HIV/AIDS Puskesmas Labruk adalah WPS. Hal ini dikarenakan WPS rentan terjangkit dan menularkan pada orang lain.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Labruk diketahui bahwa dari 54 WPS yang melakukan pemeriksaan HIV/AIDS diketahui positif menderita HIV/AIDS sebanyak 23 orang (42.6%). Berdasarkan hasil observasi dengan metode wawancara yang dilakukan pada 10 WPS, 5 diantaranya positif HIV/AIDS dan 5 orang tidak terjangkit. Dari WPS yang terjangkit HIV/AIDS menceritakan bahwa selama memberikan pelayanan tidak menggunakan pelindung, kurang menjaga kebersihan seperti tidak segera membersihkan kelamin. Keadaan ini dimungkinkan karena WPS tidak mengetahui masalah berkaitan dengan penularan, pencegahan HIV/AIDS. Sementara WPS yang negatif HIV/AIDS menceritakan bahwa dirinya selalu menjaga kebersihan kelamin, mereka juga tidak menggunakan pengaman ketika melayani konsumennya. Intensi dalam melakukan tes HIV/AIDS berkaitan dengan tingkat pengetahuan yang dimiliki. Hal ini diasumsikan bahwa pengetahuan merupakan dasar perilaku seseorang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan penjabaran sebelumnya, maka rumusan masalah yang akan diambil adalah bagaimanakah gambaran input konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk Kidul Kabupaten Lumajang?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan input Konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk Kidul Kabupaten Lumajang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan petugas (*man*) dari program Konseling di Puskesmas Labruk Kidul Kabupaten Lumajang.
2. Menggambarkan biaya (*money*) dari program Konseling di Puskesmas Labruk Kidul Kabupaten Lumajang.
3. Menggambarkan sarana (*machine*) dari program Konseling di Puskesmas Labruk Kidul Kabupaten Lumajang.
4. Menggambarkan materi Konseling (*material*) dari program Konseling di Puskesmas Labruk Kidul Kabupaten Lumajang.
5. Menggambarkan metode (*methode*) dari program Konseling di Puskesmas Labruk Kidul Kabupaten Lumajang.
6. Menggambarkan waktu (*time*) dari program Konseling di Puskesmas Labruk Kidul Kabupaten Lumajang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan ilmu pengetahuan kesehatan khususnya dibidang konseling terutama tentang HIV/AIDS.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Sebagai sarana untuk menambah wawasan pengetahuan dan pengalaman penelitian sehingga dapat diterapkan dalam praktik sesungguhnya dan sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya pada WPS di daerah tempat penelitian maupun di tempat lain.

b. Bagi Puskesmas Labruk

Dapat meningkatkan pengetahuan tentang HIV/AIDS melalui kegiatan Konseling sehingga dapat meminimalisir angka kesakitan dan kematian akibat HIV/AIDS dan mencegah terjadinya HIV/AIDS

c. Bagi Dinas Kesehatan

Sebagai bahan informasi bagi tenaga kesehatan untuk memberi rencana penyuluhan lanjutan tentang HIV/AIDS sehingga dapat meningkatkan pengetahuan wanita pekerja seks dalam melakukan tes HIV.

d. Bagi Penelitian Selanjutnya

Sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut pada wanita pekerja seks di daerah tempat penelitian maupun ditempat lain.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.8 Puskesmas

2.8.1 Pengertian

Pusat Kesehatan Masyarakat yang dikenal dengan sebutan Puskesmas adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya pada satu atau bagian wilayah kecamatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dinyatakan bahwa Puskesmas berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama. Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dinas kesehatan kabupaten/kota, sehingga dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, akan mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan, yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan dinas kesehatan kabupaten/kota (Kemenkes, 2015)

2.8.2 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Berdasarkan Permenkes tahun 2014, prinsip penyelenggaraan puskesmas meliputi

- a. Paradigma sehat Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- b. Pertanggungjawaban wilayah Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- c. Kemandirian Masyarakat Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- d. Pemerataan Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara

adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

- e. Teknologi tepat guna Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.
- f. Keterpaduan dan kesinambungan Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

2.8.3 Tugas dan Fungsi

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Kemenkes, 2014). Berdasarkan pada Permenkes no 75 tahun 2014 dalam melaksanakan tugas puskesmas menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- c. Sebagai wahana pendidikan Tenaga Kesehatan.

2.8.4 Wewenang

Berdasarkan pada Permenkes no 75 tahun 2014 dalam menyelenggarakan fungsinya sebagai penyelenggara UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, puskesmas berwenang untuk:

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;

- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas;
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan; dan
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit

Berdasarkan pada Permenkes tahun 2014 bahwa dalam menyelenggarakan fungsi sebagai penyelenggara UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya puskesmas berwenang untuk:

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- b. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- c. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat; menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- d. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- e. Melaksanakan rekam medis;
- f. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan;
- g. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan;
- h. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan

- i. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

2.9 HIV/AIDS

2.9.1 Pengertian

HIV dapat menyebabkan sistem imun mengalami beberapa kerusakan dan kehancuran, lambat laun sistem kekebalan tubuh manusia menjadi lemah atau tidak memiliki kekuatan pada tubuhnya, maka pada saat inilah berbagai penyakit yang dibawa virus, kuman dan bakteri sangat mudah menyerang seseorang yang sudah terinfeksi HIV. Kemampuan HIV untuk tetap tersembunyi adalah yang menyebabkannya virus ini tetap ada seumur hidup, bahkan dengan pengobatan yang efektif (Gallant, 2010: 16). HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain (Kemenkes, 2015:167). HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang dan merusak system kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immuno- Deficiency Syndrome*) adalah kumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya daya tahan tubuh seseorang akibat adanya infeksi HIV (BKKBN, 2008: 22).

2.9.2 Penyebaran HIV

Penemuan atau penyebaran HIV/AIDS untuk pertama kalinya ditemukan di sub-Sahara Afrika pada abad kedua puluh tepatnya tahun 1959. Virus ini kemudian menyebar keluar Afrika, dan mulai memasuki Amerika Serikat antara pertengahan dan akhir tahun 70-an. Dari beberapa negara yang telah terinfeksi virus HIV/AIDS, secara umum diperkirakan bahwa 10% penduduk di Afrika Tengah mengidap HIV + dalam kurun waktu hanya 5 tahun sejak mulai menyebar (Gallant, 2010: 19). Penyebaran virus HIV/AIDS di Afrika terjadi melalui perilaku homoseksual. Penyebaran melalui homoseksual, cukup mengejutkan karena angka-angka mengenai penyebaran virus HIV/AIDS berkembang dengan

pesat (Gallant, 2010: 19). Pada tahun 1980 selain di kalangan homoseksual virus HIV/AIDS juga ditemukan melalui hubungan heteroseksual, baik yang disebabkan oleh perilaku biseksual maupun karena kebiasaan berganti-ganti pasangan.

2.9.3 Penularan HIV/AIDS

Cara Penularan HIV/AIDS Menurut Depkes RI (2010), ada 3 cara penularan HIV/AIDS yaitu :

a. Penularan Seksual

Secara umum dapat dikatakan, hubungan seksual adalah cara penularan HIV yang paling sering terjadi. Virus dapat ditularkan dari seseorang yang terinfeksi kepada mitra atau pasangan seksualnya, baik dari laki-laki atau perempuan atau sebaliknya (heteroseksual) maupun dari sesama jenis kelamin (homoseksual) atau yang mendonorkan semennya kepada orang lain. Risiko terinfeksi HIV melalui hubungan seksual tergantung kepada beberapa hal :

- 1) Kemungkinan bahwa mitra seksual terinfeksi HIV Angka kejadian infeksi HIV pada penduduk seksual aktif sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah yang lainnya, juga berbeda antara satu kelompok penduduk dengan kelompok penduduk lainnya dalam satu daerah. Kemungkinan proporsi seseorang terinfeksi HIV melalui hubungan seksual, umumnya dapat dikatakan tergantung jumlah proporsi mitra seksual dalam tahun-tahun terakhir. Di daerah yang cara penularan HIV terbanyak melalui hubungan heteroseksual maka kelompok masyarakat yang berisiko untuk terinfeksi HIV adalah PSK dan laki-laki yang sering kali berhubungan dengan PSK. Sedangkan untuk negara maju, angka kejadian infeksi lebih tinggi dijumpai pada homoseksual, biseksual dan penggunaan obat narkotika suntik.
- 2) Cara salah melakukan hubungan seksual Semua hubungan seksual mempunyai risiko penularan infeksi HIV, namun risiko tertinggi terjadinya infeksi HIV pada pria dan wanita ialah mereka yang berlaku sebagai

penerima dari hubungan seksual anal dengan mitra seksual yang terinfeksi HIV. Hubungan cara vaginal kemungkinan membawa risiko tinggi bagi pria dan wanita heteroseksual dari pada oralgenital. Secara teori masturbasi bersama akan memungkinkan adanya pancaran semen atau cairan vagina atau cairan vagina atau cairan mulut (serviks) secara teori dapat menimbulkan risiko penularan HIV.

- 3) Banyaknya virus yang terdapat dalam darah atau cairan sekresi mitra seksual yang terinfeksi Seseorang yang terinfeksi HIV jelas akan lebih infeksius sejalan dengan perkembangannya menjadi penderita AIDS.
- 4) Keberadaan penyakit menular seksual lain yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV.

b. Penularan Parenteral

Penularan ini terjadi melalui transfusi dengan darah yang terinfeksi HIV atau produk darah atau penggunaan jarum yang terkontaminasi dengan HIV atau peralatan lain yang melukai mukosa kulit

- c. Penularan Perinatal Penularan dari seorang wanita kepada janin yang dikandungnya atau bayinya. Penularan ini dapat terjadi sebelum, selama atau beberapa saat setelah bayi dilahirkan. Risiko penularan HIV dalam rahim si ibu atau selama proses kelahiran.

2.9.4 Upaya Pencegahan dan Penularan HIV/AIDS

Berkaitan dengan pencapaian tujuan tersebut Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Pemerintah Kesehatan (PERMENKES) No.21 Tahun 2013 tentang penanggulangan HIV/AIDS. Di mana secara rinci tertuang pada bab 1 Ketentuan Umum Pasal 1, No.1 yang menjelaskan bahwasanya Penanggulangan adalah segala upaya yang meliputi beberapa pelayanan yaitu:

- a. Promotif (fungsi pemahaman): yaitu fungsi bimbingan dan konseling yang membantu konseling atau klien agar memiliki pemahaman terhadap dirinya (potensinya), dan lingkungannya (pendidikan,

pekerjaan, dan norma agama). Berdasarkan pemahaman ini, klien diharapkan mampu mengembangkan potensi dirinya secara optimal, dan menyesuaikan dirinya dengan lingkungan secara dinamis dan konstruktif.

- b. Preventif (fungsi pencegahan): yaitu membantu individu menjaga atau mencegah timbulnya masalah bagi dirinya.
- c. Kuratif: yaitu membantu individu memecahkan masalah yang sedang dihadapi atau dialami.
- d. Rehabilitatif: layanan ini ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan, angka kematian, mengatasi penularan serta penyebaran penyakit agar wabah tidak meluas ke daerah lain serta mengurangi dampak negatif yang ditimbulkannya.

Selain itu untuk upaya mencegah penularan HIV/AIDS, Kementerian Kesehatan juga menerapkan beberapa strategi di antaranya:

- a. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS melalui kerjasama nasional, regional, dan global dalam aspek legal, organisasi, pembiayaan, fasilitas pelayanan kesehatan dan sumber daya manusia;
- b. Memprioritaskan komitmen nasional dan internasional;
- c. Meningkatkan advokasi, sosialisasi, dan mengembangkan kapasitas;
- d. Meningkatkan upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang merata, terjangkau, bermutu, dan berkeadilan serta berbasis bukti, dengan mengutamakan pada upaya preventif dan promotif;
- e. Meningkatkan jangkauan pelayanan pada kelompok masyarakat berisiko tinggi, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan serta bermasalah kesehatan;
- f. Meningkatkan pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS;
- g. Meningkatkan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia yang merata dan bermutu dalam penanggulangan HIV dan AIDS

- h. Meningkatkan ketersediaan, dan keterjangkauan pengobatan, pemeriksaan penunjang HIV dan AIDS serta menjamin keamanan, kemanfaatan, dan mutu sediaan obat dan bahan/alat yang diperlukan dalam penanggulangan HIV dan AIDS; dan
- i. Meningkatkan manajemen penanggulangan HIV dan AIDS yang akuntabel, transparan, berdaya guna dan berhasil guna.

Dengan demikian upaya pencegahan dan penularan HIV/AIDS adalah usaha yang dilakukan untuk mencegah yang dimulai dari pengendalian populasi kunci, kelompok yang berisiko atau rentan terkena infeksi, lalu melangkah pada orang-orang yang berhubungan seksual dengan banyak pasangan, dan mencegah penularan pada masyarakat umum dan bayi, serta memberdayakan sumber daya manusia yang merata dan bermutu dalam penanggulangan HIV dan AIDS.

2.10 Konseling

2.10.1 Pengertian

Konseling adalah proses pemberian informasi obyektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan paduan ketrampilan komunikasi interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapi dan menentukan jalan keluar/upaya untuk mengatasi masalah tersebut (McLeod, 2010:10). Syamsu dan Juntika (2010:9) menyebutkan bahwa konseling merupakan salah satu bentuk hubungan yang bersifat membantu. Makna bantuan disini yaitu sebagai upaya untuk membantu orang lain agar ia mampu tumbuh ke arah yang dipilihnya sendiri, mampu memecahkan masalah yang di hadapinya dan mampu menghadapi krisis-krisis yang dialami dalam kehidupannya. Prayitno (2009:105) konseling adalah proses pemberian bantuan yang dilakukan melalui wawancara konseling oleh seorang ahli (disebut konselor) kepada individu yang sedang mengalami sesuatu masalah (disebut klien) yang bermuara pada teratasinya masalah yang dihadapi oleh klien.

Kata konseling mencakup bekerja dengan banyak orang dan hubungannya mungkin saja bersifat pengembangan diri, dukungan terhadap krisis pribadi,

psikoterapi, atau pemecahan masalah (British Association of Counselling, 2001 dalam Pieter, 2012:237). Pieter (2012: 237) menyimpulkan dari beberapa pendapat pakar bahwa konseling dalam kebidanan merupakan proses pemberian informasi yang lebih objektif dan lengkap yang dilakukan secara sistematis berdasarkan panduan keterampilan komunikasi interpersonal, teknik bimbingan, penguasaan pengetahuan klinik, yang bertujuan membantu klien mengenali kondisinya, masalah yang dihadapi klien dan membantunya untuk menentukan solusi dan jalan keluar dalam upaya mengatasi masalah masalahnya.

2.10.2 Macam-Macam Konseling

a. Layanan konseling perorangan

Menurut Prayitno dan Amti (2004:288) pada bagian ini konseling dimaksudkan sebagai pelayanan khusus dalam hubungan langsung tatap muka antara konselor dan klien. Dalam hubungan itu masalah klien dicermati dan diupayakan pengentasannya sedapat dapatnya dengan kekuatan klien sendiri.

b. Layanan konseling kelompok

Prayitno dan Amti (2004:311) mengutarakan layanan konseling kelompok pada dasarnya adalah layanan konseling perorangan yang dilaksanakan di dalam suasana kelompok. Keunggulan konseling kelompok ialah dinamika interaksi sosial yang dapat berkembang dengan intensif dalam suasana kelompok yang justru tidak dapat dijumpai dalam konseling perorangan. Prayitno dan Amti (2004:314) menambahkan ciri-ciri konseling kelompok, yaitu:

- 1) Jumlah anggota: Terbatas 5-10 orang.
- 2) Kondisi dan karakteristik anggota: hendaknya homogen; dapat pula heterogen terbatas.
- 3) Tujuan yang ingin dicapai:
 - a) Pemecahan masalah;
 - b) Pengembangan kemampuan komunikasi dan interaksi sosial.
- 4) Pemimpin kelompok: konselor.

- 5) Peranan anggota:
 - a) Berpartisipasi dalam dinamika interaksi sosial;
 - b) Menyumbang pengentasan masalah;
 - c) Menyerap bahan untuk pemecahan masalah.
- 6) Suasana interaksi:
 - a) Interaksi multiarah;
 - b) Mendalam dengan melibatkan aspek emosional.
- 7) Sifat isi pembicaraan: rahasia.
- 8) Frekuensi kegiatan: kegiatan berkembang sesuai dengan tingkat kemajuan pemecahan masalah. Evaluasi dilakukan sesuai dengan tingkat kemajuan pemecahan masalah.

2.10.3 Proses Konseling

Menurut McLeod (2008:366) mengutarakan proses konseling melalui pendekatan “Manajemen Problem” yang disusun dalam tiga tahap utama: membantu klien mengenali dan menjernihkan situasi masalah; mengembangkan program untuk perubahan yang konstruktif; mengimplementasikan target. Winkel dan Hastuti (2006:607-613) menambahkan terdapat lima fase proses konseling dalam kelompok yang meliputi:

- a. Pembukaan, diletakkan dasar bagi pengembangan hubungan antar pribadi (*working relationship*) yang baik, yang memungkinkan pembicaraan terbuka dan terarah pada penyelesaian masalah.
- b. Penjelasan masalah, masing-masing konseling mengutarakan masalah yang dihadapi berkaitan dengan masalah diskusi, sambil mengungkapkan fikiran dan perasaannya secara bebas.
- c. Penggalan latar belakang masalah, karena para konseli pada fase dua biasanya belum menyajikan gambaran lengkap mengenai kedudukan masalah dalam keseluruhan situasi hidup masing-masing, diperlukan penjelasan lebih mendetail dan mendalam.

- d. Penyelesaian masalah, dilakukan berdasarkan apa yang telah digali dalam fase analisis kasus, konselor dan para konseli membahas bagaimana persoalan dapat diatasi.
- e. Penutup, bilamana kelompok sudah siap untuk melaksanakan apa yang telah diputuskan bersama. Proses konseling dapat diakhiri dan kelompok dapat dibubarkan pada pertemuan terakhir.

2.10.4 Tujuan Konseling

Menurut McLeod (2008:13-14) tujuan dari kegiatan konseling, yaitu:

- a. Pemahaman.
Adanya pemahaman terhadap akar dan perkembangan kesulitan emosional, mengarah kepada peningkatan kapasitas untuk lebih memilih kontrol rasional ketimbang perasaan dan tindakan.
- b. Berhubungan dengan orang lain.
Menjadi lebih mampu membentuk dan mempertahankan hubungan yang bermakna dan memuaskan orang lain.
- c. Kesadaran diri.
Menjadi lebih peka terhadap pemikiran dan perasaan yang selama ini ditahan atau di tolak, atau mengembangkan perasaan yang lebih akurat berkenaan dengan bagaimana penerimaan orang lain terhadap diri.
- d. Penerimaan diri.
Pengembangan sikap positif terhadap diri sendiri yang ditandai oleh kemampuan menjelaskan pengalaman yang selalu menjadi subjek kritik diri dan penolakan.
- e. Aktualisasi diri atau individu.
Pergerakan ke arah pemenuhan potensi atau penerimaan integrasi bagian diri yang sebelumnya saling bertentangan.
- f. Pencerahan.
Membantu klien mencapai kondisi kesadaran spritual yang tinggi.
- g. Pemecahan masalah.

Menemukan pemecahan problem tertentu yang tidak bisa dipecahkan oleh klien seorang diri. Menuntut kompetensi umum dalam pemecahan masalah.

h. Pendidikan psikologi.

Membuat klien mampu menangkap ide dan teknik untuk memahami dan mengontrol tingkah laku.

i. Memiliki ketrampilan sosial.

Mempelajari dan menguasai ketrampilan sosial dan interpersonal seperti mempertahankan kontak mata, tidak menyela pembicaraan, asertif, atau pengendalian kemarahan.

j. Perubahan kognitif.

Modifikasi atau mengganti kepercayaan yang tak rasional atau pola pemikiran yang tidak dapat diadaptasi, yang diasosiasikan dengan tingkah laku penghancuran diri.

k. Perubahan tingkah laku.

Modifikasi atau mengganti pola tingkah laku yang maladaptif atau merusak.

l. Perubahan sistem. Memperkenalkan perubahan dengan cara beroperasinya sistem sosial

m. Penguatan.

Berkenaan dengan ketrampilan, kesadaran, dan pengetahuan yang akan membuat klien mampu mengontrol kehidupannya.

n. Restitusi.

Membantu klien membuat perubahan kecil terhadap perilaku yang merusak.

o. Reproduksi dan aksi sosial.

Menginspirasi dalam diri seseorang hasrat dan kapasitas untuk perduli terhadap orang lain, membagi pengetahuan, dan berkontribusi kebaikan bersama (*collective good*) melalui kesepakatan politik dan kerja komunitas.

2.10.5 Fungsi Konseling

Pendapat beberapa ahli dalam Pieter (2012:246) menyimpulkan fungsi konseling, antara lain:

- a) fungsi pencegahan, yakni upaya mencegah timbulnya lagi masalah-masalah klien;
- b) fungsi penyesuaian, yakni upaya untuk membantu klien sebagai akibat perubahan biologis dan psikologis atau social klien;
- c) fungsi perbaikan, yakni upaya melakukan perbaikan terhadap penyimpangan perilaku klien;
- d) fungsi pengembangan, yakni meningkatkan pengetahuan klien.

2.10.6 Hasil Konseling

Menurut McLeod (2008:17-18), hasil konseling dapat dikategorikan sebagai berikut:

- a) Resolusi terhadap sumber dalam hidup, resolusi mencakup pencapaian pemahaman atau perspektif terhadap masalah-masalah, usaha-usaha pencapaian penerimaan pribadi terhadap permasalahan dan usaha-usaha pengambilan tindakan untuk mengubah situasi yang dianggap sebagai sumber-sumber permasalahannya.
- b) Belajar, setelah mengikuti konseling memungkinkan seseorang untuk mendapatkan pemahaman, keterampilan, dan strategi baru yang membuat diri klien bisa menangani masalah serupa dengan lebih baik dimasa yang akan datang.
- c) Inklusi sosial, kegiatan konseling dianggap sebagai stimulasi energi dan kapasitas personal bagi klien yang diterima melalui konselor. Hasil konseling dianggap berguna apabila klien memperoleh kontribusi pribadi dan kepentingan sosial.

2.11 *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*

2.11.1 Definisi Konseling dalam VCT

Definisi *Voluntary Counseling Test (VCT)* adalah proses konseling *pra testing*, konseling *post testing*, dan *testing* HIV secara sukarela yang bersifat confidential dan secara lebih dini membantu orang mengetahui status HIV. Konseling *pra testing* memberikan pengetahuan tentang HIV & manfaat *testing*, pengambilan keputusan untuk *testing*, dan perencanaan atas issue HIV yang akan dihadapi. Konseling *post testing* membantu seseorang untuk mengerti & menerima status (HIV+) dan merujuk pada layanan dukungan. Konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS (Pedoman Pelayanan VCT, 2016:1).

2.11.2 Peran Konseling dan *Testing* Sukarela (VCT)

Menurut Kemenkes RI (2013:11) menjelaskan bahwa peran konseling dan *testing* sukarela adalah sebagai berikut:

- a. Layanan VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien pada saat klien mencari pertolongan *medic* dan *testing* yaitu dengan memberikan layanan dini dan memadai baik kepada mereka dengan HIV positif maupun negatif. Layanan ini termasuk konseling, dukungan, akses untuk terapi suportif, terapi infeksi oportunistik, dan ART.
- b. VCT harus dikerjakan secara professional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV dan AIDS, mempelajari status dirinya, dan mengerti tanggung jawab untuk menurunkan perilaku berisiko dan mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.
- c. *Testing* HIV dilakukan secara sukarela tanpa paksaan dan tekanan, segera setelah klien memahami berbagai keuntungan, konsekuensi, dan risiko.

Konseling dan tes HIV sukarela yang dikenal sebagai *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV dan AIDS berkelanjutan. Program VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien dengan memberikan layanan dini dan memadai baik kepada mereka dengan HIV positif maupun negatif. Layanan ini termasuk pencegahan primer melalui konseling dan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) seperti pemahaman HIV, pencegahan penularan dari ibu ke anak (*Prevention of Mother To Child Transmission – PMTCT*) dan akses terapi infeksi oportunistik, seperti tuberculosis (TBC) dan infeksi menular seksual (KPA, 2010).

VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV dan AIDS, mempelajari status dirinya, dan mengerti tanggung jawab untuk menurunkan perilaku berisiko dan mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat (KPA, 2010). VCT merupakan kegiatan konseling bersifat sukarela dan rahasia, yang dilakukan sebelum dan sesudah tes darah untuk HIV di laboratorium.

Test HIV dilakukan setelah klien terlebih dahulu memahami dan menandatangani *informed consent* yaitu surat persetujuan setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan benar. VCT merupakan hal penting karena :

1. Merupakan pintu masuk ke seluruh layanan HIV dan AIDS
2. Menawarkan keuntungan, baik bagi yang hasil tesnya positif maupun negatif, dengan focus pada pemberian dukungan atas kebutuhan klien seperti perubahan perilaku, dukungan mental, dukungan terapi ARV, pemahaman factual dan terkini atas HIV dan AIDS.
3. Mengurangi stigma masyarakat
4. Merupakan pendekatan menyeluruh : kesehatan fisik dan mental.

5. Memudahkan akses ke berbagai pelayanan yang dibutuhkan klien baik kesehatan maupun psikososial. Meskipun VCT adalah sukarela namun utamanya diperuntukkan bagi orang-orang yang sudah terinfeksi HIV atau AIDS, dan keluarganya, atau semua orang yang mencari pertolongan karena merasa telah melakukan tindakan berisiko di masa lalu dan merencanakan perubahan di masa depannya, dan mereka yang tidak mencari pertolongan namun berisiko tinggi.

Ada beberapa prinsip yang harus dipatuhi dalam pelayanan VCT, yakni VCT harus dilakukan dengan :

1. Sukarela, tanpa paksaan.
2. Kerahasiaan terjamin : proses dan hasil tes rahasia dalam arti hanya diketahui dokter/konselor dan klien.
3. Harus dengan konseling.
4. VCT tidak boleh dilakukan tanpa adanya konseling atau dilakukan secara diam-diam.
5. Harus ada persetujuan dari pasien dalam bentuk penandatanganan Lembar Persetujuan (*informed consent*) (Depkes RI, 2006).

Tujuan umum VCT adalah untuk mempromosikan perubahan perilaku yang mengurangi risiko mendapat infeksi dan penyebaran HIV. Tujuan Khusus VCT Bagi ODHA :

1. Meningkatkan jumlah ODHA yang mengetahui bahwa dirinya terinfeksi HIV. Saat ini sangat sedikit orang di Indonesia yang diketahui terinfeksi HIV. Kurang dari 2.5% orang diperkirakan telah terinfeksi HIV mengetahui bahwa dirinya terinfeksi.
2. Mempercepat diagnose HIV, Sebagian besar ODHA di Indonesia baru mengetahui bahwa dirinya terinfeksi setelah mencapai tahap simptomatik (bergejala) dan masuk ke stadium AIDS, bahkan dalam keadaan hampir meninggal. Dengan diagnosa lebih dini, ODHA mendapat kesempatan untuk melindungi diri dan pasangannya, serta melibatkan dirinya dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, sesuai dengan asas keterlibatan

lebih besar oleh ODHA (*GIPA-Greater involvement of people with AIDS*) yang dideklarasikan pada KTT AIDS Paris 1994, yang ditanda tangani 42 negara termasuk Indonesia.

3. Meningkatkan penggunaan layanan kesehatan dan pencegahan terjadinya infeksi lain pada ODHA. ODHA yang belum mengetahui dirinya terinfeksi HIV tidak dapat mengambil manfaat profilaksis terhadap infeksi oportunistik, yang sebetulnya sangatlah mudah dan efektif. selain itu, mereka juga tidak dapat memperoleh terapi antiretroviral secara lebih awal, sebelum system kekebalan tubuhnya rusak total dan tidak dipulihkan kembali.
4. Meningkatkan kepatuhan terhadap terapi antiretroviral. Agar virus tidak menjadi resisten dan efektivitas obat dapat dipertahankan diperlukan kepatuhan yang tinggi terhadap pengobatan. kepatuhan tersebut didorong oleh pemberian informasi yang lengkap, dan pemahaman terhadap informasi tersebut, serta oleh dukungan pendamping.
5. Meningkatkan jumlah ODHA yang berperilaku hidup sehat dan melanjutkan perilaku yang kurang berisiko terhadap penularan HIV dan IMS. Jika sebagian ODHA tahu status HIV dirinya, dan berperilaku sehat agar tidak menulari orang lain maka mata rantai epidemi HIV akan terputus. Konseling merupakan proses interaksi antara konselor dan klien yang membuahkan kematangan kepribadian pada konselor dan memberikan dukungan mental-emosional pada klien. Proses konseling mencakup upaya-upaya yang realistis dan terjangkau serta dapat dilaksanakan.

2.11.3 Prinsip Layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

VCT merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat dan sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV/AIDS berkelanjutan yang berdasarkan prinsip:

- a. Sukarela dalam melaksanakan testing HIV

Pemeriksaan HIV hanya dilaksanakan atas dasar kerelaan klien tanpa paksaan dan tanpa tekanan. Keputusan untuk melakukan pemeriksaan terletak ditangan

klien. Testing dalam VCT bersifat sukarela sehingga tidak direkomendasikan untuk testing wajib pada pasangan yang akan menikah, pekerja seksual, Injecting Drug User (IDU), rekrutmen pegawai / tenaga kerja Indonesia dan asuransi kesehatan.

- b. Saling mempercayai dan terjaminnya kerahasiaan.

Layanan harus bersifat profesional, menghargai hak dan martabat semua klien. Semua informasi yang disampaikan klien harus dijaga kerahasiaannya oleh konselor dan petugas kesehatan, tidak diperkenankan didiskusikan diluar konteks kunjungan klien. Semua informasi tertulis harus disimpan dalam tempat yang tidak dapat dijangkau oleh mereka yang tidak berhak. Untuk penanganan kasus klien selanjutnya dengan seijin klien maka informasi kasus dari diri klien dapat diketahui.

- c. Mempertahankan hubungan relasi konselor dan klien yang efektif

Konselor mendukung klien untuk kembali mengambil hasil testing dan mengikuti pertemuan konseling pasca testing untuk mengurangi perilaku berisiko. Dalam VCT dibicarakan juga respon dan perasaan klien dalam menerima hasil testing dan tahapan penerimaan hasil testing positif.

- d. Testing merupakan salah satu komponen dari VCT.

WHO dan Departemen Kesehatan RI telah memberikan pedoman yang dapat digunakan untuk melakukan testing HIV. Penerimaan hasil testing senantiasa diikuti oleh konseling pasca testing oleh konselor yang sama atau konselor lain yang disetujui oleh klien (Pedoman Pelayanan VCT, 2016:5).

2.11.4 Model Layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

Pelayanan VCT dapat dikembangkan diberbagai layanan terkait yang dibutuhkan, misalnya klinik Infeksi Menular Seksual (IMS), klinik Tuberkulosa (TB), Klinik Tumbuh Kembang Anak dan sebagainya. Lokasi layanan VCT hendaknya perlu petunjuk atau tanda yang jelas hingga mudah diakses dan mudah diketahui oleh klien VCT. Namun klinik cukup mudah dimengerti sesuai dengan

etika dan budaya setempat dimana pemberian nama tidak mengundang stigma dan diskriminasi. Model layanan VCT terdiri atas :

a. Mobile VCT (Penjangkauan dan keliling)

Mobile VCT adalah 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. Layanan ini diawali dengan survei atau penelitian atas kelompok masyarakat di wilayah tersebut dan survei tentang layanan kesehatan dan layanan dukungan lainnya di daerah setempat.

b. Statis VCT (Klinik VCT tetap)

Statis VCT adalah sifatnya terintegrasi dalam sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya, artinya bertempat dan menjadi bagian dari layanan kesehatan yang telah ada. Sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya harus memiliki kemampuan memenuhi kebutuhan masyarakat akan VCT, layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan terkait dengan HIV/AIDS (Pedoman Pelayanan VCT, 2016:7).

2.11.5 Tahapan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

a. Pre-test counseling

Pre-test counseling adalah diskusi antara klien dan konselor yang bertujuan untuk menyiapkan klien untuk testing, memberikan pengetahuan pada klien tentang HIV/AIDS. Isi diskusi yang disampaikan adalah klarifikasi pengetahuan klien tentang HIV/AIDS, menyampaikan prosedur tes dan pengelolaan diri setelah menerima hasil tes, menyiapkan klien menghadapi hari depan, membantu klien memutuskan akan tes atau tidak, mempersiapkan informed consent dan konseling seks yang aman.

b. HIV testing

Pada umumnya, tes HIV dilakukan dengan cara mendeteksi antibodi dalam darah seseorang. Jika HIV telah memasuki tubuh seseorang, maka di dalam

darah akan terbentuk protein khusus yang disebut antibodi. Antibodi adalah suatu zat yang dihasilkan sistem kekebalan tubuh manusia sebagai reaksi untuk membendung serangan bibit penyakit yang masuk. Pada umumnya antibodi terbentuk di dalam darah seseorang memerlukan waktu 6 minggu sampai 3 bulan tetapi ada juga sampai 6 bulan bahkan lebih. Jika seseorang memiliki antibodi terhadap HIV di dalam darahnya, hal ini berarti orang itu telah terinfeksi HIV. Tes HIV yang umumnya digunakan adalah Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA), Rapid Test dan Western Immunoblot Test. Setiap tes HIV ini memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang berbeda. Sensitivitas adalah kemampuan tes untuk mendeteksi adanya antibodi HIV dalam darah sedangkan spesifisitas adalah kemampuan tes untuk mendeteksi antibodi protein HIV yang sangat spesifik.

1) Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA)

Tes ini digunakan untuk mendeteksi antibodi yang dibuat tubuh terhadap virus HIV. Tes ELISA ini dapat dilakukan dengan sampel darah vena, air liur, atau air kencing. Hasil positif pada ELISA belum dapat dipastikan bahwa orang yang diperiksa telah terinfeksi HIV karena tes ini mempunyai sensitivitas tinggi tetapi spesifisitas rendah. Oleh karena itu masih diperlukan tes pemeriksaan lain untuk mengkonfirmasi hasil pemeriksaan ELISA ini. Jadi walaupun ELISA menunjukkan hasil positif, masih ada dua kemungkinan, orang tersebut sebenarnya tidak terinfeksi HIV atau betul-betul telah terinfeksi HIV.

2) Rapid Test

Penggunaan dengan metode rapid test memungkinkan klien mendapatkan hasil tes pada hari yang sama dimana pemeriksaan tes hanya membutuhkan waktu 10 menit. Metode pemeriksaan dengan menggunakan sampel darah jari dan air liur. Tes ini mempunyai sensitivitas tinggi (mendekati 100%) dan spesifisitas (>99%). Hasil positif pada tes ini belum dapat dipastikan apakah dia terinfeksi HIV. Oleh

karena itu diperlukan pemeriksaan tes lain untuk mengkonfirmasi hasil tes ini.

3) Western Immunoblot Test

Sama halnya dengan ELISA, Western Blot juga mendeteksi antibodi terhadap HIV. Western blot digunakan sebagai tes konfirmasi untuk tes HIV lainnya karena mempunyai spesifisitas yang lebih tinggi untuk memastikan apakah terinfeksi HIV atau tidak.

c. Post-test counseling

Post-test counseling adalah diskusi antara konselor dengan klien yang bertujuan menyampaikan hasil tes HIV klien, membantu klien beradaptasi dengan hasil tes, menyampaikan hasil secara jelas, menilai pemahaman mental emosional klien, membuat rencana dengan menyertakan orang lain yang bermakna dalam kehidupan klien, menjawab, menyusun rencana tentang kehidupan yang mesti dijalani dengan menurunkan perilaku berisiko dan perawatan, dan membuat perencanaan dukungan (Pedoman Pelayanan VCT, 2016:11).

2.11.6 Pemanfaatan Layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

Menurut kamus pintar Bahasa Indonesia (1995), pemanfaatan berasal dari kata dasar manfaat yang artinya guna atau faedah. Dengan demikian kata pemanfaatan berarti menggunakan sesuatu dengan tujuan untuk mendapatkan kegunaan atau faedah dari objek tersebut. Layanan VCT adalah suatu prosedur diskusi pembelajaran antara konselor dan klien untuk memahami HIV/AIDS beserta risiko dan konsekuensi terhadap diri, pasangan, keluarga dan orang di sekitarnya dengan tujuan utama adalah perubahan perilaku ke arah perilaku yang lebih sehat dan lebih aman (Pedoman Pelayanan VCT, 2016:5).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa individu dikatakan memanfaatkan layanan VCT jika dia tahu informasi mengenai layanan VCT dan mau menggunakan layanan VCT untuk tujuan yang bermanfaat. Dengan demikian pemanfaatan layanan VCT adalah sejauh mana orang yang pernah melakukan

perilaku beresiko tinggi tertular HIV/AIDS merasa perlu menggunakan layanan VCT untuk mengatasi masalah kesehatannya, untuk mengurangi perilaku beresiko dan merencanakan perubahan perilaku sehat.

2.11.7 VCT untuk Pekerja Seks Komersil

Konseling dan Tes HIV sukarela di klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) adalah titik awal pelayanan dan perawatan yang berkelanjutan dan merupakan tempat mereka datang untuk bertanya, belajar dan menerima status HIV seseorang dengan privasi yang terjaga, yang mampu menjangkau dan menerapkan perawatan dan upaya pencegahan yang efektif. Definisi *Voluntary Counseling Test* (VCT) adalah proses konseling *pra testing*, konseling *post testing*, dan *testing* HIV secara sukarela yang bersifat confidential dan secara lebih dini membantu orang mengetahui status HIV. Konseling *pra testing* memberikan pengetahuan tentang HIV & manfaat *testing*, pengambilan keputusan untuk *testing*, dan perencanaan atas *issue* HIV yang akan dihadapi. Konseling *post testing* membantu seseorang untuk mengerti & menerima status (HIV+) dan merujuk pada layanan dukungan.

Konseling dalam VCT merupakan kegiatan yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV dan AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggung jawab, pengobatan ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV dan AIDS. Konseling VCT juga dapat membantu orang mengetahui statusnya lebih dini, menekankan kepada aspek perubahan perilaku, peningkatan kemampuan menghadapi stress, ketrampilan pemecahan masalah. Konseling HIV juga menekankan pada *issue* HIV terkait seperti bagaimana hidup dengan HIV, Pencegahan HIV ke pasangan, dan *issue-issue* HIV yang berkelanjutan. Elemen Penting dalam VCT adalah : tersedia waktu, penerimaan klien dan berorientasi kepada klien, mudah dijangkau dan merasa nyaman. *Testing* (T) yang berarti layanan yang berkualitas dan selesai satu hari lebih hemat dan meningkatkan orang untuk melakukan tes dan permintaan untuk VCT. Dalam hal ini

membuktikan bila seseorang dipaksa tes maka mereka akan menolak dan menjauh dibandingkan dengan memberikan pengertian dan informasi yang benar.

Pada tahun 1993, VCT sudah mulai diadakan di Kalimantan Barat kemudian di Jakarta, pelayanan VCT di RS. Cipto Mangunkusumo mulai diadakan pada tahun 1995. Dalam lima tahun berikutnya pelayanan VCT telah dikembangkan ke berbagai daerah dengan dukungan dari USAIDS, GFATM dan AusAID. Saat ini telah tersedia 326 pelayanan VCT di hampir 200 kabupaten. Pedoman pelayanan VCT secara nasional diformulasikan pada tahun 2005 dan pelayanan VCT juga mulai dimasukkan ke dalam rencana strategis nasional yang mendukung MDGs (Searo WHO, 2010).

Full time counselor yang berlatar belakang psikologi & ilmuwan psikologi (*psychiatrists, family therapist, psikologi terapan*) yang sudah mengikuti pelatihan VCT dengan standart WHO. Sebagai seorang konselor HIV memiliki beberapa tipe, yaitu : dekat dengan komunitas, lebih mempromosikan VCT dan konseling dukungan, mampu memberikan dukungan untuk konselor dan petugas manajemen kasus dan mendampingi serta memberikan bantuan teknis kepada konselor.

Sebagai seorang konseling dalam melakukan prosedurnya harus melalui beberapa tahapan, baik itu *pre test* maupun *pasca test*. Adapun tahapan konseling *pre test* antara lain adalah :

- 1) mengemukakan alasan *test*,
- 2) pengetahuan tentang HIV & manfaat *testing*,
- 3) perbaikan kesalahpahaman ttg HIV / AIDS,
- 4) penilaian pribadi risiko penularan HIV,
- 5) Informasi tentang *test* HIV,
- 6) diskusi tentang kemungkinan hasil yang keluar,
- 7) kapasitas menghadapi hasil / dampak hasil,
- 8) kebutuhan dan dukungan potensial - rencana pengurangan risiko pribadi, (i) pemahaman tentang pentingnya *test* ulang,

- 9) memberi waktu untuk mempertimbangkan,
- 10) pengambilan keputusan setelah diberi informasi,
- 11) membuat rencana tindak lanjut,
- 12) memfasilitasi dan penandatanganan *Informed consent*.

Tahapan konseling *pasca test* meliputi :

- 1) dokter & konselor mengetahui hasil untuk membantu diagnosa dan dukungan lebih lanjut,
- 2) hasil diberikan dalam amplop tertutup,
- 3) hasil disampaikan dengan jelas dan sederhana,
- 4) beri waktu untuk bereaksi,
- 5) cek pemahaman hasil *test*,
- 6) diskusi makna hasil *test*.

Menurut Departemen Kesehatan (2004), VCT dibentuk dengan tujuan dan alasan-alasan yang cukup kuat, antara lain yaitu :

- 1) Pencegahan HIV ; Mereka yang menggunakan jasa pelayanan VCT di dalam dirinya ada perasaan yang kuat tentang tata nilai, aktivitas seksual dan diagnosis (apakah positif atau negatif) dan seringkali mereka betul-betul menurunkan perilaku berisikonya.VCT menawarkan kepada para pasangan untuk mencari tahu status HIV dalam hubungannya.
- 2) Pintu masuk menuju terapi dan perawatan ; VCT merupakan sebagai pelayanan medik dan dukungan sesuai dengan yang dibuthkan, untuk itu akses VCT penting untuk memastikan keamanan dan efektivitas dari semua intervensi (Depkes, 2009).

2.11.8 Standart Minimum Penyelenggaraan Pelayanan VCT

a. Sumber Daya Manusia

Sumberdaya manusia (man) dalam hal ini menurut Kemenkes, (2016:4) sebagai berikut:

- 1) Layanan VCT harus mempunyai sumber daya manusia yang sudah terlatih dan kompeten.(arti&maksud) Sumber daya manusia yang terlibat dalam pengembangan pelayanan VCT disesuaikan dengan model dan adaptasi

dari pelayanan VCT. Petugas konseling VCT professional diutamakan yang telah menamatkan pendidikan S1 dan berlatarbelakang psikologi, ilmu terapan psikologi dan konseling, ilmu social, dan pastoral. Untuk menyesuaikan situasi lapangan dan kelompok dampingan, petugas konseling VCT dapat dipilih dari mereka yang memiliki potensi dan kualitas yang sesuai sebagai calon konselor professional dan terlatih. Minimum Pendidikan dan Usia untuk pelaksanaan. Konselor VCT sudah mengikuti pelatihan konseling pre/post tes HIV secara lengkap

- 2) Layanan MK harus mempunyai sumber daya manusia yang sudah terlatih dan kompeten.

Sumber daya manusia yang terlibat dalam pengembangan pelayanan MK disesuaikan dengan model dan adaptasi dari pelayanan MK. Petugas manajemen kasus professional diutamakan yang telah menamatkan pendidikan S1 dan berlatarbelakang ilmu pekerja social, psikologi, ilmu terapan psikologi dan konseling, komunikasi, dan ilmu social. Untuk menyesuaikan situasi lapangan dan kelompok dampingan, petugas manajemen kasus konseling dapat dipilih darimereka yang memiliki potensi dan kualitas yang sesuai sebagai calon petugas manajemen kasus.

- 3) Kelompok dukungan Sebaya terdiri dari 2 sampai lebih mereka dengan status positif HIV.

Penanggungjawab pengelolaan adalah konselor, petugas manajemen kasus dan petugas lapangan.

- 4) Pengelola Hotline terdiri dari satu orang konselor dan 2 petugas lapangan.

Dibeberapa tempat yang tidak disediakan konselor, program hotline dikelola oleh petugas lapangan.

b. Pembiayaan

Pembiayaan menurut Kemenkes, (2017:7) Pembiayaan untuk pelayanan konseling ini berbeda-beda tergantung unit pelayanan ini berada. Pelayanan di

LSM, puskesmas, rumah sakit yang dikenakan tarif sesuai dengan kondisi atau kebijakan setempat, namun komponen pelayanan tetap sama yaitu meliputi testing dan jasa pelayanan. Tarif pelayanan disesuaikan dengan pola tarif berdasarkan *unit cost* yang proporsional dari setiap komponen pelayanan, sesuai dengan ketentuan di wilayah masing-masing. Komponen biaya itu meliputi biaya: • Administrasi • Konseling • Testing HIV

- a) Pengaturan pembayaran untuk para staf yang bekerja sebagai konselor VCT, paramedis yang bertugas mengambil spesimen darah dan petugas administrasi kantor.
- b) Pembayaran VCT disesuaikan dengan kebijakan lokal
- c. Sarana dan Prasarana
Sarana dan prasarana menurut Kemenkes (2017:5) yaitu:
 - 1) Pelayanan VCT
 - a) Sarana Pertama;
 - (1) Papan nama / petunjuk
 - (2) Ruang tunggu
 - (3) Alat Peraga, leaflet kesehatan tentang IMS dan HIV-AIDS, Dildo, Kondom, Poster, Stiker dan Kaset/CD
 - (4) Telephon dan fax
 - (5) Alat pendukung tempat sampah, tisu,dan persediaan air minum, meja dan kursi yang tersedia dan nyaman dan kalender.
 - (6) Jam Kerja Layanan konseling dan testing terintegrasi dalam jam kerja Institusi pelayanan kesehatan setempat.
 - b) Sarana Kedua;
 - (1) Ruang konseling yang nyaman untuk 2 atau 3 orang dengan fasilitas pendukung,AC atau Kipas Angin dan penerangan yang cukup.
 - (2) Tempat duduk bagi klien maupun konselor
 - (3) Buku catatan perjanjian klien dan catatan harian, formulir *informed consent*, catatan medis klien, formulir pra dan pasca testing, buku rujukan, formulir rujukan, kalender, dan alat tulis.

- (4) Kondom dan alat peraga penis, jika mungkin alat peraga alat reproduksi perempuan.
 - (5) Alat peragaan lainnya misalnya gambar berbagai penyakit oportunistik, dan alat peraga menyuntik yang aman.
 - (6) Air minum
 - (7) Kartu rujukan
 - (8) Lemari arsip atau lemari dokumen yang dapat dikunci.
- c) Sarana Ketiga;
- (1) Ruang pengambilan darah dan peralatan yang diperlukan, seperti;
 - (2) Jarum dan semprit steril
 - (3) tabung dan botol tempat penyimpan darah
 - (4) Stiker kode
 - (5) Kapas alcohol
 - (6) Cairan desinfektan Sarung tangan
 - (7) Lab Jas
 - (8) Sabun dan tempat cuci tangan dengan air mengalir
 - (9) Tempat sampah barang terinfeksi, barang tidak terinfeksi, dan barang tajam (sesuai petunjuk Kewaspadaan Universal Departemen Kesehatan)
 - (10) Petunjuk pajanan okupasional dan alur permintaan pertolongan pasca pajanan okupasional.
- 2) Pelayanan Manajemen Kasus
- a) Papan nama / petunjuk nama Lembaga
 - b) Ruang tunggu klien
 - c) Jam Kerja Layanan manajemen Kasus.
 - d) Telp dan fax pendukung Sarana Kedua; • Ruang kerja MK yang nyaman untuk intake, asesmen dan perencanaan layanan.
 - e) Tempat duduk bagi klien maupun petugas manajemen kasus.
 - f) Buku catatan perjanjian klien dan catatan harian, formulir *informed*
 - g) *Consent penerimaan layanan MK*, dan catatan klien.
 - h) Daftar alamat layanan, surat atau kartu rujukan dan alat peragaan.

- i) Lemari arsip atau lemari dokumen yang dapat dikunci.
- 3) Program Kelompok Dukungan
 - a) Ruangan yang cukup nyaman untuk 3 – 20 orang.
 - b) Waktu penyelenggaraan layanan.
 - c) Rencana kegiatan kelompok dukungan
- 4) Program Hotline Service MSM
 - a) Petunjuk pelayanan Hotline Service MSM
 - b) 3 Telepon local dan 2 HP
 - c) Jam Kerja Hotline dan alur
 - d) Buku catatan perjanjian klien dan catatan harian
 - e) Klasifikasi kasus
 - f) Materi-materi kesehatan seksual dan HIV & AIDS
 - g) *One Day Service*
 - h) waktu testing antara 30-60 menit.

2.12 Pendekatan Sistem

2.12.1 Pengertian

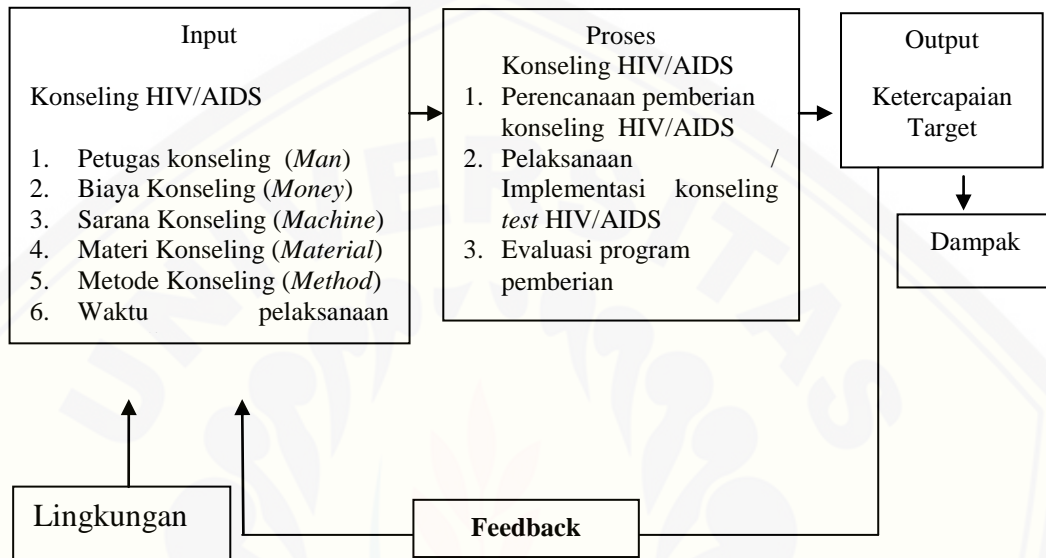
Sistem adalah kumpulan dari elemen-elemen yang berinteraksi untuk mencapai tujuan tertentu. (Jogiyanto, 2005:1). Menurut Winarno (2006:1.3) menyimpulkan bahwa definisi sistem adalah sekelompok komponen yang saling bekerja sama untuk mencapai tujuan tersebut. Sistem berfungsi menerima input (masukan), mengolah input, dan menghasilkan output (keluaran). Input dan output berasal dari luar sistem, atau dari lingkungan sistem tersebut berada. Oleh karenanya, sistem akan berinteraksi dengan lingkungannya. Sistem yang mampu berinteraksi dengan lingkungannya akan mampu bertahan lama. Sistem yang tidak cepat berinteraksi dengan lingkungannya tidak akan bertahan lama.

2.12.2 Karakteristik Sistem

Menurut Kusriani dan Koniyo (2007:6) sistem mempunyai karakteristik atau sifat-sifat tertentu, diantaranya:

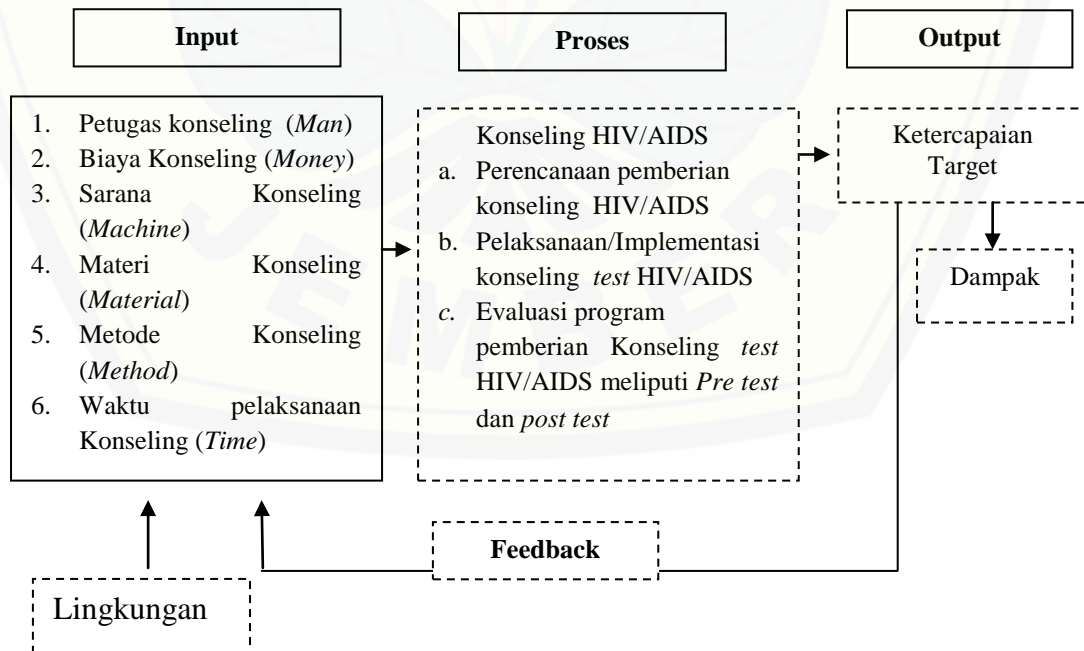
- a. **Komponen Sistem (*Component*)** : Suatu sistem terdiri dari sejumlah komponen yang saling berinteraksi, yang saling bekerja sama membentuk suatu komponen sistem atau bagian-bagian dari sistem.
- b. **Batas Sistem (*Boundary*)** : Merupakan daerah yang membatasi suatu sistem dengan sistem yang lain atau dengan lingkungan kerjanya.
- c. **Subsistem** : Bagian-bagian dari sistem yang beraktivitas dan berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan dengan sasarnya masing-masing.
- d. **Lingkungan Luar Sistem (*Environment*)** : Suatu sistem yang ada diluar dari atas sistem yang dipengaruhi oleh operasi sistem.
- e. **Penghubung Sistem (*Interface*)** : Media penghubung antara suatu subsistem dengan subsistem lain. Adanya penghubung ini memungkinkan berbagai sumber daya mengalir dari suatu subsistem ke subsistem lainnya.
- f. **Masukan Sistem (*Input*)** : Energi yang masuk ke dalam sistem, berupa perawatan dan sinyal. Masukkan perawatan adalah energi yang dimasukkan supaya sistem tersebut dapat berinteraksi. Input dalam konseling yaitu *men, money, materials, machines, and methods*.
- g. **Keluaran Sistem (*Output*)** : Hasil energi yang diolah dan diklasifikasikan menjadi keluaran yang berguna dan sisa pembuangan.
- h. **Pengolahan Sistem (*Proces*)** : Suatu sistem yang mempunyai suatu bagian pengolah yang akan mengubah masukan menjadi keluaran.
- i. **Sasaran Sistem (*Objective*)** : Tujuan yang ingin dicapai oleh sistem, akan dikatakan berhasil apabila mengenai sasaran atau tujuan.

2.13 Kerangka Teori



Gambar 2.1: Kerangka teori sistem (Azwar, 2008:18)

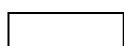
2.14 Kerangka Konseptual



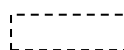
Gambar 2.2: Kerangka Teori

Sumber: Azwar, (2008 : 18)

Keterangan:



: Diteliti



: Tidak Diteliti

Kerangka konsep ini menggunakan pendekatan teori sistem. Teori sistem terdiri dari *input*, proses, *output* (2008 : 18). Penelitian ini fokus pada variabel *input*, proses dan *output*. Variabel *input* mengacu pada Phiffner dan Robert (1960) manajemen mempunyai lima unsur (5M), yaitu *men*, *money*, *materials*, *machines*, and *methods*. Pada penelitian ini *input* dari kegiatan konseling yaitu, petugas konseling, biaya konseling, sarana konseling, materi konseling, metode konseling, dan waktu pelaksanaan konseling. Pada kegiatan proses terdiri dari pemberian konseling meliputi perencanaan pemberian konseling HIV/AIDS, Pelaksanaan konseling *test* HIV/AIDS, dan evaluasi program pemberian konseling (tidak diteliti). Variabel *output* yaitu Ketercapaian Target (diteliti) dalam melakukan *test* HIV/AIDS. Intensi menentukan rencana tindakan lanjutan oleh petugas berkaitan dengan program konseling HIV/AIDS. *Feedback* merupakan umpan balik dari *output*. Jika kegiatan konseling berjalan sesuai dengan SOP maka akan berdampak pada konseli. Keberhasilan pemberian konseling dipengaruhi oleh faktor lingkungan.

Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan dasar masyarakat. Salah satu tugas pokok puskesmas adalah melakukan promosi kesehatan (diteliti). Promosi kesehatan ini salah satunya bisa dilakukan dengan kegiatan konseling (diteliti). Keberhasilan kegiatan konseling berkaitan erat dengan keberadaan sumberdaya manusia, biaya, sarana, materi, metode dan waktu pelaksanaan (diteliti). Terpenuhi unsur dari konseling maka akan berdampak pada keberhasilan dalam pemberian konseling yaitu konseling HIV/AIDS pada wanita pekerja seks (diteliti). Dalam kegiatan konseling terdiri dari kegiatan perencanaan pemberian, implementasi, evaluasi konseling (diteliti). Kegiatan konsling disesuaikan dengan SOP pelaksanaan.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Menurut Vardiansyah (2008:9), penelitian deskriptif adalah upaya pengolahan data menjadi sesuatu yang dapat diutarakan secara jelas dan tepat dengan tujuan agar dapat dimengerti oleh orang yang tidak langsung mengalaminya sendiri. Menurut Leksono (2013:181), menjelaskan bahwa deskriptif dengan metode kuantitatif memakai teori yang sudah mapan yang dipergunakan sebagai pisau analisis sejak dari awal penelitian sampai akhir penelitian. Maka jawaban masalah penelitian sudah jelas-jelas dituntun dan diarahkan oleh teori sehingga penelitian sudah bisa diramalkan hasilnya walaupun proses penelitian belum lagi dilaksanakan. Jenis penelitian deskriptif kuantitatif yang digunakan pada penelitian ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai input dari konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk Kabupaten Lumajang secara mendalam dan komprehensif.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan dalam kurun waktu bulan Maret - September 2017.

3.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Labruk. Pemilihan lokasi atas pertimbangan bahwa Puskesmas Labruk Kabupaten Lumajang merupakan salah satu Pusat Kesehatan Masyarakat (PKM) yang paling banyak kasus HIV/AIDS diantara Puskesmas yang lain.

3.3 Unit Analisis dan Responden

3.3.1 Unit Analisis

Unit analisis merupakan satuan tertentu yang diperhitungkan sebagai subjek penelitian (Maholtra, 2007:215). Berdasarkan hasil studi pendahuluan, unit analisis dalam penelitian ini adalah petugas puskesmas yang memberikan konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk sebanyak 1 konselor dan pengelola program, dan 1 manajer kasus.

3.3.2 Responden

Penentuan responden dalam penelitian ini menggunakan teknik *non probability sampling*. *Non-probability sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang atau kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Peneliti menggunakan teknik sampel sampling jenuh artinya semua konselor HIV/AIDS di Puskesmas Labruk.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain. Variabel dalam penelitian pemberian konseling HIV/AIDS.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nasir, 2011:126). Definisi operasional yang diberikan kepada variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2 Variabel dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik dan Alat Pengambilan Data	Skala Data	Kategori
a	Petugas konseling (<i>Man</i>)	Jumlah petugas puskesmas yang bertanggung jawab atas program konseling HIV/AIDS	Kuesioner	Rasio	1. Sesuai 2. Tidak Sesuai
b	Biaya Konseling (<i>Money</i>)	Sumber biaya penggunaan dan kecukupan biaya yang dikeluarkan dalam kegiatan konseling HIV/AIDS	Kuesioner dan Observasi	Nominal	1.Mandiri 2.Pemerintah
c	Sarana Konseling (<i>Machine</i>)	Kelengkapan peralatan yang digunakan untuk menunjang kegiatan konseling HIV/AIDS	Kuesioner dan Observasi	Nominal	1.Lengkap 2.Tidak Lengkap
d	Materi Konseling (<i>Material</i>)	Ketersediaan buku atau leaflet tentang HIV/AIDS	Kuesioner	Nominal	1.Tersedia 2.Tidak tersedia
e	Metode Konseling (<i>Method</i>)	Metode atau cara konselor memberikan konseling	Kuesioner	Nominal	1.Kelompok 2.Individual
f	Waktu pelaksanaan Konseling (<i>Time</i>)	Waktu pelaksanaan pemberian konseling	Kuesioner	Nominal	1.Sesuai waktu 2.Tidak sesuai waktu

3.5 Sumber Data

Dalam penelitian kuantitatif ini unsur yang diteliti adalah nilai dari perubahan-perubahan yang tidak dapat dinyatakan dalam angka-angka. Jenis data yang diperoleh dapat dibedakan menjadi 2 (dua) yaitu :

1. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari konselor penelitian dengan menggunakan daftar pertanyaan. Dalam penelitian ini data yang digunakan adalah kuesioner. Data yang diperlukan berkaitan dengan input konseling yaitu petugas konseling, biaya konseling, sarana konseling, materi konseling, metode konseling, dan pelaksanaan konseling.

2. Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung dari obyek yang diteliti. Pengumpulan data sekunder diperoleh dari dokumen-dokumen atau catatan-catatan yang terkait dengan program. Data sekunder dalam penelitian ini data absensi peserta, dokumentasi. Dokumentasi dalam penelitian ini berupa SOP, foto penelitian, dan profil puskesmas.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2013:224), teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, dokumentasi dan wawancara. Pengertian dokumen menurut Sugiyono (2013:240) yaitu dokumentasi adalah kegiatan khusus berupa pengumpulan, pengolahan, penyimpanan, penemuan kembali dan penyebaran dokumen. Dokumentasi dalam penelitian ini dilakukan dengan mendokumentasikan setiap kegiatan konseling. Observasi dilakukan untuk mendekatkan peneliti ke orang-orang yang ditelitinya dan ke situasi atau lingkungan mereka yang sebenarnya. Peneliti tidak termasuk ke lingkungan yang ditelitinya atau yang dikenal dengan observasi non partisipatif. Pada observasi ini, peneliti mengamati peristiwa, kejadian, pose, dan sejenisnya disertai dengan daftar yang perlu diobservasi (Basuki, 2010:149). Kegiatan observasi yang dilakukan oleh peneliti adalah dengan mengamati setiap kegiatan konseling yang dilakukan. Sugiyono (2013:317) menyatakan bahwa wawancara merupakan suatu proses interaksi dan komunikasi dengan pihak lain. Wawancara dalam penelitian ini dilakukan kepada pemegang program di Puskesmas. Sementara instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Menurut Sugiyono (2013:142) kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

Analisa data adalah kegiatan mengubah data hasil penelitian menjadi informasi yang dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan dalam suatu

penelitian. Pada penelitian ini data disajikan dalam bentuk kategori dari setiap input konseling. Analisis data dilakukan dengan membandingkan kegiatan input konseling HIV/AIDS yang dilakukan oleh Puskesmas Labruk dengan SOP. Pada kegiatan konseling peneliti melakukan observasi untuk mengetahui kegiatan konseling yang dilakukan.



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai gambaran input dari program konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk Kabupaten Lumajang, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

- a. Petugas (*man*) konseling HIV/AIDS telah memiliki pengalaman, kompetensi dengan mengikuti kegiatan pelatihan serta memiliki latar belakang pendidikan sarjana, namun jumlah petugas dalam kegiatan konseling tidak sesuai dengan SOP.
- b. Pembiayaan konseling HIV/AIDS bersumber dari BOK dan Global Fund. BOK digunakan untuk kegiatan operasional sementara global fund untuk pengadaan alat. Dalam kegiatan konseling tidak ada kontribusi dari peserta.
- c. Sarana dalam kegiatan konseling sudah memenuhi aspek yang disyaratkan dalam SOP seperti ketersediaan ruangan yang menjaga privasi peserta, poster HIV/AIDS, kursi meja dan sebagainya.
- d. Materi konseling disajikan dalam bentuk ceramah, artinya konselor memberikan penjelasan mengenai konseling dengan alat bantu poster. Penyampaian materi menggunakan bahasa yang sangat sederhana dan memudahkan peserta dalam memahaminya.
- e. Metode konseling dilakukan secara berkelompok. Setiap kelompok terdiri dari 5 orang. Metode kelompok dilakukan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan konseling.
- f. Waktu pelaksanaan konseling sesuai dengan anjuran SOP konseling yaitu terdiri dari jadwal kegiatan, waktu pelaksanaan kegiatan. Pelaksanaan konseling dilakukan setiap 1 minggu sekali yaitu setiap hari Rabu jam 11.00-13.00 WIB.

5.2 Saran

Solusi yang dapat ditawarkan terkait pengembangan dan optimalisasi gambaran input dari program konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk Kabupaten Lumajang, antara lain sebagai berikut:

5.2.1 Bagi Pihak Puskesmas Labruk

- a. Melaksanakan pelatihan dan pembinaan kepada konselor HIV/AIDS dalam pelaksanaan kegiatan konseling HIV/AIDS secara rutin supaya lebih terampil dalam memberikan konseling. Puskesmas menambahkan petugas konselor HIV/AIDS 3-5 konselor.
- b. Menambah jumlah petugas konseling HIV/AIDS agar pelaksanaan konseling lebih efektif dan efisien menggunakan *flipchart* atau *leaflet*.
- c. Menambah ruangan khusus konseling HIV/AIDS, alat peraga, petugas Laboratorium, serta menambahkan petugas kesehatan untuk menangani kasus.

5.2.2 Bagi Dinas Kesehatan

Bagi dinas kesehatan hendaknya meningkatkan kualitas sumber daya konselor dengan kegiatan pelatihan dan pendidikan berkaitan dengan konseling HIV/AIDS. Hal ini diharapkan agar konselor semakin kompeten dan profesional dalam memberikan konseling. Selanjutnya menambah jumlah petugas konselor, dan laboratorium disetiap Puskesmas yang memiliki kasus HIV/AIDS terutama Puskesmas Labruk.

5.2.3 Bagi Peneliti Lain

- a. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat menambahkan variabel-variabel lain yang diduga berhubungan dengan partisipasi WPS dalam kegiatan konseling misalnya dari faktor fasilitas kesehatannya yang meliputi: sikap petugas kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, ketersediaan layanan, dan aksesibilitas pelayanan.
- b. Perlu dilakukan penelitian lanjutan pada konseling HIV/AIDS pada WPS dari daerah lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Amti, E dan Prayitno. 2004. *Layanan bimbingan dan konseling kelompok*. Padang: Jurusan Bimbingan dan Konseling Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Padang.
- Arif A., Ariyanto Y, Ramani A., 2015. Pemetaan Faktor Risiko Kejadian HIV dan AIDS di Kabupaten Jember Tahun 2015. *Jurnal*. Universitas Jember.
- Azwar, S. 2010. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Azwar, 2008. *Sikap Manusia, Teori Dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). 2008. *Modul Kesehatan Reproduksi Remaja*. Yogyakarta: BKKBN.
- Basuki, S. 2010. *Metode Penelitian*. Jakarta: Penaku
- Daryanto. 2005. *Evaluasi Pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Deliknews. Tertinggi Kedua, Jatim Koleksi 24.935 Penderita HIV/AIDS. Diakses dari: <https://www.deliknews.com/>. Tanggal 14 Juni 2017
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006. *Profil Kesehatan 2005*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004. *Sistem Kesehatan Nasional 2004*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: *Depkes RI*.
- Gallant, Joel. 2010. *100 Tanya Jawab Mengenai HIV dan AIDS*. Jakarta: Indeks.
- Jogiyanto. 2005. *Analisis dan Desain Sistem Informasi*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Juntika, Nurihsan, Yusuf, Syamsu, 2010, *Landasan Bimbingan dan Konseling*, Bandung: PT. Remaja Rosdakarya

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Katalog dalam Terbitan Kementerian Kesehatan RI Indonesia: Pusat Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2012*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia . 2014. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016. *Standard Operasional Prosedur Klinik VCT Layanan Mandiri*. Jakarta
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN). 2009. *HIV dan AIDS sekilas pandang*. Edisi. Kedua. Jakarta : Komisi Penanggulangan AIDS
- Komisi Penanggulangan AIDS (KPA). 2010. *Pedoman Program Pencegahan HIV melalui Transmisi Seksual*. Jakarta
- Kusrini dan Andri K. 2007. *Tuntunan Praktis Membangun Sistem Informasi Akuntansi dengan Visual Basic & Microsoft SQL Server*. Yogyakarta: Andi.
- Leksono, S., 2013. *Penelitian Kualitatif Ilmu Ekonomi : Dari Metodologi ke Metode*. Jakarta : Rajagrafindo Persada.
- Lokollo FY, 2009. Studi Kasus Perilaku Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung Dalam Pencegahan Ims, HIV dan AIDS Di Pub&Karaoke, Café, dan Diskotek Di Kota Semarang. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro
- Malhotra. 2007. *Marketing Research An Applied Orientation*. International. Edition: Pearson
- McLeod P. 2008. *Sistem Informasi Manajemen*. Jakarta: Salemba.
- McLeod, J. 2010. *Pengantar Konseling: Teori dan Studi Kasus*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Mujiati; Sugiharti; dan Isakh, Bryan Mario. 2013. *Gambaran Pelaksanaan Layanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) dan Sarana Prasarana Klinik VCT di Kota Bandung Tahun 2013*. Bandung: Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan, Badan Litbangkes, Kemenkes RI.
- Nazir.M. 2011. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia . 2013. *Penanggulangan HIV dan AIDS*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Pieter, H.Z. 2012. *Pengantar Komunikasi dan Konseling dalam Praktik Kebidanan. Suatu Kajian Psikologi*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group
- Prastiya, 2016. Kesiapan Puskesmas 1 Negara Dalam Menanggulangi Peningkatan Kejadian Kasus HIV/AIDS di Kabupaten Jembrana Bali 2014. ISSN: 2303-1395 *E-Jurnal Medika*, VOL. 5 NO.4, APRIL, 2016. Universitas Udayana. Bali
- SEARO-WHO, 2010. *HIV-AIDS Regional Health Sector Strategy_HIV 2011 – 2015*,
http://www.searo.who.int/LinkFiles/HIV_AIDS_Reg_Health_Sector_Strategy_HIV_2011-2015.pdf (Di unduh pada 30 Juni 2017)
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Manajemen*. Bandung : Alfabeta
- Vardiansyah, D. 2008. *Filsafat Ilmu Komunikasi: Suatu Pengantar*. Jakarta: PT. Indeks.
- Winarno WW. 2006. *Sistem Informasi Akuntansi, Edisi ke-dua*. Yogyakarta: Penerbit UPP STIM YKPN
- Winkel, W. S., Hastuti, S. 2006. *Bimbingan dan Konseling di Institusi Pendidikan (Edisi Revisi, Cetakan Kelima)*. Jogjakarta : Universitas Sanatha Dharma, Jurusan Ilmu Pendidikan Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan.
- Willis, Sofyan S. 2009. *Konseling Keluarga*. Bandung: Alfabeta
- Yusnita Maani , Balqis , Nurhayani. 2013. *Gambaran implementasi program pelayanan voluntary counseling and testing (vct) di puskesmas jongaya makassar tahun 2013*. Bagian Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin



Lembar Persetujuan Responden

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878,
322996 Fax. (0331) 322995 Jember 68121

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subyek dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Lailatul Hosnia

Judul : Gambaran Program Konseling HIV/AIDS di Puskesmas
Labruk Kabupaten Lumajang.

Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan risiko atau dampak apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut diatas dan saya diberi kesempatan menanyakan hal-hal yang belum jelas dan telah diberikan jawaban dengan jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subyek penelitian ini.

Jember, Januari 2017
Responden,

(.....)

Kuisisioner Penelitian

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878,
322996 Fax. (0331) 322995 Jember 68121

Pedoman Wawancara

Judul : Gambaran Program Konseling HIV/AIDS di Puskesmas Labruk
Kabupaten Lumajang

Kode Responden :

Hari/Tanggal Wawancara :

PETUNJUK PENGISIAN

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Mohon menjawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai hati nurani.
3. Kerahasiaan identitas akan dijamin sepenuhnya oleh peneliti dan pengisian kuesioner ini hanya untuk kepentingan penelitian.

A. Identitas Responden

1. Nama :
2. Umur :
3. Alamat :
4. Lama bekerja :
5. Pendidikan terakhir :
 - a. Tidak sekolah
 - b. Tidak tamat SD
 - c. SD
 - d. SMP
 - e. SMA
 - f. Perguruan Tinggi (PT)

B. Kegiatan Konseling**Kegiatan konseling**

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Koseling dilakukan sesuai dengan juknis		
2	Memberian informasi mengenai HIV/AIDS		
3	Keberhasilan konseling WPS (keseuaian tujuan dengan sasaran)		

Man

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Jumlah petugas konseling HIV/ADIS mencukupi		
2	Tiap petugas memiliki tugas pokok yang berbeda		
4	Konselor memiliki pengalaman mengenai HIV/AIDS		
5	Konselor memiliki sertifikat pelatihan dan pendidikan konseling		

Money

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Sumber biaya konseling dari Puskesmas/Mandiri		
2	Sumber biaya konseling dari BOK/Pemerintah		
3	Peserta dibebankan biaya konseling		
4	Peserta mendapatkan akomodasi berupa makan, minum, buku materi		
5	Biaya yang digunakan mencukupi		

Sarana

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Perlengkapan dan peralatan yang digunakan untuk menunjang kegiatan konseling HIV/AIDS		
2	Konseling dilakukan di Puskesmas		
3	Konseling dilakukan di Lokalisasi		
4	Kursi dan meja sangat mencukupi		
5	Kendaraan disediakan		
6	Tempat konseling sangat mendukung kegiatan konseling		

Materi

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
2	Peserta diberikan materi konseling berupa leaflet		
3	Media pemberian konseling berupa media elektronik		
4	Media konseling berupa audio audio visual		

Methode

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Konseling dilakukan secara individual		
2	Konseling individual memungkinkan dilakukan		
3	Konseling dilakukan di tempat khusus		
4	Konseling dilakukan dengan pengeras suara		
5	Konselor menjaga privasi peserta konseling		
6	Konseling individual lebih efektif dari pada kelompok		
7	Konseling dilakukan secara kelompok dengan penyuluhan		
8	Konseling kelompok dilakukan karena terbatasnya tempat		
9	Konseling kelompok dilakukan karena terbatasnya biaya		
10	Konseling kelompok dilakukan karena terbatasnya waktu		

Waktu

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Konseling dilakukan sesuai rencana kegiatan		
2	Konseling dilakukan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan		
3	Waktu konseling tidak mengganggu waktu kerja peserta		
4	Peserta konseling tidak keberatan dengan waktu yang ditetapkan		

LEMBAR OBSERVASI

Nama :

Pendidikan :

Usia :

No	Koseling	Konselor	Keterangan		Dokumentasi	
			Ada	Tidak	Ada	Tidak
1	Man	Jumlah petugas konseling mencukupi				
		Tiap petugas memiliki tugas pokok yang berbeda				
		Konselor dari unit kerja yang berbeda				
		Sudah pernah menjadi konselor HIV/AIDS sebelumnya				
		Konselor memiliki sertifikat pelatihan dan pendidikan konseling				
2	Money	Biaya konseling dari Puskesmas				
		Biaya konseling dari BOK				
		Peserta dibebankan biaya konseling				
		Peserta mendapatkan akomodasi berupa makan, minum, buku materi				
		Biaya yang digunakan mencukupi				
3	Sarana	Konseling dilakukan di Puskesmas				
		Konseling dilakukan di Lokalisasi				
		Kursi dan meja sangat mencukupi				
		Kendaraan disediakan				
		Tempat konseling sangat mendukung kegiatan konseling				
4	Materi	Konseling menggunakan buku panduan konseling dari puskesmas				
		Peserta diberikan materi konseling berupa leaflet				
		Media pemberian konseling berupa media elektronik				
		Media konseling berupa audio audio visual				
5	Metode	Konseling dilakukan secara individual				
		Konseling individual memungkinkan dilakukan				
		Konseling dilakukan di tempat khusus				
		Konseling dilakukan dengan				

		pengeras suara				
		Konselor menjaga privasi peserta konseling				
		Konseling individual lebih efektif dari pada kelompok				
		Konseling dilakukan secara kelompok dengan penyuluhan				
		Konseling kelompok dilakukan karena terbatasnya tempat				
		Konseling kelompok dilakukan karena terbatasnya biaya				
		Konseling kelompok dilakukan karena terbatasnya waktu				
6	Waktu	Konseling dilakukan sesuai rencana kegiatan				
		Konseling dilakukan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan (Maksimal 30 menit)				
		Waktu konseling tidak mengganggu waktu kerja peserta				
		Peserta konseling tidak keberatan dengan waktu yang ditetapkan				