

DR. ARLIN ADAM, SKM., M.Si

REHABILITASI NARKOBA DAN AIDS;

Memadukan Pendekatan Model Medis dan Model Sosial

REHABILITASI NARKOBA DAN AIDS;
Memadukan Pendekatan Model Medis dan Model Sosial

Penulis

DR. ARLIN ADAM, SKM., M.Si

Rancang Cover

Digi art jogja

Tata Aksara

Dimaswids

Cetakan I, Maret 2016

Penerbit

Pustaka Pelajar

(Anggota IKAPI)

Celeban Timur UH III/548 Yogyakarta 55167

Telp. 0274 381542, Faks. 0274 383083

E-mail: pustakapelajar@yahoo.com

ISBN: 978-602-229-611-9

Didedikasikan buat
teman-teman aktivis peduli Narkoba dan HIV-AIDS
dan terkhusus buat para korban penyalahguna narkoba
dan pengidap HIV dan AIDS

KATA PENGANTAR

Dewasa ini permasalahan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba telah sangat mengkhawatirkan dan merupakan ancaman serius terhadap berbagai aspek kehidupan dan kelangsungan hidup bangsa dan negara. Berbagai macam modus operandi yang digunakan para pengedar banyak yang menggunakan teknologi canggih baik dari segi peralatan maupun dari sumber daya manusianya.

Jumlah kasus penyalahgunaan narkoba yang dilaporkan terus meningkat. Pada tahun 1999 berjumlah 1.833 kasus, tahun 2000 berjumlah 3.478 kasus dan pada tahun 2001 berjumlah 3.617 kasus [sumber data Badan Narkotika Nasional], sedangkan menurut data Pusdatin Kesos Tahun 2002 jumlah korban penyalahgunaan Narkoba tercatat sebanyak 23.660 orang. Perkiraan usia pengguna Napza terbesar 15 – 24 tahun (*BNN, 2004*). Pengguna Napza pada tahun 2005 diperkirakan sekitar 2,9 – 3,6 juta orang (*BNN, 2005*).

Angka prevalensi penyalahgunaan narkoba di Indonesia tahun 2008 sebesar 1,99% atau kurang lebih setara dengan 3,3 juta penyalahguna. Angka ini meningkat dari data sebelumnya pada tahun 2004 yang menunjukkan angka prevalensi sebesar 1,5% dengan estimasi kerugian biaya ekonomi akibat narkoba tahun 2008

lebih tinggi 37% dibandingkan tahun 2004 dengan total kerugian biaya sekitar Rp 32,5 triliun (BNN, 2008).

Fakta yang paling memprihatinkan adalah semakin banyaknya remaja yang memulai perkenalannya dengan narkoba pada usia yang sangat muda, yaitu: menghisap rokok pada usia 6 tahun dan menggunakan obat-obatan/heroin/narkoba jenis lain pada usia 10 tahun. Hal lain yang juga perlu mendapat perhatian yang serius adalah semakin meningkatnya populasi penderita HIV/AIDS di kalangan pecandu, narkoba dengan cara suntikan (IDU).

Menurut laporan saat ini ada 50% - 78% pengguna narkoba jarum suntikan adalah pengidap HIV (*Djauhari dan Djoerban, 2002 dalam website Ditjen Pelayanan dan Rehab Sosial, Depsos RI, 2008*).

Data di salah satu provinsi katakanlah di Provinsi Sulawesi Selatan yang merupakan lokus pembelajaran dalam uraian buku ini memperlihatkan kecenderungan yang sama yakni kelompok IDU's merupakan populasi yang memberi kontribusi terbanyak pada angka kasus HIV dan AIDS. Sekitar 64% kasus HIV dan AIDS berasal dari kelompok IDU's tersebut. Oleh karena itu, upaya pencegahan dan penanggulangan dikembangkan secara bersama antara Napza dan HIV-AIDS, termasuk upaya rehabilitasi terhadap korban.

Upaya penanganan rehabilitasi korban penyalahgunaan NAPZA dan HIV-AIDS juga dilakukan melalui berbagai kegiatan yang dilaksanakan secara lintas sektor, antara lain meliputi: pengembangan kebijakan dalam penanggulangan dan penanganan korban penyalahgunaan NAPZA, rehabilitasi korban penyalahgunaan NAPZA di dalam dan di luar panti, dan pencegahan penyalahgunaan NAPZA dan HIV-AIDS berbasis masyarakat. Sehubungan dengan peningkatan upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA, telah diupayakan untuk memberikan perhatian yang serius melalui peningkatan anggaran yang ditujukan kepada penanganan dan pencegahan penyalahgunaan NAPZA.

Selain itu pula, hingga saat ini jumlah korban penyalahgunaan NAPZA dan ODHA yang mendapatkan pelayanan rehabilitasi

medis dan sosial masih sangat terbatas, antara lain disebabkan oleh kurangnya prasarana dan sarana pelayanan. Keterbatasan prasarana dan sarana pelayanan tersebut antara lain disebabkan oleh keterbatasan sumberdaya, baik sumberdaya manusia maupun dana. Selain itu untuk lebih meningkatkan kualitas dan jangkauan pelayanan rehabilitasi medis dan sosial bagi korban NAPZA, telah dilakukan kerjasama internasional.

Guna mengurangi gap keterbatasan itu, maka dibutuhkan suatu pendekatan inovatif yang memadukan antara model medis dan model social yang dapat digunakan oleh petugas kesehatan atau pekerja social untuk menerapkan program rehabilitasi medis dan sosial bagi korban pengguna Napza dan HIV-AIDS. Setidaknya, referensi ini menjadi alat bantu bagi kalangan yang peduli dalam mempelajari kompleksitas problematika epidemi ganda ini.

Upaya rehabilitasi bagi pecandu narkoba memang masih didominasi oleh pendekatan medis sehingga efek perubahan yakni pemulihan perilaku bagi korban narkoba masih belum didapatkan secara memadai. Dimensi social yang menjadi landscap kehidupan bermasyarakat pecandu narkoba belum diekstraksi lebih mendalam sehingga situasi relaps (kambuh) sering terjadi akibat pengaruh lingkungan social. Dalam konteks ini, dimensi social dapat berperan sebagai trigger untuk pemulihan tuntas sekaligus trigger untuk kekambuhan. Suatu peranan yang bersifat konfliktual. Dengan demikian dibutuhkan suatu pengelolaan yang cerdas dalam mengokupasi potensi-potensi social sehingga penanganan rehabilitasi secara medis dapat berhasil dengan daya ungkit yang besar.

Oleh itu diharapkan buku ini bisa memperluas wawasan dengan perspektif baru bahwa kutub social sungguh sangat memberikan pengaruh positif terhadap keberhasilan penanganan kutub medis.

Makassar, Pebruari 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Nomor Hlm akan disesuaikan kemudian

1. Memahami Narkoba
2. Pengetahuan Praktis HIV & AIDS
3. Standardisasi Terapi Medik Ketergantungan Narkoba
4. Prinsip Ketergantungan Dampak Buruk Narkoba
5. Konteks Sosial Asuhan Keperawatan Narkoba
6. Mengenal Penatalaksanaan Terapi Rumatan Methadon
7. Kerangka Pendekatan Biopsikososial
8. Perawatan HIV dan AIDS Menyeluruh dan Komprehensif
9. Asuhan Keperawatan HIV & AIDS
10. Pengobatan AIDS
11. Konseling Kepatuhan Berobat
12. Perawatan Rumah (*Home Based Care*)
13. Keterampilan Komunikasi
14. Komunikasi Terapeutik

MEMAHAMI NARKOBA

NARKOBA atau NAPZA adalah zat adiktif yang mempengaruhi kondisi kejiwaan atau psikologi seseorang (pikiran, perasaan, dan perilaku). Serta dapat menimbulkan ketergantungan fisik maupun psikologi. Yang termasuk dalam NAPZA adalah narkoba, psikotropika, zat adiktif dan lainnya.

NARKOTIKA:

Menurut UU RI No 22/1997 narkoba adalah: zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semisintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menyebabkan ketergantungan.

Narkotika dibedakan menjadi 3 golongan:

- a. *Golongan 1:* narkoba yang hanya dapat digunakan untuk pengembangan ilmu dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan. Contohnya: heroin, kokain, ganja.
- b. *Golongan II:* narkoba yang berkhasiat pengobatan, digunakan sebagai pilihan akhir dan dapat digunakan dalam terapi atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan. Contohnya: morfin, petidin

- c. *Golongan III*: narkotika yang berkhasiat pengobatan dan digunakan dalam terapi atau pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan menyebabkan ketergantungan. Contohnya: codein.

PSIKOTROPIKA:

Menurut UU RI No 5/1997 psikotropika adalah: zat atau obat baik alamiah maupun sintetis bukan merupakan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku.

Psikotropika terdiri dari 4 golongan;

- a. *Golongan I*: psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi kuat menyebabkan sindroma ketergantungan. Contohnya: ekstasi
- b. *Golongan II*: psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan. Contohnya: amfetamine
- c. *Golongan III*: psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi sedang mengakibatkan sindroma ketergantungan. Contohnya: phenobarbital
- d. *Golongan IV*: psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan luas digunakan dalam terapi atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan sindroma ketergantungan. Contohnya: diazepam, nitrazepam (BK, DUM).

ZAT ADIKTIF LAINNYA:

Yang termasuk zat adiktif lainnya adalah: bahan/zat yang berpengaruh psikoaktif diluar narkotika dan psikotropika, meliputi:

- a. Minuman alkohol: mengandung ethanol etil alkohol yang berpengaruh menekan susunan saraf pusat, dan menjadi bagian dari kehidupan manusia sehari-hari dalam kebudayaan tertentu. Jika digunakan bersamaan narkotika atau psikotropika akan memperkuat pengaruh obat/ zat itu dalam tubuh manusia. Ada 3 golongan minuman beralkohol:
- 1) golongan A: kadar etanol 1-5% contohnya bir
 - 2) golongan B: kadar etanol 5-20% contohnya berbagai minuman anggur.
 - 3) golongan C: kadar etanol 20-45% contohnya whiskey, vodka, manson house, johnny walker
- b. Inhalasi (gas yang dihirup) dan solven (zat pelarut) mudah menguap berupa senyawa organik, yang terdapat pada berbagai barang keperluan rumah tangga, kantor dan sebagai pelumas mesin. Yang sering disalah gunakan adalah lem, tinner, penghapus cat kuku, bensin.
- c. Tembakau: pemakai tembakau yang mengandung nikotin sangat luas di masyarakat (rokk). Dalam rangka penanggulangan NAPZA di masyarakat, pemakaian rokok dan alkohol pada remaja, harus menjadi bagian dari upaya pencegahan, karena rokok dan alkohol menjadi pintu masuk penyalahgunaan NAPZA lain yang berbahaya.
- Berdasarkan efeknya terhadap perilaku yang ditimbulkan dari NAPZA dapat digolongkan menjadi 3 golongan:
1. Golongan depresan (downer) adalah jenis NAPZA yang berfungsi mengurangi aktifitas fungsional tubuh. Jenis ini membuat pemakainya menjadi tenang bahkan membuat tidur bahkan membuat tidak sadarkan diri. Contohnya opioda (morfin, heroin, codein), sedative (penenang), hipnotik (obat tidur) dan tranquilizer (anti cemas).
 2. Golongan stimulan (upper). Adalah jenis NAPZA yang merangsang fungsi tubuh dan meningkatkan kegairahan kerja. Jenis ini membuat pemakainya menjadi aktif, segar dan

bersemangat. Contoh: amfetamine (shabu, ekstasi), kokain.

3. Golongan halusinogen. Adalah jenis NAPZA yang menimbulkan efek halusinasi yang bersifat merubah perasaan, pikiran dan seringkali menciptakan daya pandang yang berbeda sehingga seluruh perasaan dapat terganggu. Contoh: cannabis (ganja).

JENIS-JENIS NAPZA

Di dalam masyarakat NAPZA yang sering disalah gunakan adalah:

1. Opiada

- Terdapat 3 golongan besar:
 - a. Opiada alamiah (opiat): morfin, opium, codein.
 - b. Opioda semisintetik: heroin/ puthaw, hidromorfin.
 - c. Opioda sintetik: metadon.
- Nama jargon dari puthaw adalah: ptw, black heroin, brown sugar.
- Heroin yang murni berbentuk bubuk putih, sedangkan yang tidak murni berwarna putih keabuan. Dihasilkan dari getah opium poppy diolah menjadi morfin dengan proses tertentu dihasilkan puthaw, yang kekuatannya 10 kali melebihi morfin. Sedangkan opioda sintetik mempunyai kekuatan 400 kali lebih kuat melebihi morfin. Morfin, codein dan methadon adalah zat yang digunakan oleh dokter sebagai obat penghilang sakit yang kuat, misalnya pada operasi penderita cancer.
- Reaksi dari pemakai ini sangat cepat yang kemudian menimbulkan perasaan ingin menyendiri untuk menikmati efek rasanya dan pada taraf kecanduan, pemakai akan kehilangan rasa percaya diri, sehingga tak mempunyai keinginan bersosialisasi. Pemakai akan membentuk dunianya sendiri, mereka merasa bahwa lingkungannya menjadi musuh.

2. Kokain:

- Kokain berupa kristal putih, rasanya sedikit pahit dan lebih mudah larut.
- Nama jargon: koka, coke, happy dust, chalie, srepet, snow/salju.
- Cara memakainya: membagi setumpuk kokain menjadi beberapa bagian berbaris lurus di atas permukaan kaca atau alas yang permukaannya datar, kemudian dihirup menggunakan penyedot seperti sedotan atau dengan dibakar bersama tembakau. Penggunaan dengan cara dihirup akan berisiko kering dan luka pada sekitar lubang hidung bagian dalam.
- Efek pemakaian kokain: pemakai akan merasa segar, kehilangan nafsu makan, menambah percaya diri, dan dapat menghilangkan rasa sakit dan lelah.

3. Cannabis:

- Nama jargon: cimeng, ganja, gelek, hashish, mariyuana, grass. Bhang.
- Berasal dari tanaman cannabis sativa atau cannabis indica.
- Cara penggunaan: dihisap dengan cara dipadatkan menyerupai rokok atau menggunakan pipa rokok.
- Efek dari cannabis tergolong cepat, pemakai cenderung merasa lebih santai, rasa gembira berlebihan (euphoria), sering berfantasi/menghayal, aktif berkomunikasi, selera makan tinggi, sensitif, kering pada mulut dan tenggorokan.

4. Amfetamine:

- Nama jargon: seed, meth, crystal, whiz.
- Bentuknya ada yang berbentuk bubuk warna putih dan keabuan dan juga tablet.
- Cara penggunaan: dengan cara dihirup. Sedangkan yang berbentuk tablet diminum dengan air.
- Ada 2 jenis amfetamine:
 - a. MDMA (methylene dioxy methamphetamine).
Nama jargon: inek, etc

Dikemas dalam bentuk tablet dan kapsul.

b. Methamphetamine ice

Nama jalanan: shabu, SS, ice

- Cara penggunaan dibakar menggunakan aluminium foil dan asapnya dihisap atau dibakar dengan menggunakan botol kaca yang dirancang khusus (boong).

5. **LSD (Lysergic Acid)**

- Termasuk dalam golongan halusinogen.
- Nama jalanan: acid, trips, tabs, kertas.
- Bentuk: biasa didapatkan dalam bentuk kertas berukuran kotak kecil sebesar seperempat perangko dalam banyak warna dan gambar. Ada juga yang berbentuk pil dan kapsul.
- Cara penggunaan: meletakkan LSD pada permukaan lidah, dan bereaksi setelah 30-60 menit kemudian, menghilang setelah 8-12 jam.
- Efek rasa: terjadi halusinasi tempat, warna dan waktu, sehingga menimbulkan obsesi yang sangat indah bahkan menyeramkan dan lama-lama menjadikan penggunaannya paranoid.

6. **Sedatif – Hipnotik (Benzodiazepin)**

- Termasuk golongan zat sedative (penenang) dan hipnotika (penidur).
- Nama jalanan: benzodiazepin, BK, DUM, LEXO, Mg, Rohyp.
- Cara pemakaian: diminum, disuntikan atau dimasukkan lewat anus.
- Digunakan dalam bidang medis untuk pengobatan pada pasien yang mengalami kecemasan, kejang, stress serta sebagai obat tidur.

7. **Solven (Inhalasi)**

- Adalah uap gas yang digunakan dengan cara dihirup. Contohnya: aerosol, lem, isi korek api gas, tiner, cairan

untuk dry cleaning dan uap bensin.

- Biasanya digunakan dengan cara coba-coba oleh anak dibawah umur, pada golongan yang kurang mampu.
- Efek yang ditimbulkan: pusing, kepala berputar, halusinasi ringan, mual, gangguan fungsi paru-paru, jantung dan hati.

8. **Alkohol**

- Merupakan zat psikoaktif yang sering digunakan manusia.
- Diperoleh dari fermentasi madu, gula, sari buah dan umbi-umbian yang menghasilkan kadar alkohol dibawah 15 %, setelah itu dilakukan proses penyulingan sehingga dihasilkan kadar alkohol yang lebih tinggi, bahkan 100%.
- Nama jalanan: booze, drink.
- Efek yang ditimbulkan: euphoria, bahkan penurunan kesadaran.

PENYALAHGUNAAN DAN KETERGANTUNGAN NAPZA

Penyalahgunaan adalah penggunaan salah satu atau beberapa jenis NAPZA secara berkala atau teratur diluar indikasi medis, sehingga menimbulkan gangguan kesehatan fisik, psikis dan gangguan fungsi sosial.

Ketergantungan adalah keadaan dimana telah terjadi ketergantungan fisik dan psikis, sehingga tubuh membutuhkan NAPZA yang makin bertambah (toleransi), apabila pemakaiannya dikurangi atau dihentikan akan timbul gejala putus obat (withdrawal symptom).

Penyebab Penyalahgunaan NAPZA

Penyebabnya sangatlah kompleks akibat interaksi beberapa faktor:

a). Faktor individual

Kebanyakan dimulai saat remaja, sebab pada remaja mengalami perubahan biologi, psikologi maupun sosial yang sangat pesat. Ciri-ciri remaja yang mempunyai resiko lebih besar menggunakan NAPZA:

1. Cenderung memberontak
2. Memiliki gangguan jiwa lain, misalnya depresi, cemas.
3. Perilaku menyimpang dari aturan atau norma yang ada.
4. Kurang percaya diri.
5. Mudah kecewa, agresif dan destruktif.
6. Murung, pemalu, pendiam.
7. Merasa bosan dan jenuh.
8. Keinginan untuk bersenang-senang yang berlebihan.
9. Keinginan untuk mencoba yang sedang mode.
10. Identitas diri kabur.
11. Kemampuan komunikasi yang rendah.
12. Putus sekolah.
13. Kurang menghayati iman dan kepercayaan

b). Faktor lingkungan:

Faktor lingkungan mempengaruhi keluarga dan pergaulan baik sekitar rumah, sekolah, teman sebaya maupun masyarakat.

- a. Lingkungan keluarga:
 - Komunikasi orang tua dengan anak kurang baik
 - Hubungan kurang harmonis
 - Orang tua yang bercerai
 - Orang tua terlampau sibuk, acuh
 - Orang tua otoriter
 - Kurangnya orang yang menjadi teladan dalam hidupnya
 - Kurangnya kehidupan beragama
- b. Lingkungan sekolah:
 - Sekolah yang kurang disiplin
 - Sekolah terletak dekat tempat hiburan
 - Sekolah yang kurang memberikan kesempatan pada siswa untuk mengembangkan diri secara kreatif dan positif.
 - Adanya murid pengguna NAPZA
- c. Lingkungan teman sebaya:
 - Berteman dengan penyalah guna
 - Tekanan atau ancaman dari teman.

- d. Lingkungan masyarakat/sosial:
 - Lemahnya penegak hukum
 - Situasi politik, sosial, dan ekonomi yang kurang mendukung.

Faktor-faktor tersebut di atas memang tidak selalu membuat seseorang kelak menjadi penyalahguna NAPZA. Akan tetapi makin banyak faktor-faktor di atas, semakin besar kemungkinan seorang menjadi penyalahguna NAPZA.

Gejala klinis penyalahgunaan NAPZA

1. Perubahan fisik:
 - a. Pada saat menggunakan NAPZA: jalan sempoyongan, bicara pelo (cadel), apatis (acuh tak acuh), mengantuk, agresif.
 - b. Bila terjadi kelebihan dosis (overdosis): nafas sesak, denyut jantung dan nadi lambat, kulit dingin, bahkan meninggal.
 - c. Saat sedang ketagihan (sakau): mata merah, hidung berair, menguap terus, diare, rasa sakit seluruh tubuh, malas mandi, kejang, kesadaran menurun.
 - d. Pengaruh jangka panjang: penampilan tidak sehat, tidak peduli terhadap kebersihan dan kesehatan, gigi keropos, bekas suntikan pada lengan.
2. Perubahan sikap dan perilaku:
 - a. Prestasi di sekolah menurun, tidak mengerjakan tugas sekolah, sering membolos, pemalas, kurang bertanggung jawab.
 - b. Pola tidur berubah, begadang, sulit dibangunkan pada pagi hari, mengantuk di kelas atau tempat kerja.
 - c. Sering bepergian sampai larut malam, kadang tidak pulang tanpa ijin.
 - d. Sering mengurung diri, berlama-lama di kamar mandi, menghindari bertemu dengan anggota keluarga yang lain.
 - e. Sering berbohong, meminta uang dengan berbagai alasan,

tapi tak jelas penggunaannya, mengambil dan menjual barang berharga milik sendiri atau keluarga, mencuri, terlibat keketasan dan sering berurusan dengan polisi.

- f. Sering bersikap emosional, mudah tersinggung, kasar, pemarah, bermusuhan, pencurigaan, tertutup dan penuh rahasia.

Pengaruh Penyalahgunaan NAPZA

NAPZA berpengaruh terhadap tubuh manusia dan lingkungannya:

1. **Komplikasi medik:** biasanya digunakan dalam jumlah cukup banyak dan waktu yang cukup lama. Pengaruhnya pada:
 - a. Otak dan susunan saraf pusat:
 - gangguan daya ingat
 - gangguan perhatian/konsentrasi
 - gangguan bertindak rasional
 - gangguan persepsi, sehingga menimbulkan halusinasi
 - gangguan motivasi, sehingga malas bersekolah dan bekerja
 - gangguan pengendalian diri, sehingga sulit membedakan yang baik dan yang buruk
 - b. Pada saluran napas: dapat terjadi radang paru (bronchopneumonia), pembengkakan paru (oedema paru).
 - c. Jantung: peradangan otot jantung, penyempitan pembuluh darah jantung.
 - d. Hati: terjadi hepatitis B dan C yang menular melalui jarum suntik, hubungan seksual.
 - e. Penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS
Para pengguna NAPZA dikenal dengan perilaku seks resiko tinggi, mereka mau melakukan hubungan seks demi mendapatkan zat atau uang untuk membeli zat. Penyakit menular seksual yang terjadi adalah: kencing nanah (GO), raja singa (shipilis), dll. Dan juga pengguna NAPZA yang

menggunakan jarum suntik secara bersama-sama membuat angka penularan HIV/AIDS semakin meningkat. Penyakit HIV/AIDS menular melalui jarum suntik dan hubungan seksual, selain melalui transfusi darah dan penularan dari ibu ke janin.

- f. Alat reproduksi: sering terjadi kemandulan
- g. Kulit: terdapat bekas suntikan bagi pengguna yang menggunakan jarum suntik, sehingga mereka sering menggunakan baju berlengan panjang.
- h. Komplikasi pada kehamilan:
 - Ibu: anemia, infeksi pada vagina, hepatitis, AIDS.
 - Kandungan: abortus, keracunan kehamilan, bayi lahir mati.
 - Janin: pertumbuhan terhambat, premature, berat bayi rendah.

2. Dampak sosial

- a. Lingkungan keluarga
 - Suasana ketentraman dalam keluarga akan terganggu, sering terjadi pertengkaran.
 - Orang tua merasa resah karena barang berharga sering hilang.
 - Perilaku menyimpang/asosial anak (berbohong, mencuri, tidak tertib, hidup bebas) menjadi aib keluarga.
 - Putus sekolah atau nganggur karena dikeluarkan dari sekolahan atau pekerjaan.
 - Menjadi putus asa, karena kesulitan biaya untuk pengobatan dan rehabilitasi.
- b. Di sekolah
 - Merusak disiplin dan motivasi belajar
 - Meningkatnya tingkat kenakalan: membolos, tawuran
 - Mempengaruhi peningkatan penyalahgunaan terhadap sesamanya (teman sebaya)

- c. Di masyarakat
- Terciptanya pasar gelap antara pengedar, bandar dengan mangsanya.
 - Pengedar atau bandar menggunakan siswa/remaja sebagai mangsanya.
 - Terjadi kejahatan.

Implikasi terhadap Model Rehabilitasi Medik dan Sosial

Memahami dengan baik pengetahuan dasar mengenai seluk beluk narkoba mengantar kita untuk merencanakan proses penanganan rehabilitasi dengan baik pula. Pengetahuan klinik akan meningkatkan kualitas pelayanan dari sisi pengobatan dan perawatan khususnya untuk penanganan masalah *co-infection* berbagai penyakit akibat ketergantungan.

Pengetahuan tentang peranan lingkungan social terhadap pemulihan pecandu atau kekambuhan menggunakan lagi narkoba berfungsi sebagai arahan dalam mengembangkan tindakan-tindakan re-konstruksi social sehingga secara sosiologis, para korban narkoba mendapatkan dukungan social untuk mempertahankan perilaku barunya yang sudah lebih baik.

Pengetahuan yang keliru selama ini terbukti hanya menciptakan mitos-mitos yang diyakini oleh masyarakat kebanyakan sebagai suatu kebenaran. Padahal, dibalik kepercayaan terhadap mitos itu mengandung makna-makna yang justru mempersempit ruang-ruang social bagi korban pecandu dalam menjalani kehidupan sehari-harinya.

Situasi social yang kurang kondusif kemudian menjadi penyebab tidak langsung kurang efektifnya keberhasilan program rehabilitasi terutama saat pecandu baru saja menjalani program *treatment* di dalam panti (*aftercare*).

Implikasi positif dari pengetahuan yang utuh tersebut meluas juga pada aspek pencegahan khususnya dalam pengenalan secara dini tentang modus-modus operandi pengedaran gelap narkoba.

Jenis informasi seperti ini akan mendorong masyarakat untuk melakukan tindakan-tindakan proteksi diri dan keluarga dari pengaruh-pengaruh yang sudah diketahuinya dengan baik.

Pengalaman dan berbagai riset telah membuktikan bahwa umumnya seseorang terjebak menyalahgunakan narkoba diawali oleh ketidaktahuan tentang obat berbahaya ini. Berarti nalarnya adalah untuk menghindari banyaknya korban penyalahgunaan narkoba, maka dibutuhkan sosialisasi terus menerus tentang informasi dasar narkoba di kalangan masyarakat luas. Dalam konteks buku ini, informasi yang benar tentang narkoba tidak hanya berfungsi untuk meningkatkan kualitas pelayanan rehabilitasi, akan tetapi juga menfiltrasi jatuhnya korban-korban pecandu baru.

Dengan demikian, jelas kelihatan bahwa pengetahuan yang benar tentang narkoba bukan hanya ditujukan bagi kalangan pemberi layanan rehabilitasi, namun demikian, masyarakat umumpun juga memberikan pengaruh yang nyata dalam upaya pencegahan dan penanggulangan narkoba.

2

PENGETAHUAN PRAKTIS HIV DAN AIDS

Apakah HIV DAN AIDS?

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus golongan RNA yang spesifik menyerang sistem kekebalan tubuh/imunitas manusia dan menyebabkan AIDS.

HIV positif adalah orang yang telah terinfeksi virus HIV dan tubuh telah membentuk antibodi (zat anti) terhadap virus tersebut. Mereka berpotensi sebagai sumber penularan bagi orang lain.

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*/Sindroma Defisiensi Imun Akut/SIDA) adalah kumpulan gejala klinis akibat penurunan sistem imun yang timbul akibat infeksi HIV. AIDS sering bermanifestasi dengan munculnya berbagai penyakit infeksi oportunistik, keganasan, gangguan metabolisme dan lainnya.

- A:** *Acquired* atau mendapatkan/menderita virus, (bukan diwarisi) untuk membedakan dengan kondisi yang bersifat genetis atau mewarisi virus yang mengakibatkan tidak berfungsinya sistem kekebalan tubuh.
- I:** *Immuno-* (kekebalan), karena virus ini menyerang sistem kekebalan tubuh dan meningkatkan kerentanan terhadap infeksi.

D: *Deficiency*, kekurangan sel darah putih tertentu dalam sistem kekebalan.

S: *Syndrome*, sindroma, berarti sekelompok gejala sebagai akibat infeksi HIV.

Kerusakan progresif pada sistem kekebalan tubuh menyebabkan pengidap HIV (Odha) amat rentan dan mudah terjangkit berbagai macam – macam penyakit/infeksi oportunistik.

Masa Jendela/*window period* adalah masa dimana seseorang yang sudah terinfeksi HIV, namun pada pemeriksaan antibodi di dalam darahnya masih belum ditemukan/negatif. Masa jendela ini biasanya berlangsung 3 bulan sejak infeksi awal.

Limfosit adalah bagian dari sel leukosit yang memiliki fungsi spesifik untuk fagositosis, memori. Limfosit terbagi 2 golongan utama yaitu limfosit T dan B.

Limfosit T adalah jenis limfosit yang mengalami proses pematangan di timus (T) dan memiliki fungsi dalam memori, sitotoksik terhadap antigen/mikroorganisme asing.

CD 4 (*CD: cluster of differentiation*) adalah reseptor pada permukaan sel limfosit T yang menjadi tempat melekatnya virus HIV. Jumlah CD4+ limfosit T dalam plasma adalah petunjuk progresivitas penyakit pada infeksi HIV.

Viral Load/ adalah beban virus yang setara dengan jumlah virus dalam darah yang dapat diukur dengan alat tertentu (antara lain PCR).

Antigen p24 adalah antigen yang terdapat pada virus HIV yang dapat dideteksi 2-3 minggu setelah terinfeksi.

PERBEDAAN ANTARA HIV, INFEKSI HIV, DAN AIDS

- HIV merupakan virus yang dapat menyebabkan infeksi.
- Orang yang terinfeksi-HIV mungkin tidak menunjukkan gejala kesakitan, namun dapat menularkan orang lain.
- Kebanyakan orang yang terinfeksi-HIV pada akhirnya akan terserang AIDS pada suatu waktu, yang mungkin bisa terjadi

dalam jangka beberapa bulan bahkan sampai 15 tahun.

- AIDS merupakan sekelompok penyakit dan infeksi oportunistik yang akan berkembang setelah terinfeksi HIV dalam jangka waktu yang cukup lama (rata-rata 3-5 tahun).
- Diagnosa AIDS didasarkan atas hasil uji kriteria klinis dan hasil uji laboratorium (menurut pedoman WHO).

Apakah seorang pengidap HIV dapat dibedakan dari orang lainnya?

Seorang pengidap HIV tidak dapat dibedakan. Seorang pengidap HIV terlihat biasa saja seperti halnya orang lain karena tak menunjukkan gejala klinis. Hal ini bisa terjadi selama 5 – 10 tahun.

Kenyataan mengenai HIV DAN AIDS saat ini:

- HIV dan AIDS adalah penyakit infeksi menular yang dapat mengenai semua: umur, ras, etnis, profesi, wilayah, dan penularannya berlangsung sepanjang masa
- Banyak rumah sakit tidak mampu mendiagnosis AIDS pada pasiennya.
- Pasien HIV AIDS masih asing bagi banyak sejumlah orang
- Banyak orang mengatakan: “Yang kena Penyakit AIDS hanyalah orang-orang yang hidupnya di dunia hitam/ Lokalisasi”.

Mengapa AIDS perlu perhatian khusus?:

- Vaksin masih dalam uji coba
- AIDS dapat menyerang siapa saja (pria, wanita, tua, muda, anak-anak bahkan janin dalam kandungan ibu pengidap HIV, terutama usia produktif).
- Orang yg terinfeksi HIV menjadi pembawa dan penular virus HIV selama hidupnya walaupun penderita tampak sehat
- Kasus AIDS merupakan fenomena gunung es, yg muncul ke permukaan sebagian kecil dari yang sebenarnya menurut WHO: 1 kasus HIV: tersembunyi 100 sampai

dengan 200 orang.

MITOS SEPUTAR HIV DAN AIDS YANG BEREDAR DI MASYARAKAT

Cukup banyak mitos yang dipahami oleh masyarakat dimana pada titik tertentu pengetahuan seperti ini justru akan mempengaruhi persepsi, sikap, dan tindakan seseorang terhadap pengidap HIV dan AIDS. Tindakan yang paling sering ditemukan adalah berkembangnya sikap stigmatisasi yang berujung kepada praktek diskriminatif.

Mitos-mitos yang berkembang dalam arena interaksi sosial sehari-hari adalah:

- HIV dan AIDS adalah penyakit orang homoseksual
- HIV dan AIDS adalah penyakit orang barat/turis
- Menular hanya melalui hubungan seksual
- Dapat menular lewat kontak seksual biasa
- HIV dan AIDS merupakan penyakit kutukan Tuhan.

Masih banyak lagi mitos seputar HIV DAN AIDS sehingga menambah stigma dan diskriminasi terhadap Odha.

HIV menular melalui:

1. Cairan genital: cairan genital (sperma, lendir vagina) memiliki jumlah virus yang tinggi dan cukup banyak untuk memungkinkan penularan. Oleh karenanya hubungan seksual yang berisiko/tidak aman dapat menularkan HIV. Semua jenis hubungan seksual misalnya kontak seksual genital, kontak seksual oral dan anal dapat menularkan HIV.
2. Darah: penularan melalui darah dapat terjadi melalui transfusi darah dan produknya (plasma, trombosis) dan perilaku menyuntik yang tidak aman pada pengguna napza suntik (penasun/IDU). Transplantasi organ yang tercemar virus HIV juga dapat menularkan.
3. Dari ibu ke bayinya: hal ini terjadi selama dalam kandungan (melalui placenta/ari-ari), melalui cairan genital saat persalinan

dan menyusui (pemberian ASI)

Apa yang dimaksud dengan perilaku berisiko tertular HIV?

Perilaku berisiko adalah perilaku individu yang memungkinkan tertular virus HIV. Perilaku berisiko ini dapat menjadi bagian dari anamnesis terhadap seseorang yang dicurigai menderita HIV dan AIDS. Sejumlah perilaku berisiko yang dimaksud adalah:

1. Berhubungan seksual dengan cara yang tidak aman, misalnya tidak memakai kondom.
2. Berganti-ganti pasangan/partner seksual.
3. Berganti-ganti (berbagi) jarum suntik dan alat lainnya yang kontak dengan darah dan cairan tubuh dengan orang lain

Cairan tubuh yang tidak menularkan HIV dan AIDS:

- Keringat
- Air mata
- Air liur/ludah
- Air kencing/urine
- Air liur

HIV tidak ditularkan melalui cara-cara sebagai berikut:

- Bersenggolan.
- Berjabat tangan
- Bersentuhan (Pakaian bekas dengan penderita).
- Hidup serumah dengan Odha
- Berciuman biasa
- Makanan/minuman
- Berenang bersama
- Gigitan nyamuk
- Sabun mandi
- Toilet

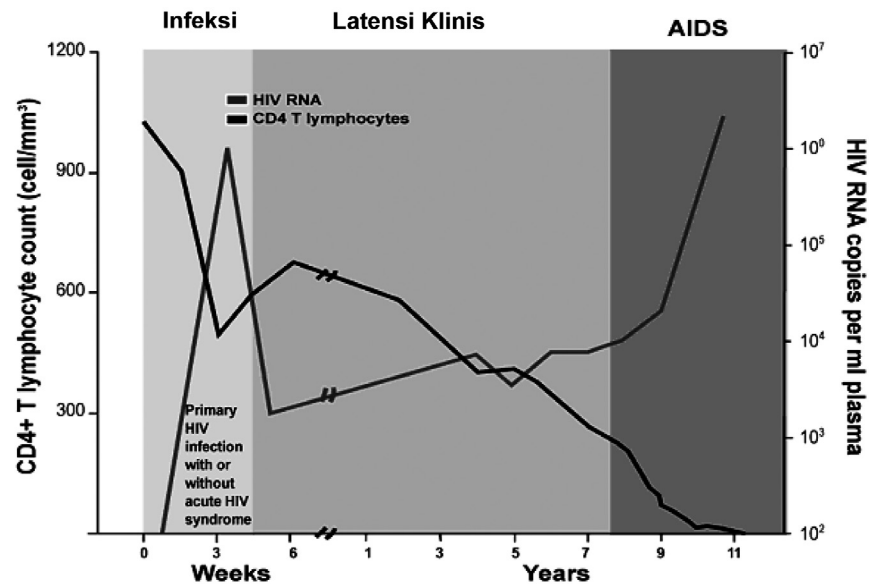
Cara penularan HIV yang utama di Indonesia

Metode penularan/transmisi yang terutama di Indonesia adalah melalui:

- Penularan melalui kegiatan seks komersial

- Penularan akibat penggunaan alat suntik yang tak steril, terutama pada pengguna napza suntik

Riwayat Alamiah/Patofisiologi Perjalanan Penyakit HIV DAN AIDS



Bagaimana pencegahan penularan HIV?

Melihat berbagai metode penularan dan perilaku berisiko yang dapat menularkan HIV, maka kita dapat melakukan pencegahan penularan HIV dengan berbagai cara sederhana sebagai berikut:

- Berperilaku seks yang aman (abstinen, saling setia dengan satu pasangan, melakukan seks dengan menggunakan kondom)
- Mencegah penularan melalui alat – alat tercemar dengan prinsip “universal precaution”/kewaspadaan universal.
- Pencegahan pada transfusi darah dengan skrining donor.
- Program pencegahan penularan ibu ke anak melalui program PMTCT.

Mengapa kondom dipromosikan?

Dalam melakukan pencegahan penularan melalui hubungan seksual berisiko, maka selain abstinensi dan setia pada satu pasangan maka penggunaan kondom, khususnya pada kelompok perilaku berganti pasangan, wanita pekerja seksual/WPS sangat dianjurkan. Keuntungan penggunaan kondom adalah mudah didapat, murah dan efektivitas yang tinggi dalam mencegah penularan.

Dalam menggunakan kondom perhatikan:

- Cara penggunaan kondom yang tepat
- Kualitas kondom yang harus bermutu
- Ukuran kondom yang cocok
- Pakailah pelicin/lubrikan yang berbahan dasar air

HIV DAN AIDS PADA PEREMPUAN, ANAK DAN KELUARGA

Kelompok perempuan, anak dan keluarga merupakan kelompok berisiko rendah tertular HIV dan AIDS. Namun dengan semakin meningkatnya jumlah penderita HIV dan AIDS (Odha), dalam hal ini kelompok laki-laki merupakan kelompok dengan persentase tinggi, maka penularan dari kelompok ini ke kelompok berisiko rendah juga akan semakin meningkat.

Stigma dan diskriminasi yang dialami oleh kelompok Odha juga menjadi beban tambahan bagi perempuan, anak dan anggota keluarga yang mengidap HIV. Stigma dan diskriminasi ini menjadi penghambat bagi mereka untuk memperoleh akses maupun layanan kesehatan dan sosial yang diperlukan.

Penularan HIV ke anak-anak dari ibu HIV positif disebut sebagai *MTCT (mother to child transmission)*. Penularan dari ibu ke anak/bayi terjadi melalui penularan di dalam kandungan/in utero, saat kelahiran/peri partum dan melalui pemberian air susu ibu/ASI.

Dari data-data yang dikemukakan di atas, maka pengendalian/pencegahan penularan HIV dan AIDS pada perempuan, anak dan

keluarga menjadi semakin penting dan tidak terpisahkan dari program penanggulangan HIV dan AIDS secara umum.

BENTUK-BENTUK UPAYA PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS DI INDONESIA

Departemen Kesehatan melalui subdirektorat AIDS dan PMS telah menjadi *leading sector* secara teknis dalam menentukan dan menjalankan kebijakan terkait HIV dan AIDS. Berikut ini adalah sekilas kebijakan Departemen Kesehatan RI mengenai HIV dan AIDS:

Visi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia (menurut Ditjen P2PL):

Terkendalnya penyebaran infeksi HIV DAN AIDS dan IMS dan meningkatnya kualitas hidup orang dengan HIV dan AIDS (Odha).

Misi Pengendalian HIV dan AIDS di Indonesia:

Pengendalian penyebaran infeksi HIV, IMS dan dampak HIV dan AIDS, dilakukan melalui:

1. Upaya pencegahan
2. Meningkatkan kualitas pelayanan jangkauan Odha dan masyarakat.

Tujuan Penanggulangan HIV dan AIDS:

1. Menurunkan penyebaran dan Penularan HIV
2. Meningkatkan Kualitas hidup Pengidap HIV, keluarga, dan masyarakat sekitarnya.
3. Menurunkan Prevalensi IMS
4. Mereduksi perilaku risiko tinggi - (seksual, penyuntikan narkoba).
5. Peningkatan kemampuan Institusi penanggulangan.
6. Peningkatan Pengetahuan dan kesadaran masyarakat

Kelompok Risiko Tinggi adalah golongan individu yang memiliki risiko tinggi untuk menularkan/tertular HIV dan AIDS. Yang termasuk dalam kelompok ini adalah:

1. Wanita pekerja seksual/WPS, pelanggannya dan pasangan pelanggan
2. Pria pekerja seksual/PPS, pelanggannya, dan pasangan pelanggan
3. Waria, pelanggannya, dan pasangan pelanggannya
4. Pengguna narkoba suntik/penasun/IDU dan pasangannya
5. Penerima transfusi darah dan produk darah
6. Bayi yang dikandung oleh ibu yang terinfeksi HIV
7. Petugas kesehatan, aparat kepolisian, tukang cukur, siapa saja termasuk kita sendiri yang sengaja atau tidak disadari berhubungan/ terinfeksi dengan spesimen pasien HIV dan AIDS (bantu kecelakaan/pemakaian alat tak steril, dan lainnya)
8. Lain-lain

KETERKAITAN PENGETAHUAN PRAKTIS HIV DAN AIDS DENGAN PENDEKATAN REHABILITASI MODEL MEDIS DAN MODEL SOSIAL

HIV dan AIDS menjadi dampak turunan penyalahgunaan narkoba. Pemakaian narkoba yang menggunakan suntikan dengan ganti-ganti jarum suntik sangat berpotensi penularan HIV dan AIDS. Selain melalui mekanisme pemakaian jarum suntik bergantian, pemakaian narkoba yang mengandung efek stimulant telah mengganggu fungsi otak secara normal. Manusia menjadi tidak terkendali lagi perilakunya sehingga berpeluang besar untuk mempraktekkan tindakan-tindakan beresiko penularan HIV dan AIDS misalnya melakukan hubungan seks beresiko (ganti-ganti pasangan seksual tanpa pengaman).

Memahami korelasi resiprokal antara HIV dan AIDS dan narkoba mengantar mereka-mereka yang bekerja dalam bidang pelayanan rehabilitasi untuk menciptakan pemrosesan layanan yang

berorientasi pada minimalisasi dampak-dampak penyalahgunaan.

Rehabilitasi yang baik adalah rehabilitasi yang menyediakan suatu pelayanan menyeluruh berkelanjutan sehingga perubahan perilaku yang diharapkan bagi para klien dapat diwujudkan menjadi perilaku permanen. Sekalipun dalam arena praksis belum dikenal istilah kesembuhan total dalam konteks kecanduan narkoba. Memang totalitas kesembuhan mungkin sulit diwujudkan, namun dengan memproteksi pecandu pada insiden penularan HIV dan AIDS berarti telah memberikan peluang yang besar bagi pecandu untuk mengelola kehidupannya menjadi lebih produktif.

Beban ganda pecandu yang sudah mengalami infeksi HIV dan AIDS semakin mempersulit mereka untuk *high motivated* dalam melakukan upaya perubahan perilaku. Cukup banyak diantara mereka yang mengalami frustrasi akibat serangan epidemic ganda ini.

Pengetahuan yang benar tentang insiden HIV dan AIDS dalam konteks pendekatan medis dan social pada pelayanan rehabilitasi memungkinkan ditemukannya horizon baru penerapan program-program pemulihan.

Pendekatan rehabilitasi medis akan mengupayakan program-program pengobatan dan perawatan yang dapat mengurangi penderitaan si korban seperti pengobatan infeksi oportunistik, pengobatan paliatif, dan pengobatan ARV. Pendekatan medis ini kemudian diperluas perspektifnya secara sosiologis dengan memanfaatkan pengetahuan-pengetahuan dasar tentang variable social yang dimiliki oleh korban narkoba misalnya keluarga, etnik, latar belakang pendidikan, status social ekonomi, dan lingkungan social ketetangaan.

Jika seorang petugas kesehatan atau pekerja social yang memberikan pelayanan rehabilitasi dengan memadukan model medis dan model social ini akan mendapatkan hasil yang memadai oleh karena adanya suatu pendekatan yang saling melengkapi.

3

STANDARDISASI TERAPI MEDIK KETERGANTUNGAN NARKOBA

Ketergantungan narkoba adalah suatu penyakit yang dalam *International Classification of Disease and Health Related Problem*, 1992 (ICD 10) digolongkan dalam gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan bahan psiko aktif.

Ketergantungan napza merupakan penyakit kompleks yang ditandai oleh dorongan tidak tertahan dan sukar dikendalikan untuk mengulang kembali menyalahgunakan napza. Karena hal tersebut, maka terjadilah upaya mengulang kembali menyalahgunakan walaupun secara sadar mengetahui resiko yang menjadi akibatnya. Penyakit ini sering menjadi kronik dengan adanya episode “sembuh” dan “kambuh” walaupun kadang-kadang dijumpai abstinensia yang lama.

Dalam upaya melindungi masyarakat dari pelayanan pengobatan yang tidak dapat dipertanggungjawabkan, yang akan merugikan masyarakat, diperlukan peningkatan mutu pelayanan pengobatan yang diberikan, maka perlu ditetapkan persyaratan dalam penyelenggaraan sarana pelayanan terapi medic Koran penyalahgunaan napza.

Pedoman ini menjadi acuan bagi jajaran kesehatan maupun instansi terkait yang menyelenggarakan upaya pelayanan terapi medic korban penyalahgunaan napza. Tujuan khusus yang akan dicapai dalam terapi ini adalah:

- a. Terwujudnya pelayanan terapi medic yang bermutu bagi korban penyalahgunaan napza.
- b. Terlindunginya korban penyalahgunaan napza dari pelayanan yang dapat merugikan dan membahayakan kesehatan

Pelayanan Terapi Medik

1. Terapi Lepas Zat/Detoksifikasi
Detoksifikasi dilaksanakan oleh dokter di sarana pelayanan kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pelaksanaannya mengikuti Pedoman Standar Pelayanan Minimal Terapi Korban Penyalahgunaan Napza.
2. Terapi Pemeliharaan (*maintenance*)
Dilaksanakan oleh dokter
3. Rujukan
Korban penyalahgunaan napza dengan komplikasi medis fisik yang keluhan fisiknya tidak dapat diatasi dengan sarana dan pra-sarana dan sumber daya yang ada harus dirujuk ke Rumah Sakit Umum yang lebih mungkin memberikan pengobatan.
Korban penyalahgunaan napza dengan komplikasi medis psikiatris yang keluhan fisiknya tidak dapat diatasi dengan sarana dan pra-sarana serta sumber daya yang ada harus dirujuk ke Rumah Sakit Khusus Jiwa atau bagian psikiatris Rumah Sakit Umum yang lebih mungkin memberikan pengobatan

Sistim Pencatatan dan Pelaporan

Mengikuti sistim pencatatan dan pelaporan yang berlaku dan bertanggungjawab kepada Kepala Dinas Kesehatan setempat sebagai anggota Badan Narkotika Provinsi atau Kabupaten/ Kota.

Persyaratan Minimal

1. Sumber Daya Manusia
 - Dokter Umum terlatih minimal 40 jam pengetahuan dasar tentang ketergantungan napza, minimal 1 orang
 - Perawat D III terlatih minimal 40 jam pengetahuan dasar tentang ketergantungan napza, minimal 2 orang.
2. Sarana
 - Disediakan ruangan khusus untuk pemeriksaan
 - Seperangkat peralatan pemeriksaan kesehatan sesuai standar yang berlaku
3. Farmakoterapi
 - Terapi simptomatis
 - a. Gejala putus zat
 - b. Intoksikasi gangguan diagnosis ganda
 - c. Komplikasi fisik
 - d. Overdosis
 - Obat-obatan pelayanan kesehatan dasar untuk terapi ketergantungan obat
 - a. Antagonis Opiat (Naloxone)
 - b. Agonis Opiat
 - c. Analgesik
 - d. Spasmolitik
 - e. Psikotropika
 - Perlengkapan bantuan hidup dasar
 - a. O2
 - b. Cairan infuse
 - c. Obat-obatan

Tanda Gejala dan Penatalaksanaan Pada Penyalahgunaan Napza

Jenis Zat	Intoksikasi	Gejala	Putus Zat	Penatalaksanaan
OPIOIDA (Heroin/ Putaw)	Tanda - Penekanan SSP - Motifilitas fantro intestinal menurun sampai konstipasi - Analgesia - Mual, muntah - Bicara cadel - Bradicardia - Konstriksi pupil - Kejang		- Mengantuk - Pilek bersin - Lakrimasi - Diatas pupil - Pilo ereksi - Tek. Darah naik - Respirasi naik - Suhu badan naik - Mual-mual - Diare - Insomnia - Gemetar - Mengeluh - Sugesti - Gelisah - Tidak selera makan	Intoksikasi: - Naloxone HCl 0,4 mg IV, IM atau SC, dapat diulang setelah 2 menit sampai 2-3 kali - Bila tidak ada reaksi pikiran kemungkinan zat lain Terapi Putus Zat 1. Cara konvensional/simptomatik a. Analgetik: tramadol, analgetik non-narkotik, As, Mefenamat, dsb b. Dekongestan c. Metropromid d. Spasmolitik e. Antiansietas dan Sedative 2. Putus obat bertahap: Morfin, Petidin, Metadon, atau Kodein yang diturunkan secara bertahap. Mis,

Jenis Zat	Intoksikasi	Gejala	Putus Zat	Penatalaksanaan
	Tanda			kodein 3 x 60-80 mg/hr, diturunkan menjadi 10 mg/hr 3. Substitusi non-opioid: Cloridine dimulai dengan 17 Mikrogram/kg BB dibagi dalam 3-4 kali pemberian. Dosis diturunkan bertahap dan selesai dalam 10 hr 4. Metode cepat dalam Anastesi (Rapid Opioid Detoxification)
KANABIS (Ganja, Gelek, Marijuana, Hashish)	- Tremor - Takikardi - Mulut kering - Nistagmus - Keringat banyak - Gelisah - Mata merah - Ataksia sering kencing - Fungsi social/pekerjaan terganggu	- Percaya diri meningkat - Perasaan melembung - Disorientasi - Depersonalisasi - Ggg daya ingat jangka pendek, halusinasi visual/pendengaran - Emosi labil/bingung - Paranoid - Ilusi cemas - Depresi, panic - Takut	- Insomnia - Mual - Mialgia - Cemas/gelisah - Mudah tersinggung - Demam - Berkeringat - Nafsu makan menurun - Fotofobia - Depresif - Bingung - Menguap - Diare - Kehilangan BB - tremor	Intoksikasi: - Ajaklah bicara dan tenangkan pasien - Bila perlu beri Diazepam 10-30 mg oral atau parenteral, Clobazam 3x10 mg Putus Zat - Bila timbul gangguan waham beri Diazepam 20-40 mg

Jenis Zat	Intoksikasi	Gejala	Putus Zat	Penatalaksanaan
KOKAIN	Tanda - Takikardi - Dilatasi pupil - Tekanan darah naik - Berkeringat - Tremor - Mual, muntah - Meningkatkan suhu tubuh - Aritmia - Halusinasi visual - Sinkope - Nyeri dada	Gejala - Euforia - Agitasi psikomotor - Agresif - Waham kebesaran - Halusinasi - Mult kering - Percaya diri meningkat - Nafsu makan menurun - Panic	Putus Zat - Kelelahan - Insomnia atau hiperinsomnia - Agitasi psikomotor - Ide bunuh diri dan paranoid - Mudah tersinggung atau irritable - Perasaan depresif	Intoksikasi Beri Diazepam 10-30 mg oral atau parenteral atau klorazepoxide 10-25 mg p.o atau Clobazam 3x10 mg sampai 60 menit Putus Zat Pada gangguan waham berikan injeksi haloperidol 2,5-5 mg IM dilanjutkan 3x2,5-5 mg p.o Rawat inap perlu dipertimbangkan karena kemungkinan melakukan percobaan bunuh diri. Untuk mengatasi gejala depresan mis. Amilriptilin 3 x 10 mg – 25 mg p.o
Sedative hipnotika penenang/Obat tidur (BK, Rohyp, Lexo, Pil Koplo)		Neurologis - Bicara cadel - Gangguan koordinasi, cara jalan tidak stabil - Nistagmus	Putus Zat - Mual, muntah - Lemah, letih - Takikardi - Berkeringat - Tek. Darah tinggi	Intoksikasi Melonggarkan pakaian Membersihkan lendiri pada saluran nafas Beri oksigen dan garam fisiologis

Jenis Zat	Intoksikasi	Gejala	Putus Zat	Penatalaksanaan
	Tanda	Psikologis - Afek labil - Hilangnya hambatan impuls seksual - Agresif - Irritablebanyak bicara gangguan pemusatan pelatihan - Gangguan daya ingat - Gangguan daya nilai Overdosis - Pernafasan lambat - Nadi terasa lemah dan cepat - Kulit berkeringat dan terasa dingin	Putus Zat - Ansietas - Depresi irritable - Tremor kasar pada tangan dan lidah - Kadang-kadang hipotensi ortostatik	Putus Zat Harus secara bertahap Dapat diberikan Diazepam Tentukan dulu tes tolenransi, mulai dari dosis 10 mg yang dinaikkan bertahap sampai terjadi gejala intoksikasi. Selanjutnya diturunkan secara bertahap 10 mg/hr sampai gejala putus zat hilang

Jenis Zat	Intoksikasi	Gejala	Putus Zat	Penatalaksanaan
AMFETAMIN (Ekstasi, shabu)	<u>Overdosis</u> - Kejang-kejang - Hiperpireksia - Dilatasi pupil - Takhikardi - Hipertensi - Perilaku mal-adaptif - Gangguan daya nilai - Gangguan fungsi sosial	- Kardiovaskuler - Palpitasi - Angina, aritmia - Hiper/hipotensi - Keringat banyak - Muka pucat/merah <u>Pernafasan</u> - Bronkodilatasi <u>Gastro intestinal</u> - Mual, diare - Kramp abdominal <u>Ginjal</u> - Dieresis - Endokrin - Libido berubah - Impotensi	<u>Fase Awal</u> - Depresi - Ansietas - Anergia, capek	Baik kondisi intoksikasi maupun putus zat penatalaksanaannya sama dengan KOKAIN

Jenis Zat	Intoksikasi	Gejala	Putus Zat	Penatalaksanaan
ALKOHOL	<u>Ringan</u> - Euforia - Cadel - Mengantuk - Ataksia - Berat - Stupor - Koma - Bradikardi - Hipotensi - Hipotermia - Kejang - Sangat Berat - Reflex negative	- Gangguan kesadaran - Gangguan kognitif - Gangguan efektif dan perilaku	- halusinasi - kejang - mual, muntah - muka merah - konjungtiva merah - kelemahan umum - insomnia - lemas - marah - berkeringat - hipertensi - rindu dengan alkohol	Intoksikasi - Mandi air dingin - Minum kopi kental - Aktifitas fisik (sit-up, push-up) - Bila belum lama diminum disuruh dimuntahkan Putus Zat - Penatalaksanaan sama dengan kondisi putus zat sedative/obat penenang - Pada Delirium Putus zat beri Diazepam seperti pada terapi intoksikasi sedative/hipnotika
HALLUSINOGEN (LSD, berbagai jenis jamur, meskalin, psilosibin)	Perubahan persepsi dalam keadaan kesadaran dan kewaspadaan penuh. Misalnya depersonalisasi, derealisasi, halusinasi, synesthesia	- Dilatasi pupil - Takhikardi - Berkeringat - Palpatal - Mata berkabut - Tremor - inkoordinasi		Intoksikasi - Lingkungan yang aman, tenang, mendukung - Reassurance dengan menyakinkan gejala tersebut akan hilang dengan berjalannya waktu - Bila ada "bad trip" atau panic berikan Diazepam 10-30 mg p.o atau Lorazepam 1-2 mg IM

Terapi Umum Terhadap Keadaan Overdosis atau Emergensi

1. Usahakan pernafasan berjalan lancar, yaitu:
 - Lurus dan tengadahkan (ekstensikan) leher kepala pasien (jika diperlukan dapat memberikan bantalan di bawah bahu)
 - Kendurkan pakaian yang terlalu ketat
 - Hilangkan obstruksi pada saluran nafas
 - Bila perlu berikan oksigen
2. Usahakan agar peredaran darah berjalan lancar
 - Bila jantung berhenti, lakukan massase jantung eksternal injeksi Adrenalin 0.1-0.2 cc IM
 - Bila timbul asidosis (misalnya bibir dan ujung jari biru, hiperventilasi) karena sirkulasi darah yang tidak memadai, beri infuse 50 ml Sodium Bikarbonas
3. Pasang infuse dan berikan cairan (misal: RL atau NaCL 0.9%) dengan kecepatan rendah (10-12 tetes per menit) terlebih dahulu sampai ada indikasi untuk memberikan cairan. Tambahkan kecepatan sesuai kebutuhan, jika didapatkan tanda-tanda dehidrasi.
4. Lakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk melihat adanya kemungkinan pendarahan atau trauma yang membahayakan.
5. Observasi terhadap kemungkinan kejang. Bila timbul kejang berikan Diazepam 10 mg melalui IV atau per infuse dan dapat diulang sesudah 20 menit jika kejang belum teratasi.
6. Bila ada hipoglikemi, beri 50 ml Glukosa 50% IV.

Peranan Pendekatan Model Sosial

Pandangan deterministik manusia yang mengasumsikan manusia terdiri dari organ-organ yang saling terkait satu dengan lainnya dijadikan sebagai dasar pengembangan model medis dalam intervensi pelayanan kesehatan termasuk pelayanan rehabilitasi pecandu narkoba. Konsekuensi logis dari asumsi dasar ini adalah pelayanan medis syarat dengan ketentuan dan procedural dalam

bentuk standarisasi tindakan (SPM) dan penetapan prosedur tetap pelayanan (SOP).

Pelayanan yang tidak dilakukan berdasarkan standar yang sudah ditentukan dianggap tidak berkualitas pun juga pelayanan yang tidak prosedur justru dapat membahayakan petugas kesehatan khususnya yang berkaitan dengan ancaman malpraktek. Keharusan inilah kemudian yang menyebabkan sikap dan tindakan profesionalisme petugas kesehatan dianggap terlalu kaku dan kurang manusiawi menurut penilaian penerima manfaat (user). Lantas, mengapa kita tidak mencoba sedikit menggunakan seni dalam memberikan pelayanan dengan memodifikasi tindakan melalui pertimbangan rasa, emosi, hasrat, keinginan, kehendak, dari sang pasien tanpa harus menghilangkan substansi pelayanan. Ada petugas kesehatan yang memang terlalu saklek dengan persyaratan administrasi pelayanan sehingga keluar dari substansi pelayanan kesehatan itu sendiri.

Secara substantive pelayanan kesehatan disediakan dalam rangka peningkatan kualitas kesehatan penduduk dengan menghindari resiko penyakit, menyembuhkan penyakit yang diderita, mengurangi kecacatan, dan memulihkan penyakit yang baru sembuh sehingga penduduk dapat hidup secara layak dan produktif.

Seni pelayanan dalam ranah ini bermaksud untuk menciptakan kreasi-kreasi prosedur yang berorientasi pada kebutuhan psikologis-sosial pasien. Kualitas pelayanan dengan standar apapun ketika didekati menurut tingkat kebutuhan pasien apalagi jika disertai dengan proses komunikasi yang menyentuh, maka akan menghasilkan juga hasil yang memadai.

Pada bab ini memang memperlihatkan syarat-syarat minimal pelayanan medic bagi korban narkoba, namun jika tidak disentuh oleh seni pemberian tindakan oleh actor tenaga kesehatan, maka hasil yang dicapai tidak terlalu sempurna. Inilah yang menjelaskan tingkat kepatuhan pasien yang kurang terhadap aturan medic yang sudah diberikan oleh petugas kesehatan. Implikasinya lebih jauh

adalah terjadi mekanisme resisten pengobatan yang membuat semua upaya memperoleh kesembuhan menemui kegagalan.

Bahaya lainnya yang mengancam adalah ketentuan-ketentuan minimal mempengaruhi kurangnya pelayanan rehabilitasi akibat persyaratannya yang cukup berat (bagi sejumlah kalangan yang mempunyai inisiatif untuk mengembangkan layanan rehabilitasi medis). Akibatnya, akses pecandu terhadap pelayanan rehabilitasi sangat kurang sehingga memungkinkan pecandu terus hidup dalam ketergantungannya sampai mereka mendapatkan kematian/overdosis.

Pernyataan di atas paling sering ditemukan faktanya di daerah-daerah non-metropolitan/perbatasan/lebih-lebih daerah pinggiran mengingat fasilitas pelayanan rehabilitasi medis hanya tersedia di kota-kota besar. Pada sisi lainnya mekanisme penemuan kasus yang diterapkan oleh pemerintah berikut mekanisme rujukan belum bekerja dengan efektif. Untuk itulah dibutuhkan suatu penyesuaian persyaratan minimal hadirnya pelayanan rehabilitasi medis bagi pecandu agar masyarakat atau jaringan swasta mampu menyediakan layanan ini secara mandiri.

Perilaku modifikasi, penyesuaian, penyeselarasan kebutuhan dapat berkembang dengan baik jika mendapatkan sentuhan kemampuan social dalam pengelolaannya. Pada titik inilah model social memiliki peranan unggul dalam pengelolaan standar pelayanan medis bagi pecandu narkoba.

4

PRINSIP PENGURANGAN DAMPAK BURUK NARKOBA

Justifikasi Empiris

Ilustrasi pengurangan dampak buruk Napza (*Harm Reduction*) semakin banyak digunakan ketika pola penularan HIV dan AIDS bergeser dari faktor penularan melalui perilaku seksual berpindah ke perilaku penggunaan jarum suntik yang tidak steril. Sejarah pengurangan dampak buruk Napza bermula dari pelayanan kontroversial yang dikembangkan pertama kali pada tahun 1920 pada sebuah klinik layanan ketergantungan obat di Merseyside, kota kecil di Inggris. Klinik ini memberikan resep heroin kepada para pengguna yang menjalani perawatan. Beberapa tahun kemudian upaya penanggulangan masalah adiksi berkembang terus sampai kemudian kembali menarik perhatian bersamaan dengan munculnya epidemi HIV dan AIDS.

Tingginya angka penularan HIV dan penyakit lain yang ditularkan melalui darah pada kalangan Penasun meningkatkan pentingnya kebutuhan untuk melakukan upaya khusus dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Beberapa negara di Eropa Barat dan Amerika selama sekitar dua dekade terakhir telah

mempunyai pengalaman yang cukup panjang dalam menerapkan pendekatan ini. Dari pengalaman berbagai negara di dunia tersebut terlihat bahwa pendekatan pengurangan dampak buruk Napza dapat dikatakan sebagai sebuah pendekatan yang efektif dalam upaya menjawab masalah HIV dan AIDS di masyarakat, khususnya pada kelompok Penasun.

Pengurangan dampak buruk Napza mulai menjadi perhatian di Indonesia pada tahun 1999. Pada saat itu data epidemi HIV dan AIDS bergeser dari penularan melalui hubungan seksual ke penularan melalui penggunaan jarum suntik yang tidak steril secara bergantian/bersama pada kelompok Penasun. Seiring dengan hal tersebut muncul pemikiran bahwa telah saatnya Indonesia memerlukan suatu intervensi untuk mencegah penularan dan penanggulangan HIV dan AIDS pada kelompok Penasun. Pengurangan dampak buruk Napza sebagai sebuah konsep intervensi pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS pada Penasun mulai ditambahkan untuk diterapkan di Indonesia.

Namun ternyata muncul berbagai persepsi dalam menanggapi wacana mengenai pengurangan dampak buruk Napza. Persepsi yang berbeda-beda tersebut tergambar dari sikap pro dan kontra yang muncul. Bila menilik sedikit ke belakang maka pertentangan ini hampir sama dengan pada saat kondom mulai dipromosikan untuk pencegahan HIV dan AIDS dan IMS (Infeksi Menular Seksual). Tidak terhindarkan pula munculnya bias makna yang justru merupakan bagian substansial dari pengurangan dampak buruk Napza. Untuk menghindari bias makna tersebut maka pada tahun 2001 dibuat kesepakatan pada saat proses mengadaptasi buku *"The Manual for Reducing Drug-Related Harm in Asia"* ke edisi Indonesia. Pada saat itu muncul istilah pengurangan dampak buruk Napza yang menjadi salah satu untuk meminimalkan perbedaan persepsi dan makna.

Pelaksanaan pengurangan dampak buruk Napza sendiri di Indonesia sudah dimulai sejak tahun 1999. Yayasan Hati-hati, Bali telah mulai melakukan kegiatan penjangkauan dan pendampingan

pada kelompok Penasun untuk mencegah penularan HIV. Dalam melaksanakan kegiatannya, Yayasan Hati-hati mempekerjakan petugas lapangan dari mantan Penasun. Lokakarya Nasional pertama pada tahun 1999 yang membahas mengenai kaitan antara penggunaan Napza dengan cara suntik dan HIV dan AIDS di Puncak, Bogor dapat dikatakan sebagai respon awal terhadap isu HIV dan AIDS dan Penasun.

Pelaksanaan kegiatan *Rapid Assessment and Response (RAR)* dilakukan di 8 kota besar pada tahun 1999-2000 dengan melibatkan berbagai pihak baik dari kalangan pemerintah maupun non pemerintah. Data yang diperoleh dari RAR membuka mata dan pemikiran kalangan aktivis HIV DAN AIDS untuk melakukan tindakan. Pada tahun 2001 Aksi Stop AIDS (ASA) - *Family Health International (FHI)* mulai mengembangkan program spesifik dalam pencegahan HIV DAN AIDS pada kalangan Penasun. Kemudian pada tahun 2003 *Indonesia HIV Prevention and Care Project (IHPCP)* juga berperan serta dalam upaya yang serupa.

Sampai saat ini (awal 2005), kegiatan-kegiatan terkait dengan pencegahan HIV dan AIDS pada kalangan Penasun sudah semakin banyak dilakukan. Kurang lebih 25 LSM dan lembaga pemerintahan yang terlibat langsung dalam penjangkauan, pendampingan dan penyediaan layanan kepada Penasun. Pada tahun 2001, hanya terdapat 2 propinsi yang sudah mempunyai intervensi pengurangan dampak buruk Napza, sekarang sudah melibatkan 12 propinsi. Selain kegiatan yang dilakukan dalam bentuk penjangkauan dan pendampingan di masyarakat, saat ini terdapat minimal 12 lembaga yang secara langsung mengembangkan kegiatan di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dan Rumah Tahanan (Rutan) di berbagai propinsi. Namun dibandingkan besarnya permasalahan yang ada, respon dan cakupan program yang ada terasa masih jauh dari yang seharusnya untuk dapat menurunkan angka infeksi HIV.

Seiring dengan perkembangan intervensi tersebut, beberapa situasi yang terkait dengan respon terhadap pengurangan dampak

buruk Napza mengalami perubahan juga. Pada tahun 2003 Departemen Kesehatan RI dalam Rencana Strategis Departemen Kesehatan (2003) menyebutkan bahwa pengurangan dampak buruk Napza menjadi salah satu prioritas dan pendekatan yang akan digunakan dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Pada Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2003-2007 disebutkan pula secara eksplisit bahwa pengurangan dampak buruk Napza adalah salah satu pendekatan yang harus dilakukan dalam penanggulangan HIV dan AIDS pada Penasun. Dukungan politis untuk penerapan pengurangan dampak buruk Napza disebutkan dalam Komitmen Sentani pada tahun 2004, sebuah komitmen yang disepakati oleh 6 Kepala Daerah tingkat propinsi dengan kasus HIV terbesar di Indonesia, bahwa pengurangan dampak buruk Napza perlu diterapkan untuk kelompok sasaran Penasun. Berubahnya status badan yang menangani masalah narkotika dari Badan Koordinasi Narkotika Nasional (BKNN) menjadi Badan Narkotika Nasional (BNN) pada tahun 2003 memberikan pengaruh terhadap perkembangan program yang sudah ada. Tercapainya kesepakatan antara BNN dan KPA dalam bentuk Kesepakatan dan Keputusan Bersama pada Desember 2003 menjadi salah satu puncak perkembangan situasi pengurangan dampak buruk Napza di Indonesia.

Terminologi

Istilah pengurangan dampak buruk Napza berasal dari terjemahan *Harm Reduction* dan bila diartikan secara kata perkata yaitu, *harm* = kerugian, kejahatan, kerusakan, kesalahan sedangkan *reduction* = penurunan, pengurangan. Sehingga *Harm Reduction* berarti pengurangan/penurunan kerugian/kerusakan. Penterjemahan secara harfiah demikian dapat menimbulkan bias yang pada akhirnya dapat menghilangkan substansinya. Karena pengurangan dampak buruk Napza dalam bahasa Inggris belum juga didiskripsikan dengan jelas sebagai sebuah kata namun lebih

didiskripsikan sebagai sebuah konsep.

World Health Organisation (WHO), sebagai badan *United Nation* (UN) yang mengurus bidang kesehatan mendiskripsikan Pengurangan Dampak Buruk Napza sebagai berikut:

“Konsep, yang digunakan dalam wilayah kesehatan masyarakat, yang bertujuan untuk mencegah atau mengurangi konsekuensi negatif kesehatan yang berkaitan dengan perilaku. Yang dimaksud dengan perilaku yaitu perilaku penggunaan Napza dengan jarum suntik dan perlengkapannya (jarum suntik dan peralatan untuk mempersiapkan Napza sebelum disuntikan). Komponen pengurangan dampak buruk Napza merupakan intervensi yang holistik/komprehensif yang bertujuan untuk mencegah penularan HIV dan infeksi lainnya yang terjadi melalui penggunaan perlengkapan menyuntik untuk menyuntikan Napza yang tidak steril dan digunakan secara bersama-sama.”

Diskripsi ini dilengkapi dengan penjelasan bahwa konsekuensi kesehatan di atas meliputi kesehatan fisik, mental dan sosial. Salah satu ilustrasi yang sering dikemukakan dalam menjelaskan dasar pemikiran pengurangan dampak buruk Napza adalah kewajiban mengenakan sabuk pengaman bagi pengendara mobil. Sangat disadari, bahwa mengendarai mobil sebagai suatu kegiatan berisiko akan terjadinya kecelakaan, tapi hal ini tidak mengurangi orang untuk melakukannya. Potensi bahaya yang ada diantisipasi dengan menggunakan sabuk pengaman, yang meminimalkan risiko bahaya kecelakaan yang mungkin terjadi. Menggunakan sabuk pengaman tidak mencegah terjadinya kecelakaan tetapi mengurangi dampak kecelakaan bagi si pengendara. Demikian juga dengan pengurangan dampak buruk Napza, walaupun penggunaan Napza adalah perilaku berisiko, namun dalam kehidupan nyata hal tersebut ada yang tetap melakukan. Karena itu upaya dilakukan untuk mengantisipasi timbulnya dampak-dampak buruk lain terkait dengan penggunaan Napza, misalnya upaya pencegahan

penularan HIV.

Pengurangan dampak buruk Napza lebih menekankan tujuan jangka pendek daripada tujuan jangka panjang. Upaya pencegahan infeksi HIV harus dilaksanakan sesegera mungkin. Kalau hal ini tidak dilakukan, semua tujuan jangka panjang, seperti penghentian penggunaan Napza akan sia-sia belaka. Oleh karena itu pengurangan dampak buruk Napza mengacu pada prinsip:

- pertama, Penasun didorong untuk berhenti memakai Napza;
- kedua, jika Penasun bersikeras untuk tetap menggunakan Napza, maka didorong untuk berhenti menggunakan dengan cara suntik;
- ketiga, kalau tetap bersikeras menggunakan dengan cara suntik, maka didorong dan dipastikan menggunakan peralatan suntik sekali pakai atau baru;
- keempat, jika tetap terjadi penggunaan bersama peralatan jarum suntik, maka didorong dan dilatih untuk menyucikan peralatan suntik.

Jarum suntik dan peralatan yang berkaitan dengan penyuntikan yang digunakan tidak sekali pakai dan atau digunakan secara bergantian, serta perilaku penyuntikan Napza telah terbukti sebagai jalan yang sangat efektif dalam penularan HIV. Di dunia pada saat ini, dihitung secara kumulatif, diperkirakan terdapat sekitar 2-3 juta Penasun yang terinfeksi HIV. Lebih dari 110 negara telah melaporkan adanya epidemi HIV yang berkaitan dengan penggunaan Napza dengan cara suntik.

Penularan HIV dan AIDS di antara Penasun secara cepat dan potensi penyebaran ke masyarakat luas menunjukkan bahwa pengurangan dampak buruk Napza merupakan hal yang penting untuk dilakukan. Selain mengurangi risiko terinfeksi HIV, program intervensi kepada Penasun dapat memberikan informasi mengenai terapi dan rehabilitasi. Sehingga pada akhirnya Penasun tersebut dapat berhenti dari penggunaan Napza. Hal penting yang tidak

dapat dilupakan adalah program tersebut dapat menghindari risiko lainnya akibat penggunaan Napza termasuk di dalamnya infeksi Hepatitis B dan C serta kematian akibat over dosis.

Kebijakan, legislatif dan situasi lingkungan yang mendukung minimalisasi risiko Penasun menjadi dasar dari keberhasilan pengurangan dampak buruk Napza. Pendekatan pengurangan dampak buruk Napza mengakui bahwa beberapa Penasun untuk berhenti total bukan merupakan suatu pilihan yang dapat dicapai dalam waktu singkat. Untuk itu, tujuan primer pengurangan dampak buruk Napza adalah membantu Penasun menghindari konsekuensi negatif kesehatan dari penyuntikan Napza, memperbaiki tingkat kesehatan, serta upaya peningkatan kehidupan sosial dari para Penasun.

LINGKUP PROGRAM

Program pengurangan dampak buruk Napza dalam implementasi di lapangan harus diterjemahkan dalam bentuk program-program yang mendukung tujuan utama yaitu penurunan risiko penularan HIV pada kelompok Penasun. Program-program ini dikembangkan dengan pola terpadu dan holistik dengan pelayanan dan sektor-sektor lain yang sudah dan akan dikembangkan. Intervensi yang efektif harus mempunyai sifat yang menyeluruh (komprehensif), menawarkan pelayanan yang beragam dan kegiatan yang diupayakan menjawab berbagai isu terkait.

Karakteristik, situasi dan kondisi lokal adalah poin yang harus menjadi pertimbangan dalam pelaksanaan pengurangan dampak buruk Napza. Sehingga kegiatan yang dikembangkan sesuai dengan lokalitas yang dapat memenuhi kebutuhan Penasun. Berbagai data yang diperoleh dari analisa situasi awal ketika perencanaan program digunakan untuk menyusun program yang paling optimal. Untuk mendukung program di lapangan, upaya pembangunan sistem data yang memadai seiring dengan dikembangkannya pengurangan dampak buruk Napza, dapat menjadi sumber data

untuk mengembangkan dan mengevaluasi program yang sedang berjalan.

Program yang sering dilaksanakan dan menyertai pengurangan dampak buruk Napza adalah:

1. Program penjangkauan dan pendampingan
2. Program komunikasi, informasi dan edukasi
3. Program penilaian pengurangan risiko
4. Program konseling dan tes HIV sukarela
5. Program penyucihamaan
6. Program penggunaan jarum suntik steril
7. Program pemusnahan peralatan suntik bekas pakai
8. Program layanan terapi ketergantungan Napza
9. Program terapi substitusi
10. Program perawatan dan pengobatan HIV
11. Program pendidikan sebaya
12. Program layanan kesehatan dasar

Pengurangan dampak buruk Napza dengan program-program di atas memang cukup lengkap dan memerlukan kemampuan dan kapasitas pelaksana program. Walaupun program-program tersebut terkesan terpisah-pisah, namun prinsip yang harus tetap menjadi dasar adalah keterpaduan dan holistik. Oleh karena itu, keterkaitan dan koordinasi antara program menjadi penting. Lembaga yang melaksanakan pengurangan dampak buruk Napza harus memastikan prinsip keterpaduan dan holistik program.

Namun hal tersebut tidak berarti bahwa program tersebut harus dilaksanakan oleh satu lembaga yang melakukan pengurangan dampak buruk Napza. Dan tidak dapat pula dikatakan bahwa lembaga yang hanya melaksanakan satu atau beberapa program tidak melaksanakan pengurangan dampak buruk Napza. Karena program-program yang ada dapat dikembangkan atau dibangun oleh satu atau beberapa lembaga dengan tidak meninggalkan prinsip terpadu dan holistik. Oleh karena itu jejaring antar lembaga baik pemerintah maupun non-pemerintah, yang terkait permasalahan

HIV dan AIDS dan Napza sangat dibutuhkan. Sistem kerja sama dan rujukan harus dibangun untuk menciptakan keterpaduan dan keholistikan pengurangan dampak buruk Napza di suatu wilayah.

TITIK TEMU MODEL MEDIK DAN MODEL SOSIAL

Orientasi medic dalam penanganan dampak buruk narkoba difokuskan terhadap penyembuhan dan pemulihan penyakit yang diperoleh akibat perilaku penyalahgunaan obat. Sementara itu, pendekatan model social berupaya untuk melakukan rekonstruksi pengetahuan, nilai, dan norma yang dipedomani oleh komunitas pecandu dengan tujuan terciptanya perubahan perilaku yang aman yaitu tidak lagi mengkonsumsi narkoba.

Jika pelayanan medic sering bertumpu pada institusi layanan kesehatan masyarakat dan perorangan seperti puskesmas dan rumah sakit serta dokter praktek swasta, maka pelayanan social lebih banyak bergerak di lapangan atau pada arena social kemasyarakatan. Pandangan ini menggiring kita untuk memetakan masalah yang biasanya dihadapi dalam mencapai efektivitas dan efisiensi program pengurangan dampak buruk bagi pecandu.

Hal ini berarti terdapat dua entitas yang semestinya berkerja secara sinergis dalam konteks pemulihan pecandu melalui upaya pengurangan dampak buruk yaitu institusi layanan kesehatan dan institusi masyarakat yang biasanya terwakilkan oleh kelompok-kelompok social atau komunitas seperti NGO, Orsos, organisasi profesi, tokoh agama, tokoh pemuda/perempuan, dan media.

Konsekuensi praktisnya institusi layanan kesehatan merancang strategi pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan komunitas pecandu, mengingat komunitas ini memiliki karakter tersendiri yang berbeda dengan masyarakat secara umum. Potensi berkembangnya tindakan diskriminatif dalam layanan kesehatan cukup besar jika institusi layanan kesehatan tidak memiliki metode spesifik pelayanan bagi kelompok-kelompok masyarakat yang berkebutuhan khusus. Konsekuensi lainnya juga harus dilakukan

oleh kelompok masyarakat yang memfasilitasi pemulihan pecandu. Para agen-agen social ini sedapat mungkin mendorong komunitas pecandu secara dini memeriksakan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan.

Biasanya motivasi berobat yang diberikan oleh fasilitator lapangan diterapkan pada kegiatan penjangkauan dimana kelompok pecandu yang dikenal sebagai “hidden community” berada ditempat-tempat tertentu dan pada waktu tertentu pula. Kehidupan pecandu cenderung eksklusif secara social. Oleh karena itu, teknik penjangkauan dianggap sebagai strategi kunci dalam menjalin interaksi pembelajaran antara fasilitator lapangan dengan pecandu.

Analisis di atas memandu kita dalam menemukan titik temu model medic dan model social pada program pengurangan dampak buruk terhadap pecandu narkoba. Titik temu itu dapat direalisasikan melalui kerjasama yang baik antara institusi layanan kesehatan dan petugas penjangkau. Bentuk kerjasama yang boleh jadi efektif penerapannya di lapangan adalah para petugas penjangkau terintegrasi sebagai bagian yang tidak terpisahkan dengan manajemen institusi layanan kesehatan. Pola integrasi ini akan memberikan suatu pelayanan yang komprehensif dan berkesinambungan serta memiliki peluang besar dalam peningkatan cakupan layanan.

Pola layanan jenis ini dalam beberapa kasus mampu menutup ruang munculnya anggapan-anggapan terhadap program pengurangan dampak buruk sebagai program yang melegalkan penyalahgunaan narkoba karena para pecandu diberikan jarum suntik untuk penyutikan sekali pakai (disposable). Distribusi jarum suntik dari petugas penjangkau kepada pecandu menimbulkan perdebatan legal bahwa hanya petugas kesehatan yang boleh mendistribusi dan menggunakan jarum suntik oleh karena alat tersebut merupakan instrument medic yang hanya digunakan pada tindakan medis. Tentu saja perdebatan internal ini akan

memperlambat program dalam menemukan hasilnya yang konkrit. Implikasinya, pecandu akan menyuntik secara diam-diam dan menutup diri sehingga tentu saja tidak mungkin dapat dijangkau oleh fasilitas layanan kesehatan sementara mereka termasuk kelompok yang rentan dengan keterpaparan tinggi terhadap berbagai penyakit.

Dengan demikian, melalui kombinasi model ini para pecandu dapat dijangkau dan dicakup oleh pelayanan kesehatan sehingga peluang pemulihan atau kesembuhan pecandu dapat lebih cepat dengan spectrum efek yang semakin luas.

5

KONTEKS SOSIAL ASUHAN KEPERAWATAN KORBAN NARKOBA

Kontekstualisasi asuhan keperawatan korban narkoba dalam dimensi sosial diposisikan pada pemahaman yang komprehensif terhadap proses terjadinya masalah penyalahgunaan narkoba. Cukup banyak variabel-variabel yang mempengaruhi seseorang terjebak dalam ketergantungan obat. Variable yang bersifat sosiologis menjadi pijakan dasar dalam mensintesis praktek perawatan korban narkoba dengan kekuatan-kekuatan sosial yang melingkupi kehidupan sehari-hari para pecandu.

Proses terjadinya masalah penyalahgunaan dan ketergantungan zat memfokuskan pada zat yang sering disalahgunakan individu yaitu: opiat, amfetamin, canabis dan alkohol.

1) Rentang Respons Kimiawi

Perlu diingat bahwa pada rentang respons tidak semua individu yang menggunakan zat akan menjadi penyalahgunaan dan ketergantungan zat. Hanya individu yang menggunakan zat berlebihan dapat mengakibatkan penyalahgunaan dan ketergantungan zat.

Penyalahgunaan zat merujuk pada penggunaan zat secara terus menerus bahkan sampai setelah terjadi masalah. Ketergantungan zat menunjukkan kondisi yang parah dan sering dianggap sebagai penyakit. Gejala putus zat terjadi karena kebutuhan biologik terhadap obat. Toleransi berarti bahwa memerlukan peningkatan jumlah zat untuk memperoleh efek yang diharapkan (Stuart dan Sundeen, 1995; Stuart dan Laraia, 1998).

2) Perilaku

3) Faktor penyebab.

Faktor penyebab pada klien dengan penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA meliputi:

a. Faktor biologik

- Kecenderungan keluarga, terutama penyalahgunaan alkohol
- Perubahan metabolisme alkohol yang mengakibatkan respon fisiologik yang tidak nyaman

b. Faktor psikologik

- Tipe kepribadian ketergantungan
- Harga diri rendah biasanya sering berhub. dengan penganiayaan waktu masa kanak kanak
- Perilaku maladaptif yang diperlajari secara berlebihan
- Mencari kesenangan dan menghindari rasa sakit
- Sifat keluarga, termasuk tidak stabil, tidak ada contoh peran yang positif, kurang percaya diri, tidak mampu memperlakukan anak sebagai individu, dan orang tua yang adiksi

c. Faktor sosiokultural

- Ketersediaan dan penerimaan sosial terhadap pengguna obat
- Ambivalens sosial tentang penggunaan dan penyalahgunaan berbagai zat seperti tembakau, alkohol dan mariyuana

- Sikap, nilai, norma dan sanksi cultural
- Kemiskinan dengan keluarga yang tidak stabil dan keterbatasan kesempatan

Asuhan keperawatan untuk semua konteks penyakit biasanya selalu berdimensi administratif yang dituangkan dalam suatu prosedur yang disebut Standar Operasional Prosedur (SOP). SOP ini merupakan salah satu instrumen yang wajib dimiliki pada suatu institusi pelayanan kesehatan. Dengan demikian, hampir pasti sebagai suatu instrumen internal organisasi hanya menjelaskan aktivitas-aktivitas yang terjadi dalam gedung. Aktivitas yang bersentuhan langsung dengan komponen-komponen di luar sistem layanan kesehatan seperti korban dan keluarganya sangat jarang dilekatkan.

Oleh karena itu, dibutuhkan suatu perspektif sosial terhadap asuhan keperawatan agar kiranya seluruh entitas yang mempengaruhi keberhasilan keperawatan bagi korban narkoba dapat dilibatkan dalam keperawatan yang bersifat komprehensif. Uraian perspektif sosial menemukan signifikansinya dengan terlebih dahulu mengenal asuhan keperawatan secara normatif yang diberlakukan selama ini.

ASUHAN KEPERAWATAN NORMATIF

Asuhan keperawatan melalui sejumlah tahapan diantaranya,

1. Pengkajian

Prinsip pengkajian yang dilakukan dapat menggunakan format pengkajian di ruang psikiatri atau sesuai dengan pedoman yang ada di masing-masing ruangan tergantung pada kebijaksanaan rumah sakit dan format pengkajian yang tersedia. Adapun pengkajian yang dilakukan meliputi:

- a. Perilaku
- b. Faktor penyebab dan faktor pencetus
- c. Mekanisme koping yang digunakan oleh penyalahguna zat meliputi:

- penyangkalan (denial) terhadap masalah
 - rasionalisasi
 - memproyeksikan tanggung jawab terhadap perilakunya
 - mengurangi jumlah alkohol atau obat yang dipakainya
- d. Sumber-sumber koping (support system) yang digunakan oleh klien
2. Diagnosa Keperawatan
- a. Resiko tinggi kurang volume cairan dan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan: efek penggunaan obat-obatan psikoaktif.
 - b. Resiko tinggi cedera terhadap diri sendiri, janin, atau bayi baru lahir yang berhubungan dengan efek sensori obat
 - c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan gaya hidup dehidrasi dan malnutrisi metode pemberian obat/efek obat
 - d. Kurang perawatan diri, mandi, higiene yang berhubungan dengan efek zat
 - e. Penyangkalan (denial) yang berhubungan dengan kurang pemahaman tentang proses penyakit, efek obat psikoaktif pada janin yang bertumbuh dan kehamilan
 - f. Koping individu tidak efektif yang berhubungan dengan sistem pendukung yang kurang, harga diri rendah, tidak adanya mekanisme sehat untuk mengenali dan mengungkapkan kemarahan
 - g. Resiko tinggi kekerasan berhubungan dengan mempertahankan kebiasaan menggunakan obat, efek zat yang digunakan.\
3. Intervensi
- a. Dx: Resiko tinggi cedera terhadap diri sendiri, janin, atau bayi baru lahir yang berhubungan dengan efek sensori obat
Hasil yang diharapkan:

- persalinan pasien yang prematur akan disupresi intervensi:
- Memantau terapi tokolisis melalui IV
- Memantau status ibu dan janin akibat pemberian terapi
- Menganjurkan bumil untuk mengambil keputusan melakukan tirah baring, dan menjaga kebersihan
- Menyiapkan kepulangan pasien: memberi penyuluhan tentang pemberian obat oral dan cara mengenali tanda persalinan prematur, apa dan bagaimana melaporkannya: sumber orang yang dapat dihubungi saat diperlukan.

Rasional:

- Pemantauan ketat penting untuk menentukan keefektifan dan mengenali tanda dini toksisitas
- Menunjukkan penghargaan terhadap kemampuan pasien mengambil keputusan sehingga ia akan merasa lebih kuat
- Pengetahuan memberikan dasar dalam mengambil keputusan: merupakan proses yang membantu dalam mengembangkan keterampilan koping yang baru; kepercayaan perawat dapat membantu pasien dalam mengembangkan harga diri, yang bisa membantu pasien melewati sisi hidupnya yang lain.

Evaluasi:

- Persalinan prematur disupresi tanpa terjadi toksisitas
 - Pasien mampu mematuhi tirah baring
 - Pasien minum obat oral sesuai instruksi, persalinan pre term tidak terjadi.
- b. Dx: Koping individu tidak efektif yang berhubungan dengan sistem pendukung yang kurang
Hasil yang diharapkan:
- Pasien akan mengungkapkan sikap positif terhadap

dirinya

- Pasien akan meneruskan kehamilannya sampai cukup bulan tanpa menggunakan kokain

Intervensi:

- Mendorong klien untuk mengenali kekuatan dirinya
- Membantu mengembangkan strategi penyelesaian masalah
- Menggali sumber untuk mengurangi penggunaan zat

Rasional:

- Mengurangi ketergantungan pada dominasi teman sebay yang tidak tepat
- Mendorong keterlibatan klien dalam rencana perawatan dan pelaksanaan aktivitas

Evaluasi:

- Klien mampu menggunakan pernyataan positif "saya"
- Klien membantu mengembangkan rencana perawatan yang tepat untuk kelahiran aterm
- Klien hadir dalam program rehabilitasi, mendiskusikan masalah dengan perawat di klinik/ perawat kesehatan masyarakat, dan tetap bebas dari obat selama sisa masa hamilnya.

- c. Dx: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan: efek penggunaan obat-obatan psikoaktif

Hasil yang diharapkan:

- Ibu dan janin akan mempertahankan nutrisi yang adekuat

Intervensi

- Memberi si Ibu konsultasi tentang konsultasi wanita hamil dan janin
- Bersama-sama mengembangkan rencana makan yang meliputi jadwal, lingkungan, dan jenis makanan yang disukai/ tidak disukai

Rasional

- Klien kurang memahami kebutuhan nutrisi selama hamil
- Penyalahgunaan zat sering sekali lupa makan / lupa makanan kesukaannya

Evaluasi

- Status nutrisi pasien dan asupan makanannya sesuai dengan kehamilannya pada trimester ketiga
- Pasien menjalankan rencana makan dan memasukan makanan kesukaan dalam pilihan makanan.

Perspektif Sosial Perawatan Korban Narkoba

Modifikasi asuhan keperawatan menurut perspektif sosial melibatkan 4 (empat) komponen penting yaitu individu, keluarga, masyarakat, dan organisasi sosial kemasyarakatan. Komponen-komponen ini sedapat mungkin mengembangkan norma bersama dalam mendukung pemulihan pecandu narkoba terhadap ketergantungan yang sudah dialaminya.

Penekanan yang diutamakan pada komponen individu adalah dimensi habitus, pengetahuan, sikap, dan tindakannya dalam merespon intervensi perawatan yang diberikan. Ketika dimensi-dimensi individual tersebut konsonan dengan tujuan keperawatan, maka akan muncul motivasi pecandu sebagai kekuatan utama pemulihan.

Adaptasi prosedur keperawatan terhadap komponen ini adalah pada semua tahapan perawatan sedapat mungkin mengutamakan karakteristik individual sebagai pertimbangan utama keputusan tindakan-tindakan keperawatan selanjutnya. Biasanya pengenalan terhadap kebutuhan dan karakteristik individual dimulai pada saat pengkajian sebagai tahapan pertama asuhan keperawatan. Seorang perawat memahami betul situasi sosio-psikologis pecandu diantaranya alasan-alasan yang melatarbelakangi seseorang menyalahgunakan obat, latar belakang kehidupan keluarga,

kecenderungan emosi yang dimiliki, persepsi, dan keyakinannya.

Banyak kasus yang menjelaskan bahwa umumnya keberhasilan keperawatan pecandu dalam proses rehabilitasi sangat ditentukan oleh motivasi kuat yang dimiliki oleh pecandu. Nalar ini memberikan konsekuensi logis bahwa seorang perawat harus berhasil memetakan variabel-variabel yang berkaitan dengan dorongan motivasional dan secara kuat mampu menciptakan timbulnya motivasi kuat bagi pecandu untuk sembuh.

Komponen sosial yang kedua adalah peran dan tanggungjawab keluarga. Dominasi aktivitas keperawatan oleh tenaga perawat di institusi sedapat mungkin dihindari melalui pengembangan relasi-relasi berkelanjutan dengan pihak keluarga korban pecandu. Secara ideal, keluarga diposisikan sebagai salah satu perangkat penyembuhan. Kerangka pemikiran ini berimplikasi kepada pelibatan pihak keluarga dalam setiap tahapan asuhan keperawatan mulai dari tahap pengkajian, diagnosa, tindakan keperawatan, dan evaluasi.

Peranan keluarga bisa sebagai informan utama dalam memberikan informasi terkait situasi sosio-psikologis korban dalam tahap pengkajian, keluarga memahami dengan baik diagnosa keperawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi penyakit yang diderita, dan pada tahap intervensi, keluarga bisa mengambil peran-peran tertentu dalam membantu perawat khususnya pada tingkatan keperawatan rumah (home base care). Tak kalah pentingnya peranan keluarga pada tahapan evaluasi keperawatan dengan meminta informasi-informasi yang bermakna berkaitan dengan perilaku pecandu selama perawatan berlangsung. Informasi ini akan menuntun seorang perawat untuk memodifikasi pendekatannya.

Komponen sosial yang ketiga yaitu pelibatan masyarakat dan organisasi sosial lebih berperan sebagai faktor penguat keberhasilan keperawatan bagi pecandu. Esensi proses keperawatan adalah pecandu mengalami kepulihan dari ketergantungan obat. Kondisi kepulihan dari ketergantungan obat sangat dipengaruhi oleh situasi

atau lingkungan sosial dimana pecandu berada. Saat pecandu berada dalam lingkungan sosial yang kondusif, biasanya pecandu mengalami kemajuan pemulihan secara cepat. Sebaliknya, jika mereka berada dalam lingkungan yang tidak kondusif, para pecandu lebih gampang mengalami re-laps/kekambuhan.

Pembentukan lingkungan yang kondusif bisa dilakukan melalui proses edukasi secara terus menerus agar masyarakat memahami dengan baik tentang proses ketergantungan obat dan kemungkinan penyembuhannya. Edukasi sosial ini sangat dibutuhkan mengingat fakta-fakta sosial memperlihatkan realitas di mana masyarakat masih mempercayai mitos-mitos yang berkembang seputar penyalahgunaan. Ujungnya adalah sikap masyarakat yang mendiskreditkan korban karena akumulasi pengetahuan yang diyakini adalah pecandu merupakan penyakit sosial. Tentu saja ini menjadi beban tersendiri bagi pecandu untuk berjuang menuju penyembuhannya.

6

MENGENAL PENATALAKSANAAN PELAYANAN TERAPI RUMAHAN METADON

Pemberian metadon kepada pecandu yang mengikuti program layanan di puskesmas dan rumah sakit dimaksudkan sebagai tindakan detoksifikasi untuk mengurangi kadar racun dalam tubuh dengan penyerapan, distribusi, biotransformasi dan ekskresi molekul toksin.

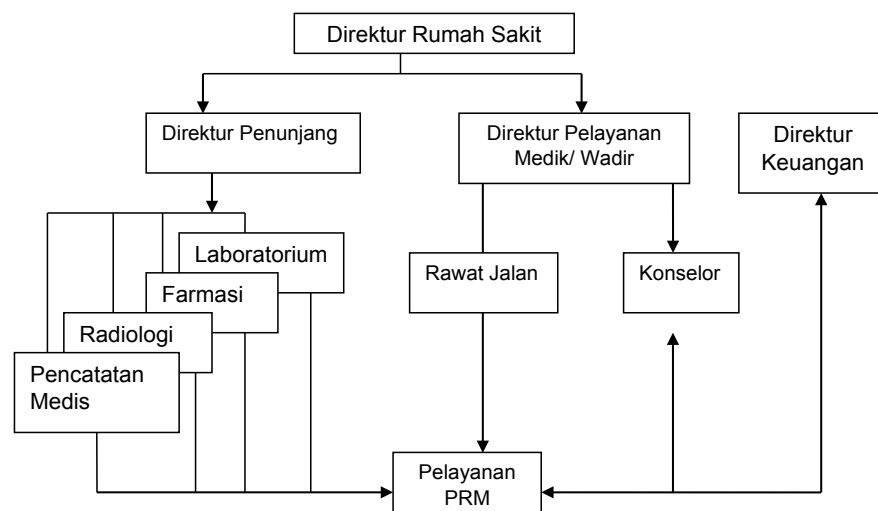
Pemakaian obat yang lama oleh pengguna narkoba mengakibatkan penimbunan molekul racun dalam tubuh. Proses ini kemudian memicu pembentukan pola dalam otak sehingga dalam waktu yang cukup lama membentuk skema yang disebut habitus. Inilah yang menjelaskan seorang penyalahguna narkoba mengalami peristiwa *sakau* yaitu suatu keinginan yang sangat untuk mengonsumsi obat dengan perasaan sakit yang sungguh luar biasa.

Pelayanan ini sudah diberikan kepada penyalahguna narkoba, namun ditemukan beberapa fakta berkaitan dengan efektivitasnya yang relative rendah dalam memulihkan perilaku pecandu diantaranya adalah rendahnya cakupan, motivasi yang rendah

dikalangan pecandu untuk sembuh, kepatuhan mengikuti aturan medic, intensitas pendampingan yang relative rendah. Dengan demikian dibutuhkan informasi yang memadai berkaitan dengan *performance* pelayanan terapi metadon ini untuk meminimalkan hambatan, sehingga efek perubahan perilaku yang diharapkan dapat dicapai pada skala yang maksimal.

PENGORGANISASIAN

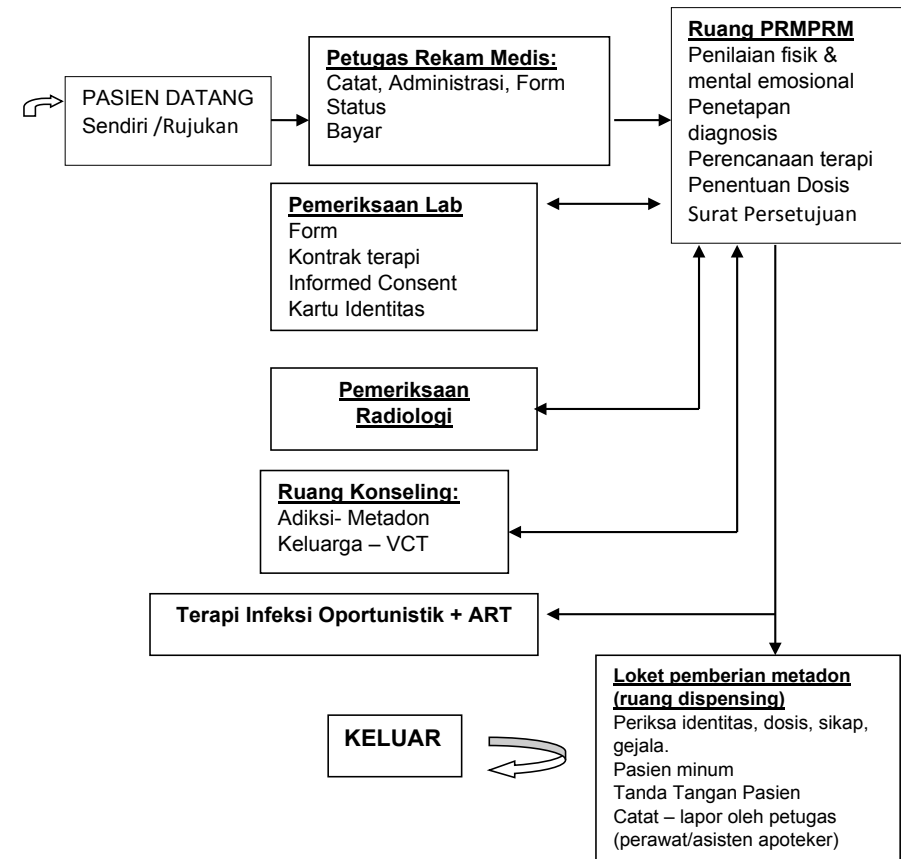
Pelayanan metadon memerlukan kesungguhan pengawasan karena sifat terapinya yang membuat kepatuhan penyedia jasa layanan dan pasien pada ketentuan terapi harus dijalankan sesuai program berdasarkan pedoman dan SOP. Layanan tersebut dipimpin oleh seorang yang mampu menyelaraskan kebutuhan terapi dengan perkembangan fisik, psikologik, sosial dan lingkungan pasien maupun perkembangan teknologi serta prosedur penyediaan sarana, prasarana, alat dan obat untuk kelanjutan program. Gambaran pengorganisasian adalah sebagai berikut:



Gambar Skema Pengorganisasian Program terapi metadon

Struktur organisasi:

1. Pimpinan PTRM adalah seorang dokter umum sekaligus sebagai penanggung jawab
2. Penanggung jawab perencanaan dan pelaporan obat adalah instalasi farmasi



Gambar Alur Layanan Pasien/Klien

HARI DAN JAM KERJA PELAYANAN PTRM

Pelayanan PTRM buka setiap hari, tujuh hari dalam seminggu, dengan jam kerja sepanjang mungkin, bergantung pada kemampuan masing-masing PTRM. Pada bulan puasa jam kerja

harus disesuaikan. Meski demikian, penerimaan pasien baru hanya pada hari kerja dan jam kerja resmi.

KRITERIA KEBERHASILAN PTRM

Kriteria keberhasilan program terapi metadon adalah:

1. Jumlah pasien yang *drop-out* pada tahun pertama kurang dari 45%.
2. Jumlah hasil tes air seni sewaktu-waktu terhadap opiat yang menunjukkan hasil positif kurang dari atau sama dengan 30%.
3. Jumlah pasien yang bekerja, sekolah, atau mempunyai kegiatan yang tetap lebih dari 30%.
4. Kondisi kesehatan pasien yang lebih baik menurut hasil pemeriksaan medis dokter PTRM.

MENGAMANKAN KETERSEDIAAN METADON DI PTRM

Penyerahan metadon dari perusahaan farmasi kepada rumah sakit pemberi layanan metadon harus dinyatakan oleh surat resmi, yang menjelaskan jumlah botol, jumlah volume, dan konsentrasi metadon cair (10mg/ml) dalam setiap botol.

Penyerahan metadon dari petugas gudang penyimpanan metadon kepada petugas di PTRM harus dinyatakan dengan dokumen tertulis dan ditanda tangani oleh kedua pihak. Botol harus terisi sebanyak yang tercantum pada label. Setelah PTRM tutup pada sore hari, prosedur yang sebaliknya, pengembalian sisa metadon yang digunakan kepada gudang penyimpanan, harus dinyatakan secara tertulis pula.

Untuk menjaga supaya ketersediaan metadon di PTRM terjamin, maka harus selalu tersedia jatah metadon untuk sedikitnya 2 bulan.

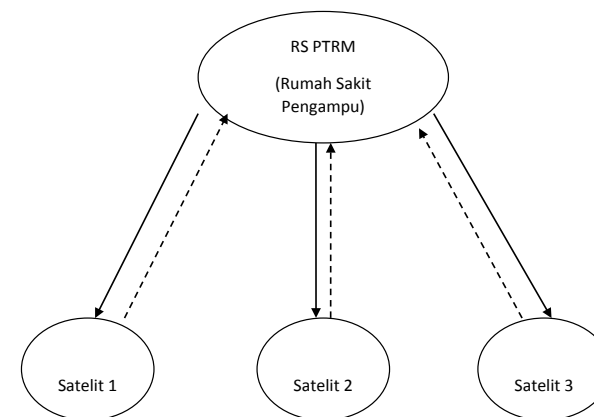
Transportasi metadon dari depot farmasi ke PTRM harus dalam botol-botol yang tersegel dan harus dibawa oleh kendaraan institusi. Selain pengemudi yang membawa kendaraan tersebut, harus pula dua orang lain untuk menemani.

SATELIT PTRM

Satelit PTRM adalah unit layanan terapi rumatan metadon yang disediakan di wilayah lokal dimana prevalensi HIV dan AIDS dan IDU memiliki peningkatan signifikan (*hot spot area*). Satelit PTRM harus memenuhi kriteria sebagai penyedia layanan kesehatan. Satelit PTRM adalah sarana pelayanan kesehatan, misalnya Rumah Sakit, PUSKESMAS, dan unit kesehatan Lembaga Pemasyarakatan (LAPAS) khusus untuk penanganan kasus narapidana narkotika. Rumah Sakit yang merupakan rujukan untuk terapi metadon merupakan pengampu bagi satelit PTRM, serta memiliki tanggung-jawab untuk pendampingan klinis pemberian pelayanan terapi metadon di satelit. Satelit berfungsi menyediakan layanan PTRM secara langsung sesuai pedoman dan SOP yang berlaku, dan melanjutkan terapi yang diberikan oleh RS Rujukan PTRM.

Satelit dapat melakukan rujukan ke RS Rujukan PTRM. Selain itu satelit berguna untuk menjangkau IDU secara lebih luas di wilayah kerjanya.

Berikut skema kemitraan antara RS PTRM dan Satelit:



Keterangan:

↓ = Fungsi pendampingan untuk mempersiapkan layanan PTRM secara

menyeluruh dan distribusi metadon sesuai kebutuhan masing-masing satelit, serta melakukan MONEV teknis.

↑ = Menyampaikan pelaporan rutin dan permintaan sediaan sirup metadon. Menyampaikan rujukan untuk penanganan terapi lanjutan dan dosis awal sesuai kebutuhan pasien yang bersangkutan.

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Kartu Identitas Khusus

Kartu identitas khusus harus tersedia bagi semua pasien dan harus diperlihatkan kepada petugas yang sedang bertugas di loket metadon. (Lihat formulir I).

Surat Persetujuan

Sebelum diterima dalam PTRM, pasien harus menandatangani surat persetujuan dengan disaksikan dan ditandatangani oleh orangtua atau wali (lihat formulir III).

Lembar Evaluasi Klinis.

Dokter/psikiater yang bertugas harus mengisi lembar evaluasi klinis pada saat penerimaan awal dan pada setiap konseling selama pasien masih tetap mengikuti program PTRM. Lembar evaluasi klinis akan ditempelkan pada buku rekam medis dan disimpan di PTRM. (Lihat Formulir IV).

Lembar Evaluasi Psikologi dan Psikososial

Psikolog dan petugas evaluasi psikososial mengisi lembar yang tersedia untuk laporan dimaksud.

Formulir Registrasi

Setiap pasien dibuatkan kartu registrasi metadon, di mana tertulis tanggal, dosis, dan tanda tangan pasien sesudah menerima dosis. Nama setiap pasien harus tertulis pada formulir registrasi untuk setiap pasien. (Lihat formulir II).

Laporan Harian

Laporan harian pasien sesuai dengan prosedur pencatatan re-

kam medis rumah sakit. Untuk formulir yang dibutuhkan pada pelayanan PTRM harus disertai status pasien.

Laporan harian penggunaan metadon dilakukan dalam buku log atau catatan oleh perawat yang bertugas. Laporan harian tersebut disampaikan kepada penanggung jawab PTRM dan apoteker/asisten apoteker penanggung jawab sediaan metadon.

Permintaan metadon kepada apoteker/asisten apoteker penanggung jawab sediaan metadon dilakukan setiap hari untuk digunakan dalam layanan kepada klien. Pengembalian dosis sisa harian dilakukan setiap hari setelah usai layanan metadon, oleh petugas pemberi pelayanan uji coba metadon dan diketahui penanggung jawab PTRM.

Laporan Bulanan.

Laporan bulanan disusun tiap bulan. Laporan harian dikompilasi untuk kemudian dibuat laporan bulanan sesuai formulir laporan bulanan seperti terlampir (Formulir VI).

Laporan bulanan dikirimkan kepada Departemen Kesehatan cq Direktorat Pelayanan Medik dan Gigi Spesialistik dan tembusannya kepada Dirjen Pelayanan Farmasi, Badan Pengawasan Obat dan Makanan (Badan POM), Dinas Kesehatan setempat, Penanggung Jawab Narkotika PT Kimia Farma.

Laporan kasus tidak menyebutkan identitas klien, sehingga konfidensialitas tetap terjaga.

Laporan Enam Bulanan

Laporan enam bulanan dikirimkan kepada Departemen Kesehatan cq Direktorat Pelayanan Medik dan Gigi Spesialistik dan tembusannya kepada Dirjen Pelayanan Farmasi, Badan Pengawasan Obat dan Makanan (Badan POM), Dinas Kesehatan setempat, Penanggung Jawab Narkotika PT Kimia Farma.

Laporan kasus tidak menyebutkan identitas klien, sehingga konfidensialitas tetap terjaga.

Laporan Tahunan

Laporan tahunan dikirimkan kepada Departemen Kesehatan cq Direktorat Pelayanan Medik dan Gigi Spesialistik dan tembusannya kepada Dirjen Pelayanan Farmasi, Badan Pengawasan Obat dan Makanan (Badan POM), Dinas Kesehatan setempat, Penanggung Jawab Narkotika PT Kimia Farma.

Laporan kasus tidak menyebutkan identitas klien, sehingga konfidensialitas tetap terjaga.

POPULASI KHUSUS

Keadaan adiksi juga dialami oleh mereka yang mengalami gangguan jiwa atau psikiatrik lainnya, ibu hamil dan janin yang dikandungnya, anak-anak dan remaja, gangguan penggunaan napza multipel, pasien dengan keluhan nyeri, para pasien pasca pembinaan oleh lembaga masyarakat, profesi kesehatan yang adiksi terhadap opioda, mereka yang bepergian serta pengguna napza dengan HIV dan AIDS. Kelompok khusus tersebut membutuhkan penanganan yang disertai pertimbangan tim yang terdiri dari dokter, psikiater, psikolog, dan pekerja sosial di tempat layanan. Kelompok khusus dimaksud, yaitu :

Pasien Dengan HIV dan AIDS

Pasien dengan Diagnosis Ganda

Pasien Hamil dan Neonatus

Pasien Geriatri

Gangguan Penggunaan Napza Tipe Multiple

Pasien dengan Keluhan Nyeri

Klien Pasca Lapas

Profesi Kesehatan yang Adiksi Opioid

Pasien yang Berpergian

a. Pasien dengan HIV dan AIDS

Pasien dengan HIV dan AIDS yang memerlukan terapi

metadon, mengikuti prosedur terapi metadon sebagaimana lazimnya. Ketika diperlukan terapi untuk infeksi oportunistik dan atau terapi antiretroviral, maka diperlukan pertimbangan dokter ahli lainnya sesuai dengan penyakit yang dideritanya. Dalam hal tidak ada dokter ahli, maka dokter umum terlatih dalam bidang terapi HIV dan AIDS dan terapi oportunistiknya dapat mengambil tindakan.

b. Pasien dengan Diagnosis Ganda

Pasien dengan diagnosis ganda psikiatrik, memerlukan terapi psikiatrik untuk gangguan psikiatriknya sampai kondisinya stabil secara mental emosional. Tujuannya agar pasien dapat patuh menjalankan terapi metadon.

c. Pasien Hamil dan Neonatus

Perempuan hamil yang memerlukan terapi metadon perlu pengawasan bersama dokter ahli kebidanan. Dalam hal tak ada dokter ahli kebidanan maka dokter terlatih dan bidan terlatih dapat melakukan perawatan bersama dengan tim terapi metadon. Perempuan hamil yang ketergantungan opioid berisiko tinggi akan komplikasi sebagai akibat dari:

1. *antenatal care* yang tidak adekuat
2. gaya hidup: merokok, nutrisi buruk, stres tinggi dan deprivasi
3. berulang intoksikasi dan mengalami putus zat sehingga membuat kemungkinan terjadinya abortus

Dengan menggunakan terapi metadon, kondisi perempuan hamil lebih stabil secara mental emosional, dapat diatur gaya hidup lebih sehat, dapat lebih didorong untuk pemeriksaan *antenatal care*.

Bagi wanita hamil, perlu pemantauan ketat terhadap ibu dan janinnya. Dalam hal tersebut juga diperlukan pengurangan dosis sebesar 2,5-5 mg setiap minggu.

Bayi yang baru dilahirkan dari ibu pengguna metadon perlu

mendapat pengawasan bersama dokter anak. Dalam hal tak ada dokter anak, maka dokter terlatih dapat melakukannya. Risiko yang mungkin dihadapi oleh bayi baru lahir dari ibu dengan terapi rumatan metadon adalah bayi dengan gejala putus zat.

Gejala putus zat pada bayi adalah

1. Iritabilitas meningkat termasuk karena rangsang suara
2. Gangguan tidur
3. Bersin
4. Menghisap tangannya
5. Menghisap tak efektif
6. Menangis merintih
7. Berak cair
8. Hiperaktif
9. Berat badan sulit naik
10. Tak nyaman dengan cahaya terang
11. Gemetar
12. Pernafasan cepat
13. Menguap, muntah, lendir banyak
14. Jarang kejang

Gejala putus zat biasanya dimulai pada 48 jam setelah lahir dan dapat tertunda sampai 7-14 hari. Terapi yang diberikan bermaksud mengurangi semua gejala di atas dengan cara:

1. mendekap bayi, menyelimutinya
2. hidung dan mulut bersihkan dari kotoran dan lendir
3. berikan dot 'empeng' untuk mengurangi rangsang menghisap

Bagi bayi dengan putus zat berat dapat diberikan opioid:

1. oral morfin 2 mg/ml atau
2. cairan tinctura opii 0.4 mg/ml atau
3. metadon

d. Pasien Geriatri

Pasien geriatri seringkali memerlukan bantuan orang dekat yang

merawatnya untuk mendapatkan terapi metadon, terutama bila terjadi dimensia. Dosis diberikan dengan pengawasan 'pengasuhnya', amati tanda overdosis dan putus zat.

e. Gangguan Penggunaan Napza Tipe Multipel

Pengguna opioid seringkali menggunakan zat secara multipel:

1. satu dari lima pasien yang meminta pertolongan terapi metadon di Malaysia adalah mereka yang ketergantungan opioid
2. 5 % dari pengguna juga ketergantungan alkohol
3. Pengguna opioid seringkali juga menggunakan benzodiazepin atau alkohol dengan takaran mengganggu kesehatan

Tanda pasien berisiko tinggi pengguna zat multipel adalah

1. sering intoksikasi atau putus zat benzodiazepin dan atau alkohol
2. secara teratur menggunakan obat lain diatas dosis terapeutik rata-rata orang biasa

Skrining urin dapat dilakukan sesuai kebutuhan untuk mengantisipasi kelebihan atau kekurangan dosis karena interaksi obat. Rujukan ke spesialis diperlukan terutama jika menggunakan zat sedatif.

f. Pasien dengan Keluhan Nyeri

Pasien dengan keluhan nyeri karena berbagai kondisi medis lainnya memerlukan analgetika seperti pasien lainnya yang bukan pengguna metadon. Rasa nyeri dapat dibantu dengan nonopioid analgetik atau tramadol. Dapat diberikan peningkatan dosis metadon untuk membantu mengatasi nyeri. Amati tanda putus zat sebagai tanda kurang memadainya dosis metadon. Agonis parsial seperti buprenorfin harus dihindari karena akan mempresipitasi gejala putus zat.

g. Klien Pasca Lapas

Klien pasca bebas dari Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dirujuk pada tempat layanan metadon terdekat dengan tempat tinggal atau tempat aktivitas barunya. Bila tidak dijumpai tempat layanan metadon yang dapat dijangkau, alihkan pada terapi substitusi buprenorfin dekat tempat tinggal atau tempat aktivitasnya. Pengalihan metadon ke buprenorfin dilakukan dalam jangka waktu tertentu, seperti yang tertera pada tabel 2.

h. Profesi Kesehatan yang Adiksi Opioid

Pada dasarnya profesi kesehatan yang adiksi opioid mendapatkan terapi yang sama dengan pasien lainnya. Guna menghindari penggunaan yang salah, maka ia mendapat pengawasan yang lebih cermat dari tanda klinis dan bila perlu didukung oleh pemeriksaan penunjang.

i. Pasien yang Bepergian

Bagi pasien yang bepergian ke tempat yang tersedia pelayanan metadon, maka ia akan dirujuk ke pelayanan metadon di tempat yang dituju. Pasien membawa surat pengantar dari klinik sebelumnya. Dokter dari klinik sebelumnya menghubungi dokter di klinik yang dituju. Bila tidak terdapat pelayanan metadon, maka pasien dipersiapkan untuk mendapatkan terapi buprenorfin dan kemudian dirujuk ke pelayanan buprenorfin setempat. Dokter di klinik sebelumnya hendaklah menghubungi dokter di klinik yang dituju.

DUKUNGAN SOSIAL TERAPI METADON

Dukungan sosial merupakan pola interaksi antara individu dengan hasil yang memuaskan. Ada beberapa cara pemberian dukungan social bagi pasien PTRM diantaranya memberikan perhatian secara emosional dengan cara menunjukkan kesukaan, cinta, atau empati yang dapat mendukung. Kedua, bantuan sebagai penolong, contohnya dengan menyediakan barang atau jasa pelayanan selama masa stress, dapat menjadi salah satu dari

tindakan dukungan sosial. Ketiga adalah dengan menyediakan informasi mengenai situasi yang dapat membantu mengatasi stress khususnya meminimalkan gejala stressor akibat mengikuti program PTRM. Dan keempat atau yang terakhir, informasi dapat mendukung ketika hal tersebut relevan dengan penilaian diri, dalam hal ini adalah evaluasi diri.

Dalam konteks penyalahgunaan narkoba, dukungan social yang diberikan mempunyai efek terhadap penilaian diri seorang pecandu dikalangan orang lain. Ia merasa dicintai atau mendapatkan perhatian melalui dukungan emosional. Perasaan ini tentu membuat seorang pecandu mengalami perasaan penerimaan diri yang berujung pada peningkatan kepercayaan diri. Tentu saja pengobatan yang sedang mereka lakukan menemukan manfaatnya oleh karena yang bersangkutan tidak mengalami stress yang dalam banyak kasus menghambat efektivitas mekanisme obat dalam tubuh.

Efek dukungan social lainnya adalah bertambah luasnya jaringan social penyalahguna narkoba dimana jaringan tersebut dalam beberapa hal dapat membantu penyelesaian masalah yang sedang dihadapi. Jika dukungan social melemah, biasanya jaringan social yang ada justru menjadi penyebab ketergantungan. Pembentukan dukungan social yang positif terhadap penyembuhan merupakan rekonstruksi social yang sangat dibutuhkan supaya para penyalahguna yang mengikuti terapi metadon mendapatkan lingkungan yang kondusif.

Dalam konsep dukungan social untuk kesehatan, dikenal hipotesis penyangga dukungan social dan hipotesis efek langsung.

Menurut hipotesis penyangga dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dengan melindungi orang itu terhadap efek negatif dari stress yang berat. Fungsi yang bersifat melindungi ini hanya atau terutama efektif kalau orang itu menjumpai stress yang kuat. Di dalam keadaan stress rendah, terjadi sedikit atau tidak ada penyanggan, penyangga bekerja paling sedikit dengan dua cara.

Orang-orang dengan dukungan sosial tinggi mungkin akan kurang menilai situasi penuh stress (mereka akan tahu bahwa mungkin akan ada seseorang yang dapat membantu mereka). Orang-orang dengan dukungan sosial tinggi akan mengubah respon mereka terhadap sumber stress (contohnya pergi ke seorang teman untuk membicarakan masalahnya).

Sedangkan menurut hipotesis efek langsung berpendapat bahwa dukungan sosial itu bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan, tidak peduli berapa banyaknya stress yang dialami orang-orang. Menurut hipotesis ini, efek dukungan sosial yang positif sebanding di bawah intensitas-intensitas stress tinggi dan rendah. Contohnya orang-orang dengan dukungan sosial tinggi, dapat memiliki penghargaan diri yang lebih tinggi, yang membuat mereka tidak begitu mudah diserang stress.

Dalam PTRM sendiri, diharapkan para pasien yang menjalankan PTRM tersebut akan mengalami sebuah peningkatan kualitas di dalam hidup mereka. Seperti pasien yang semula berhenti kuliah atau kerja karena mengkonsumsi narkoba, bisa kembali beraktivitas sebagaimana biasa setelah menjalankan terapi PTRM ini. Akan tetapi, untuk menjamin keberhasilan dari PTRM ini, dibutuhkan adanya kepatuhan dari pihak pasien untuk mengkonsumsi metadon dan datang tepat waktu ke klinik metadon atau PTRM yang ada di Rumah Sakit atau Puskesmas. Oleh sebab itu, dukungan sosial yang berasal dari pihak keluarga dari pasien, teman/lingkungan yang dekat dengan pasien, serta pihak Rumah Sakit juga diperlukan untuk mendukung pasien tersebut agar mematuhi tata tertib PTRM yang telah ditetapkan sehingga pasien dapat menjalani terapi PTRM secara teratur dan tidak *drop out* dari program tersebut, dan diharapkan juga akan terjadi perubahan di dalam kualitas hidup dari pasien tersebut menjadi lebih baik selama ia mengikuti PTRM tersebut.

7

KERANGKA PENDEKATAN BIOPSIKOSOSIAL

A. KERANGKA PENDEKATAN BIOPSIKOSOSIAL

Setiap orang mempunyai permasalahan dan kebutuhan dalam hidupnya, terlepas dari apakah dia Odha (Orang Dengan HIV dan AIDS) atau bukan. Ada beberapa pendekatan yang digunakan dalam menangani masalah, salah satunya adalah pendekatan manajemen Kasus melalui kerangka pendekatan Biopsikososial.

Biopsikososial adalah nama kerangka pendekatan yang digunakan dalam pekerjaan sosial. Kerangka ini menentukan segala fungsi sebagai interaksi antara faktor psikis, psikologis dan sosial (manusia dengan lingkungannya). Dalam menggunakan kerangka ini, maka manajer kasus akan dibantu untuk lebih melihat penyebab-penyebab masalah dari aspek fisik, psikologis dan sosial. Membantu menyelesaikan masalah mungkin akan membutuhkan perubahan dalam ketiga aspek tersebut atau mengubah satu aspek akan membantu perubahan aspek lainnya.

Contoh:

BIO dapat berupa:

- penyakit fisik
- keadaan kesehatan yang terganggu

PSIKO dapat berupa:

- ketakutan seseorang terhadap penyakit

- pengalaman sakit yang pernah dialami dan terus terngiang dalam memorinya (memori adalah bagian dari psiko)
- kekuatan-kekuatan berfikir rasional, rasa percaya diri
- kemampuan melayani orang lain
- perasaan-perasaan seperti sedih, depresi, dsb

SOSIAL adalah lingkungan seperti:

- staf perawatan
- rumah sakit
- dukungan anggota keluarga
- kemampuan keuangan membayar biaya pengobatan
- gangguan dalam pekerjaan, sekolah, dsb

B. PRINSIP-PRINSIP TENTANG KEKUATAN INDIVIDU DALAM MENGATASI MASALAH

Dalam bekerja dengan orang yang mengalami masalah, maka penting untuk melakukan pendekatan dengan pemikiran bahwa setiap orang mempunyai kekuatan. Sementara kita berupaya untuk mempelajari permasalahan yang tengah dialaminya, maka kita perlu juga mengetahui apa kekuatan yang dimilikinya yang dapat digunakan dalam memecahkan masalahnya. Dengan mempelajari kekuatan-kekuatan orang tersebut, anda membantu klien untuk melihatnya bukan sebagai orang yang bermasalah semata-mata, tetapi lebih sebagai suatu kesatuan yang utuh.

Prinsip-prinsip kekuatan

1. permasalahan adalah tantangan dan sumberdaya untuk berkembang dan berubah
2. memberdayakan orang lain menemukan sumberdaya dari dalam dan sekitar dirinya
3. proses perubahan lebih luas dari sekedar relasi antar individu, artinya ada upaya secara bersama-sama membangun kelompok atau lingkungan di sekitar individu itu sendiri
4. kemampuan untuk menghadapi situasi, pengetahuan,

pandangan dan kebijakan yang berkembang dan berlangsung secara terus menerus. Individu dibekali dengan kemampuan mempertahankan atau menstabilisasi usaha perubahan yang telah dilakukan agar dia mampu menghadapi permasalahan baru yang mungkin akan timbul

5. kembangkan komunitas yang peduli, berikan pada setiap orang tempat sesuai dengan keunikannya masing-masing

C. HARAPAN DAN KETIDAKNYAMANAN KLIEN MENGHADAPI PERTEMUAN DENGAN PETUGAS

Bagaimana perasaan klien berbicara dengan anda?

KETIDAKNYAMANAN	HARAPAN
Malu Merasa ditolak Tidak paham tujuan anda Terganggu	Dimengerti Diterima Percaya Lega

Apa yang diharapkan akan terjadi setelah berbicara dengan anda?

KETIDAKNYAMANAN	HARAPAN
Orang lain akan tahu Orang lain akan berpandangan negatif Akan terpaksa melakukan perubahan	Akan mendapat bantuan Akan memperoleh dukungan Akan mempunyai waktu mengambil keputusan

Apa yang dirasakan klien bertemu dengan anda sebagai petugas?

KETIDAKNYAMANAN	HARAPAN
Gosip dan tidak percaya akan kerahasiaan Sendiri Istimewa	Nyaman Bagian komunitas Normal

Apa yang dikhawatirkan klien tentang memperoleh bantuan lebih lanjut?

Biaya
Makan waktu
Stigma
Tidak akan bermanfaat
Kepercayaan bahwa perubahan tidak mungkin akan terjadi
Khawatir mereka tidak berdaya
Menganggap menerima bantuan sebagai suatu tanda kelemahan
Takut kehilangan posisi dan sumber-sumber

Apa yang akan menciptakan harapan dalam diri klien?

Merasa dapat lebih mengendalikan hidupnya
Kepercayaan bahwa perubahan dapat terjadi
Kepercayaan tujuan dapat dicapai
Merasa bahwa masalahnya ternyata tidak sesulit yang dia pikirkan
Mengetahui bahwa ada langkah-langkah yang harus dilalui
Mengetahui bahwa ada sumber-sumber daya
Mengetahui ada yang peduli

8

PERAWATAN HIV DAN AIDS MENYELURUH BERKESINAMBUNGAN

(Comprehensive Continuum of Care)

Tulisan ini membahas tentang definisi operasional dari perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan dan penjelasan tentang komponen-komponen perawatan HIV dan memberikan pedoman dalam pengembangan kebijakan dan strategi serta mengedepankan pembahasan mengenai keseluruhan spektrum perawatan yang dibutuhkan oleh ODHA, keluarganya dan petugas kesehatan. Tulisan ini juga dimaksudkan sebagai sumber informasi mengenai bagaimana menerapkan suatu program perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan.

Perawatan dan dukungan menyeluruh dan efektif bagi ODHA telah terlupakan dalam waktu yang cukup lama. Beberapa tahun yang lalu, banyak pemerintah negara dan lembaga donor memilih mendukung program HIV dan AIDS yang berfokus pada pencegahan semata-mata, yang dituntun oleh keyakinan bahwa pencegahan infeksi HIV akan menghindarkan diperlukannya perawatan dan dukungan, juga menghindarkan pengeluaran biaya tinggi yang

harus disediakan bagi perawatan dan dukungan tersebut.

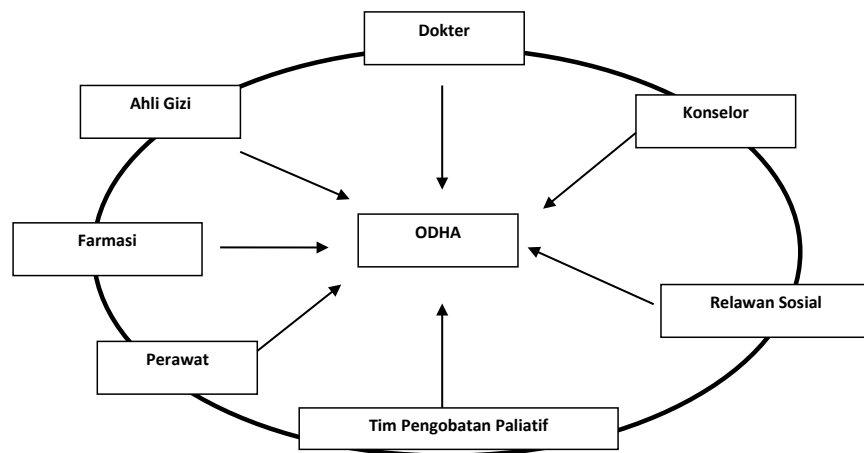
Meskipun begitu, telah ada sejumlah contoh proyek inovatif berbasis komunitas yang berespon terhadap kebutuhan awal pemberian perawatan dan dukungan dalam menghadapi pandemik HIV dan AIDS dengan menghubungkannya pada aspek pengobatan dan dukungan sosial yang menyediakan pengobatan medis bagi infeksi oportunistik, konseling, perawatan paliatif, dan dukungan pada mereka yang tidak mampu dan anak yatim piatu akibat salah satu atau kedua orang tuanya meninggal karena HIV dan AIDS.

PENGERTIAN DAN KOMPONEN PERAWATAN HIV DAN AIDS MENYELURUH BERKESINAMBUNGAN

Perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan adalah suatu konsep perawatan yang menyeluruh membentuk suatu jejaring kerja di antara semua sumber daya yang ada dalam rangka memberikan pelayanan dan perawatan holistik, menyeluruh dan dukungan yang luas bagi ODHA dan keluarganya. Perawatan menyeluruh tersebut meliputi pula perawatan di rumah sakit dan di rumah selama perjalanan penyakit. Sebelum diputuskan untuk memberikan perawatan menyeluruh berkesinambungan perlu dipertimbangkan beberapa hal antara lain sumber daya yang memadai yaitu dukungan dana, bahan dan alat, sumber daya manusia, baik dari pihak pemerintah maupun dari masyarakat serta jalinan kerjasama yang baik di antara mereka. Konsep mata rantai perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan di bangun atas dasar pelayanan perawatan HIV dan AIDS dalam kerja sama tim dan harus meliputi beberapa aspek sebagai berikut:

- Konseling dan Tes HIV Sukarela (*Voluntary Counseling and Testing/VCT*) adalah titik awal pelayanan dan perawatan yang berkesinambungan dan merupakan tempat bagi ODHA untuk datang bertanya, belajar, dan menerima status HIV seseorang dengan privasi yang terjaga, mampu menjangkau dan menerapkan perawatan dan upaya pencegahan yang efektif.

- Tatalaksana klinis infeksi oportunistik dengan diagnosis dini yang memadai, pengobatan yang rasional, pemulangan yang terencana, dan kemampuan untuk melakukan rujukan ke penyelenggara pelayanan yang lain.
- Asuhan keperawatan yang mampu memberikan kenyamanan pada pasien dan higienis, mampu mengendalikan infeksi dengan baik, memberikan perawatan paliatif dan menangani kasus terminal, melatih dan mendidik keluarga tentang perawatan di rumah dan pencegahan penularan serta melakukan promosi pemakaian kondom.
- Perawatan di Rumah dan di Masyarakat termasuk di antaranya melatih relawan dan anggota keluarga tentang tatacara perawatan, pengobatan gejala yang sering muncul, serta perawatan paliatif.
- Promosi gizi yang baik, dukungan psikologis dan emosional, dukungan spiritual dan konseling.
- Membentuk kelompok dukungan masyarakat untuk memberikan dukungan emosional pada ODHA dan para pendampingnya. Dalam kelompok ini dapat dijadi kesempatan untuk meningkatkan dan menciptakan sumber pendapatan.
- Mengurangi dan menyingkirkan stigma, membangun sikap positif masyarakat terhadap ODHA dan keluarganya, termasuk para petugas kesehatan baik di jajaran pemerintah maupun swasta dan di tempat kerja.
- Dukungan sosial atau rujukan kepada pelayanan sosial untuk mengatasi permasalahan tempat tinggal, pekerjaan, bantuan hukum, serta memantau dan mencegah terjadinya diskriminasi.
- Pendidikan dan pelatihan tentang tatalaksana dan pencegahan HIV dan AIDS bagi para pendamping ODHA (petugas kesehatan, keluarga, tetangga dan relawan)
- Membangun kerja sama antar penyelenggara layanan (klinik, kelompok sosial dan kelompok dukungan/LSM) agar layanan terjangkau melalui sistem rujukan yang saling mendukung.



Gambar 1.

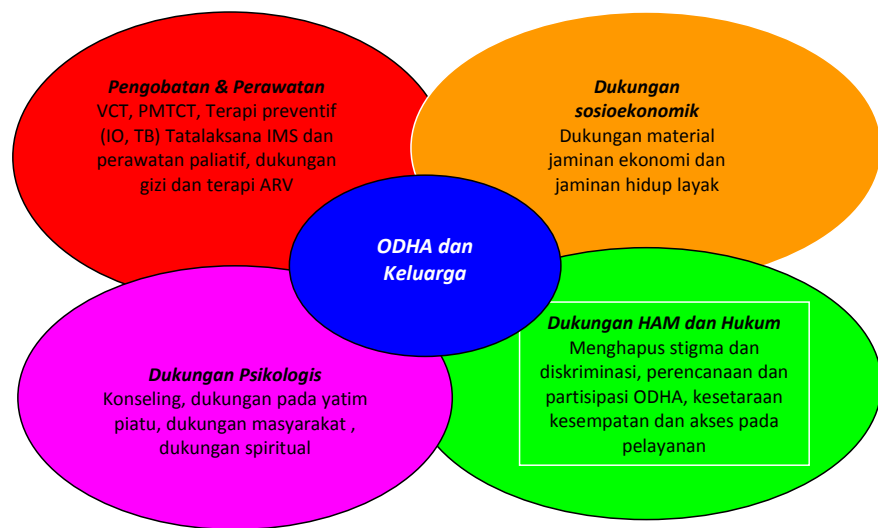
Tatalaksana seluruh masalah yang dihadapi oleh ODHA pada aspek mediko/psiko-sosioekonomik. (Adaptasi dari WPRO)

Dengan melihat aspek-aspek kebutuhan perawatan dan dukungan bagi ODHA, keluarga, dan masyarakat, maka perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan pada prinsipnya terdiri dari empat komponen yang saling terkait satu sama lain, yaitu:

1. **Pengobatan dan Perawatan Tatalaksana Klinis ; komponen ini meliputi beberapa layanan yaitu:**

- Konseling dan tes HIV sukarela untuk tujuan screening dan diagnostik.
- Profilaksis infeksi oportunistik
- Tatalaksana penyakit terkait HIV, termasuk infeksi oportunistik
- Pengendalian TB
- Tatalaksana IMS
- Tatalaksana HIV dengan HAART
- Pengobatan paliatif
- Akses kepada obat-obat HIV, termasuk obat untuk infeksi oportunistik, ARV, dan pengobatan tradisional.

- Intervensi terhadap PMTCT
 - Pengobatan dan perawatan klinis HIV bagi ibu dan bayinya.
 - Sistem pendukung misalnya laboratorium fungsional dan sistem pengaturan obat.
 - Dukungan gizi
 - Penyuluhan kesehatan
 - UP dan PEP yang memadai di penyelenggara layanan kesehatan.
2. **Dukungan Psikologis;** termasuk didalamnya dukungan psikososial dan spiritual, mengurangi stress dan kecemasan ODHA dukungan ini dapat diberikan pada layanan VCT, konseling pra-nikah, konseling pre- dan pasca tes HIV, konseling KB dan perubahan perilaku, upaya-upaya untuk mengurangi rasa cemas dan depresi yang dialami dan dirasakan oleh ODHA.
3. **Dukungan Sosio-ekonomik;** dapat diberikan dalam bentuk informasi, pengawasan atau rujukan ke kelompok peer, dukungan spiritual, material dan dukungan sosial di dalam masyarakat untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan gizi dan keperluan sehari-hari. Dari komponen ini juga dapat dikembangkan upaya untuk meningkatkan sumber pendapatan dan pemberdayaan ODHA sehingga mereka dapat hidup mandiri dan lebih layak, sehingga dapat meningkatkan rasa percaya diri dan penghargaan.
4. **Dukungan HAM dan Aspek Hukum;** dalam bentuk pelayanan dan hak yang sama pada ODHA, menghapus stigma dan diskriminasi di fasilitas kesehatan, di dalam masyarakat, dan di tempat kerja.



Gambar 2.
Interaksi antar komponen perawatan HIV DAN AIDS menyeluruh berkesinambungan

Program perawatan HIV dan AIDS dan sistem pendukungnya seharusnya menekankan pada pelayanan yang berkisar dari konseling hingga intervensi medis, hingga ke tatalaksana kebutuhan sosial, dukungan gizi, demikian pula perawatan paliatif, pemberdayaan ODHA. Program ini juga berperan dalam memperbaiki keadaan emosi pengidap HIV dan memberikan jaminan bahwa mereka memiliki hak untuk hidup dan penghargaan dari orang lain.

Pengembangan program perawatan HIV dan AIDS menyeluruh dan berkesinambungan tidak semestinya dianggap sebagai sumber daya yang terpisah dari kegiatan pencegahan, namun sebagai suatu strategi guna meningkatkan dampak pencegahan tersebut. Program ini seharusnya meningkatkan upaya pencegahan primer juga sekunder serta tersier. Sebagai strategi pencegahan primer, program tersebut harus menjamin bahwa:

- (1) orang yang belum terinfeksi agar tidak terkena HIV
- (2) mereka yang sudah terinfeksi HIV agar tidak menularkannya ke orang lain

- (3) mereka yang sudah terinfeksi agar tidak mengalami infeksi ulang

Pengembangan perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan yang tepat haruslah berperan sebagai sebuah pedoman rangkaian logis peristiwa yang dapat dimanfaatkan dalam tindakan-tindakan penting dan sebagai jembatan bagi intervensi terhadap meningkatnya kompleksitas yang dipergunakan pada berbagai tingkatan layanan kesehatan.

Perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan haruslah tersedia dan dilaksanakan pada seluruh tingkatan layanan kesehatan, di mana didalamnya termasuk, *home care*, *community care*, *primary*, *secondary* dan *tertiary care*. Semua tingkatan layanan kesehatan tersebut haruslah tercakup dalam perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan dan saling berintegrasi membentuk jejaring perawatan menyeluruh berkesinambungan. Untuk bekerja dengan benar jejaring tersebut memerlukan:

- Penentuan peranan dan fungsi masing-masing komponen dari perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan.
- Menentukan layanan yang tepat dan mobilisasi sumber daya yang diperlukan dalam melaksanakan peran dan fungsi tersebut di atas.
- Membangun jembatan di antara masing-masing komponen perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan

MODEL PERAWATAN HIV DAN AIDS

Sebagaimana yang dijelaskan sebelumnya, perawatan HIV dan AIDS menyeluruh meliputi berbagai intervensi di seluruh sistem layanan kesehatan. Walau demikian, sebagian besar negara tidak dapat menyediakan/melaksanakannya pada sistem layanan kesehatan setempat. Yang terbaik yang dapat dilakukan adalah mengembangkan layanan tersebut dengan pendekatan bertahap. Di lain pihak, beberapa tempat mungkin memiliki sumber daya yang

cukup untuk melakukan implementasi program sesuai dengan respon yang terjadi dalam setiap tingkatan perawatan. Kesulitan dan kemudahan dalam memberikan layanan akan bervariasi sebagai hasil dari ketersediaan dana, sumberdaya teknis dan manusia dan infrastruktur kesehatan. Meski begitu, pada daerah dengan sumberdaya yang terbatas, ada kemungkinan untuk menerapkan suatu standar yang menjamin pemeliharaan dan peningkatan kualitas hidup dan produktifitas ODHA.

Prinsip Dasar Perawatan HIV DAN AIDS Menyeluruh Berkesinambungan

Untuk memenuhi kebutuhan fisik, emosional, sosial dan ekonomi ODHA, perawatan harus dikelola menurut prinsip-prinsip berikut:

- *Penghargaan*: dari sisi HAM dan harga diri seseorang.
- *Ketersediaan*; perawatan yang tepat dilaksanakan pada semua tingkatan lokal.
- *Kesetaraan*; perawatan diberikan pada semua ODHA tanpa memandang, jenis kelamin, usia, ras, etnis, identitas seksual, pendapatan dan tempat tinggal.
- *Koordinasi dan integrasi*; untuk menjamin perawatan menyeluruh berkelanjutan dijalankan dan pada semua tingkatan perawatan.
- *Efisien dan efektif*; efisiensi perawatan dilaksanakan pada biaya sosial yang masuk akal sebagaimana yang diperlihatkan melalui monitoring dan evaluasi.

STANDAR PERAWATAN

Untuk menghasilkan program perawatan HIV dan AIDS berkesinambungan yang efektif dan berjalan lama, beberapa standar perawatan perlu disepakati dan diaplikasikan. Standar tersebut haruslah merefleksikan kualitas optimal dan tingkatan yang diharapkan, akses dan mencakup semua perawatan HIV dan AIDS.

Secara teori standar haruslah diformulasikan untuk tingkat perawatan minimum dan optimum, memperhitungkan kemungkinan variasi sumberdaya dan kemampuan yang tersedia, pengembangan teknologi baru yang murah, kemudahan akses dan ketersediaan pada berbagai tempat pada negara tertentu.

Untuk memastikan standar perawatan pada suatu tempat tertentu, haruslah mempertimbangkan tiga dimensi yang mempengaruhi pemilihan standar;

1. Dimensi pertama berkaitan dengan aspek teknis dari intervensi yang dilakukan dan ditentukan oleh efikasi dan efektifitas dari intervensi tertentu.
2. Dimensi kedua adalah ditentukan oleh faktor sosial dan faktor kontekstual yang membuat intervensi tersebut efektif dalam kondisi operasional.
3. Dimensi ketiga meliputi penentuan standar dan ditentukan oleh tingkatan sistem layanan kesehatan yang melaksanakan intervensi tersebut.

TEMPAT PERAWATAN

1. Rumah

Perawatan di rumah adalah perawatan yang diberikan pada ODHA di tempat tinggalnya sendiri. Dalam hal ini termasuk orang-orang yang merawat dirinya sendiri, keluarga, teman, tetangga, perawat, bidan, pekerja sosial atau petugas kesehatan lainnya. Perawatan tersebut dapat berupa perawatan fisik, dukungan psikososial, spiritual dan paliatif.

2. Masyarakat

Dukungan masyarakat adalah perawatan/dukungan yang diberikan dalam masyarakat. Perawatan tersebut dapat diberikan oleh perawat, bidan, relawan yang terlatih, petugas kesehatan masyarakat, dukun tradisional, LSM, tokoh masyarakat setempat, pendidik/guru, kelompok pemuda, organisasi kemasyarakatan, tokoh agama dan lain-lain.

Dengan melibatkan masyarakat dalam perawatan tersebut maka kualitas hidup ODHA akan ditingkatkan. Perawat dan petugas sosial dapat memiliki peranan penting dalam menarik partisipasi masyarakat setempat dalam hal menerima dan memberikan dukungan kepada ODHA.

3. Pusat Kesehatan Masyarakat

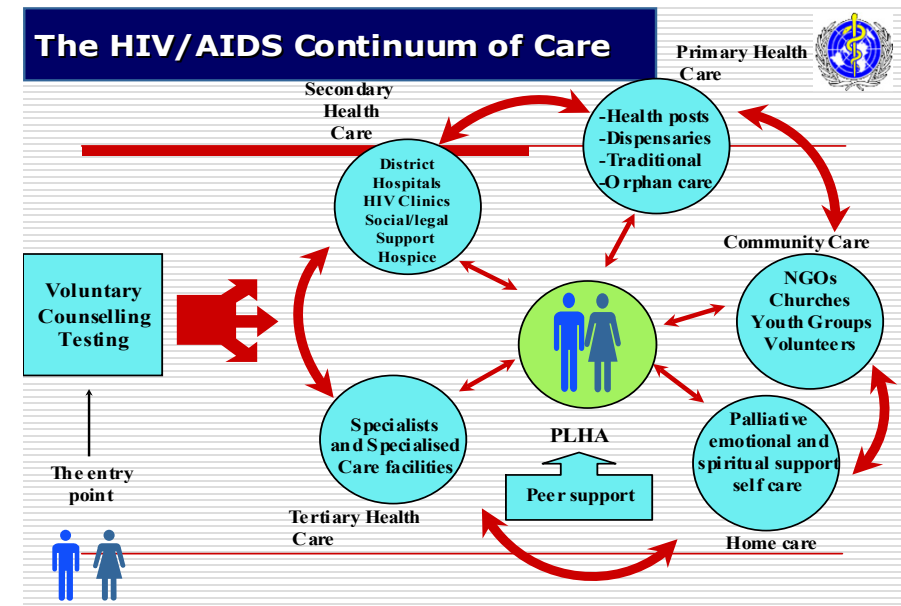
Perawatan bagi ODHA di sarana pelayanan kesehatan primer atau dasar di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau Puskesmas Pembantu (Pustu) dapat diberikan oleh pembantu perawat.

4. Rumah Sakit Kabupaten/Kota

Pelayanan kesehatan lanjutan bagi para ODHA tersedia di Rumah Sakit Kabupaten di mana tersedia tenaga dokter, perawat, konselor, pekerja sosial dan sarana pendidikan dan pelatihan. Bantuan hukum juga dapat diberikan.

5. Rumah Sakit Rujukan Provinsi/Nasional

Pelayanan di tingkat rujukan tersebut berupa pelayanan medis spesialisasi sebagai tambahan pelayanan yang berada di tingkat Kabupaten/Kota.



Gambar 3.

Diagram penerapan konsep perawatan HIV DAN AIDS menyeluruh berkesinambungan dengan menggunakan VCT sebagai *pintu masuk*.

MEMBANGUN KERANGKA KERJA

Menjalin kerjasama dalam memberikan layanan di rumah sakit, puskesmas, dan di masyarakat, agar terjadi perawatan dan pelayanan yang berkesinambungan dan memenuhi kebutuhan ODHA merupakan hal yang rumit. Hal yang terpenting adalah memusatkan upaya pada kerjasama yang saling mendukung bagi rekan/komponen yang lain. Dengan demikian komponen/kelompok lain yang memiliki keterampilan lebih spesifik dapat membantu memberikan pelatihan kepada komponen/kelompok lainnya. Atau salah satu kelompok hanya memusatkan perhatian pada layanan tertentu yang merupakan sebagian dari perawatan lengkap, diikuti dengan sistem rujukan yang efektif kepada kelompok lain yang memiliki kemampuan untuk memberikan layanan di bidang lainnya.

Dengan pelayanan menyeluruh berkesinambungan

diasumsikan bahwa sistem pendukung seperti di bawah ini tersedia secara terpadu dapat berjalan secara efektif dan efisien:

- Tersedianya bahan KIE yang sesuai untuk promosi pencarian perawatan dan de-stigmatisasi penyakit.
- Mobilisasi masyarakat untuk membangun program pelayanan masyarakat.
- Terjalannya kemitraan antara pemerintah dan LSM yang bergerak di bidang kesehatan sosial.
- Tersedianya prosedur rujukan antara rumah sakit di pusat dan di daerah.
- Tersedianya prosedur rujukan antara pasien beserta keluarganya dengan lembaga dukungan sosial dan LSM
- Tersedianya prosedur supervisi dari sarana kesehatan di tingkat pusat sampai ke daerah termasuk para relawan. Pelatihan bagi petugas dan relawan.

Untuk mempermudah pembahasan lebih jauh mengenai perawatan apa yang dapat disediakan dalam kaitannya dengan ketersediaan sumber daya, maka diusulkan 3 skenario yang berbeda. Alternatif perawatan yang mudah dan tepat yang berhubungan dengan tingkat layanan kesehatan dijabarkan dalam kerangka kerja. Standar minimum yang harus disediakan oleh suatu negara dimasukkan dalam **Skenario I** dan peningkatan batasan dan spesialisasi pelayanan yang diharapkan sejalan dengan bertambahnya sumberdaya (sumberdaya fisik/infrastruktur, sumberdaya keuangan, sumberdaya teknis, layanan pendukung) dan keterampilan (petugas kesehatan yang terlatih) termasuk dalam **Skenario II** dan **III**.

Skenario tersebut adalah:

- ♥ **Skenario I:** Dalam skenario ini, pemeriksaan dan pengobatan dasar (misalnya pengobatan TB, profilaksis dan terapi paliatif) tersedia dalam jumlah terbatas pada semua tingkatan sistem layanan kesehatan (primer, sekunder, dan tersier). Intervensi difokuskan pada kegiatan pencegahan sekunder (misalnya

profilaksi IO, menghindari perilaku berisiko) untuk mencegah kemunduran fisik yang lebih berat dan pemberian pengobatan simptomatik. Terapi ARV disediakan untuk program pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Bayi pada sistem layanan kesehatan tingkat sekunder.

- ♥ **Skenario II:** Pada skenario ini, tes/pemeriksaan dan obat-obat tersedia pada semua tingkatan layanan kesehatan, termasuk beberapa ARV di tingkat sekunder sistem layanan kesehatan. Semua layanan yang terdapat dalam **Skenario I** disediakan ditambah dengan pengobatan etiologis pada infeksi oportunistik. Sejumlah obat-obat yang mahal, misalnya obat antitumor, tidak tersedia pada sistem layanan kesehatan tingkat primer dan sekunder.
- ♥ **Skenario III:** Pada skenario ini semua layanan yang ada di atas (**Skenario I** dan **Skenario II**) tersedia di tambah dengan terapi ARV dan pelayanan spesialisasi.

Pada setiap building block, setiap komponen harus dibaca dari atas ke bawah misalnya komponen yang dibuat dalam suatu rangkaian pola dengan gambaran komponen perawatan awal yang harus terpenuhi. Idealnya, semua komponen harus tersedia pada semua tingkatan layanan kesehatan.

Pelayanan dasar pada **Skenario I** haruslah berjalan terlebih dahulu sebelum bergerak ke tingkatan berikutnya. Pencapaian semua pelayanan pada suatu skenario tertentu hendaknya menstimulasi pergerakan ke tingkatan berikutnya. Tujuan akhirnya adalah mendapatkan standar perawatan yang terdapat pada **Skenario III**.

Tabel
Standar Perawatan HIV dan AIDS berdasarkan Tingkatan Pelayanan Kesehatan dan Skenario Perawatan

TINGKAT TERSIER			- Penggunaan steroid dan hormon lain - Bedah elektif
		- Tatalaksana rasa cemas dan depresi - ARV untuk HAART - Pengobatan antitumor - Tatalaksana nyeri kronik - Tatalaksana sindrom proktokolonik - Nutrisi Parenteral - PEP di antara petugas kesehatan	Seperti pada Skenario II
	- Pengobatan toxoplasmosis, PCP, dan IO lain yang relevan. - Tatalaksana manifestasi kompleks HIV	Seperti pada Skenario I	Seperti pada Skenario I
TINGKAT SEKUNDER			ARV untuk HAART
		- Screening, profilaksis dan pengobatan toksoplasmosis dan PCP serta IO lainnya. - Intervensi gizi, steroid - ARV bagi pasien tertentu - Tatalaksana disfungsi seksual	Seperti pada Skenario II
	- Konseling pencegahan sekunder. - Screening, profilaksis dan pengobatan TB - Profilaksis PCP - Konfirmasi diagnosis infeksi HIV dan kondisi berkaitan - ARV untuk PMTCT - Pengganti ASI - Vaksinasi untuk tetanus dan HBV - Akses pada transfusi darah dan produknya secara aman	Seperti pada Skenario I	Seperti pada Skenario I

TINGKAT PRIMER		- Profilaksis / pengobatan TB, toksoplasmosis dan PCP - Tatalaksana penyakit terkait HIV - Suplemen gizi, (vitamin dan mikronutrien) - Tatalaksana IMS - ARV untuk PMTCT - Pengganti ASI - Vaksinasi HBV	Monitoring progresifitas penyakit secara klinis dan laboratoris
	- VCT - Tatalaksana nyeri, malaise, dan demam - Penyuluhan kesehatan individu dan lingkungan, UP, seks yang aman dan KB - Penilaian gizi, konseling dan makanan yang aman - Tatalaksana IMS dengan pendekatan sindromik - Diagnosis klinis penyakit terkait HIV - Vaksinasi tetanus	Sesuai Skenario I	Sesuai Skenario I

TINGKAT MASYARAKAT			Day Care Center
		- Dukungan Keuangan - Perwakilan hukum - Tatakelola bank obat - Penggunaan jarum steril - Perawatan di RS - Pengurusan dan pemakaman jenazah	Sesuai Skenario II
	- Dukungan emosi dan konseling - KIE - Partisipasi sosial - Kelompok suport - Penilaian gizi, konseling dan makanan yang aman - Praktik kedokteran multidisipliner - Kondom dan membilas - Akses pada metode KB - Advokasi - Bantuan pada anak yatim piatu	Sesuai Skenario I	Sesuai Skenario I
TINGKAT HOME CARE			Membagi pengalaman dan jejaring kerja sama formal
		Kepatuhan pada pengobatan dan tindakan komplemen	Sesuai Skenario II
	- UP - Aktifitas seksual yang aman termasuk KB - Praktik kesehatan perorangan dan lingkungan - Penilaian gizi dan makanan yang aman - Pengetahuan mengenai kapan dan dimana mencari dukungan tambahan	Sesuai Skenario I	Sesuai Skenario I

Skenario I

Skenario II

Skenario III

MONITORING DAN EVALUASI

Program perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan harus pula termasuk komponen monitoring dan evaluasi, yang berperan untuk menemukan, mengadaptasi dan memperkuat pelayanan yang telah ada maupun yang baru. Pelayanan tersebut hanya akan efektif jika pelayanan tersebut secara konsisten dievaluasi untuk menilai ke-efektif-an, efisiensi, kualitas pemanfaatan dan penerimaannya di dalam masyarakat. Program haruslah mencoba mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan data yang merefleksikan sampai dimanakah kualitas perawatan berjalan pada semua tingkatan layanan kesehatan, dan untuk mengidentifikasi masalah yang timbul dan memerlukan tindakan penanganan segera.

Tujuan monitoring adalah untuk menjamin bahwa tugas telah berjalan sebagaimana yang direncanakan dan untuk mengantisipasi atau mendeteksi masalah-masalah yang muncul selama implementasi program (suplai yang memadai, ketepatan pelatihan).

Evaluasi difokuskan pada penentuan tingkatan kemajuan tindakan dalam memenuhi tujuan atau penampilan program. Evaluasi meliputi penilaian masukan (sumberdaya manusia dan modal yang tersedia bagi pelaksanaan program) dan variabel operasi program (siapa melakukan apa, dimana, kapan dan bagaimana). Evaluasi juga meliputi penilaian mengenai dampak dan hasil yang mungkin pula termasuk perubahan dalam hal pengetahuan, sikap, perilaku, faktor risiko, penyakit dan kecacatan.

Indikator yang tepat untuk tujuan monitoring dan evaluasi sebaiknya diseleksi selama tahap penyusunan program. Indikator harus dapat menilai kualitas perawatan selain menilai pencapaian tujuan program. Sebagai contoh, jika salah satu tujuan program perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan adalah meningkatkan cakupan konseling dan tes sukarela yang bersifat konfidensial, maka indikator-indikator yang mungkin adalah:

- *Proporsi pelayanan kesehatan primer yang menawarkan VCT*
Jumlah pelayanan kesehatan primer yang menawarkan VCT dibagi dengan jumlah seluruh pelayanan kesehatan primer

pada wilayah tersebut.

- *Proporsi individu yang menjalani tes HIV*
Jumlah individu yang menjalani tes HIV dibagi dengan jumlah individu yang telah diberi konseling pre-tes dan informasi mengenai tes HIV
- *Proporsi individu yang kembali untuk mengambil hasil tes HIV-nya*
Jumlah orang yang kembali untuk mengambil hasil tes HIV di bagi dengan jumlah individu yang dites.
- *Proporsi individu yang membawa pasangannya untuk VCT HIV*
Jumlah individu yang membawa pasangannya untuk melakukan VCT di bagi dengan jumlah individu yang telah menjalani VCT

Pencatatan dan Pelaporan

Pada tahap awal monitoring program ini lebih disukai pengisian secara manual karena:

- mencegah keterlambatan dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi
- terutama memudahkan pelaksanaan di tingkat perifer
- memudahkan penyesuaian dan revisi sesuai dengan keadaan setempat
- memerlukan sedikit dukungan teknis.

Sistem manual yang sudah diuji secara cermat juga akan sangat memudahkan pembuatan sistem komputerisasi.

WHO menganjurkan sistem manual ini terdiri dari 5 formulir pencatatan (untuk Indonesia ditambah 2 lagi) dan 2 formulir pelaporan. Perlengkapan pencatatan dan pelaporan ini secara singkat akan dijelaskan di bawah ini.

Formulir pencatatan

1. Ikhtisar perawatan HIV dan Terapi Antiretroviral (ART)
2. Register Pra-ART
3. Register ART
4. Register Pemberian Obat ARV

5. Register Stok Obat ARV
6. Kartu pasien
7. Formulir Rujukan

Ikhtisar perawatan HIV dan ART diberikan kepada tiap-tiap pasien ketika hasil tes HIV mereka positif sehingga perlu perawatan HIV baik mendapatkan ART atau tidak. Dalam pencatatan ini informasi standar dicatat dalam empat kategori.

- i. *Data sosio-demografi*, yang dikumpulkan pada saat kunjungan pertama atau pada waktu masuk perawatan HIV yang diperbaharui jika informasi tersebut berubah.
- ii. *Riwayat perawatan HIV*, dikumpulkan untuk semua pasien yang masuk perawatan HIV baik mendapat ART maupun tidak.
- iii. *Ringkasan ART*, dikumpulkan pada saat mulai dan perubahan pengobatan serta setiap follow-up 6 bulan dan tahunan.
- iv. *Informasi follow-up pasien*, dikumpulkan pada saat pasien berkunjung ke sarana layanan kesehatan.

Pengisian pada **Register Pra-ART** dan **Register ART** adalah satu baris untuk satu pasien untuk mencatat informasi penting yang diperoleh dari Ikhtisar perawatan HIV dan ART. Register ini akan memudahkan penghitungan indikator untuk monitoring program.

Register Pra-ART diisi pada saat kunjungan pasien pertama kali di klinik tersebut dan selanjutnya pengisian hanya terbatas pada informasi penting sampai mereka mendapat ART.

Register ART diisi pada saat mulai ART dan pada setiap kunjungan follow-up sampai 24 bulan.

Yang ideal, kedua register ini harus diisi oleh pemberi layanan kesehatan segera setelah kunjungan pasien. Register tersebut juga dapat diisi oleh tenaga yang terlatih (seperti perawat, sekretaris) berdasarkan informasi yang dicatat di Ikhtisar Perawatan HIV dan ART beberapa saat setelah kunjungan.

Register Pemberian Obat ARV dan Register Stok Obat dibuat

untuk mendukung permintaan obat, seperti mencatat jumlah tablet ARV yang diberikan kepada pasien dan melaporkan pemakaian rejimen obat serta stok obat yang masih ada.

Kartu pasien adalah kartu yang disimpan oleh pasien untuk kepentingan follow-up. Selain mencatat identitas pasien, kartu ini juga dipakai untuk mencatat mengenai perawatan HIV dan pemberian ART, termasuk mencatat rejimen obat ARV yang diberikan, efek samping yang mungkin terjadi, terapi dan profilaksis infeksi oportunistik.

Formulir pelaporan

1. Laporan Perawatan HIV dan ART setiap bulan (**Laporan Bulanan**)
2. Kohort mengenai dampak pengobatan dengan ARV (**Laporan Analisis Kohort**)

Laporan Bulanan dan **Laporan Analisis Kohort** dibuat untuk mencatat penjumlahan informasi yang diambil dari Register Pra-ART dan Register ART serta Register Pemberian Obat dan Stok Obat. Penjumlahan informasi tersebut akan digunakan untuk menghitung indikator di tingkat sarana layanan kesehatan, kabupaten, propinsi dan nasional. Kedua formulir harus diisi oleh manajer sarana layanan kesehatan atau petugas yang sudah dilatih dengan pengawasan manajer tersebut.

Analisis indikator kohort dapat dilakukan setiap bulan dan dilaporkan setiap 6 bulan.

Pencatatan dan pelaporan di atas membantu dalam monitoring pasien dan program serta menghasilkan indikator yang diperlukan sebagaimana pada pasal 1.4. Pada diagram 2, informasi pasien dicatat pada Ikhtisar Perawatan Pasien HIV/ART pada saat konsultasi dan follow-up selanjutnya. Dan ini merupakan catatan yang penting sebagai sumber informasi untuk register Pra-ART dan ART. Register Pra-ART dan ART selanjutnya membantu dalam mempersiapkan laporan bulanan dan kohort. Register Pemberian Obat digunakan

untuk mencatat informasi pada saat pasien mendapat obat. Register Stok Obat menggunakan informasi yang berasal dari Register Pemberian Obat dan digunakan untuk mempersiapkan laporan bulanan. Penggunaan formulir tersebut di atas dapat dilihat pada Tabel di bawah ini.

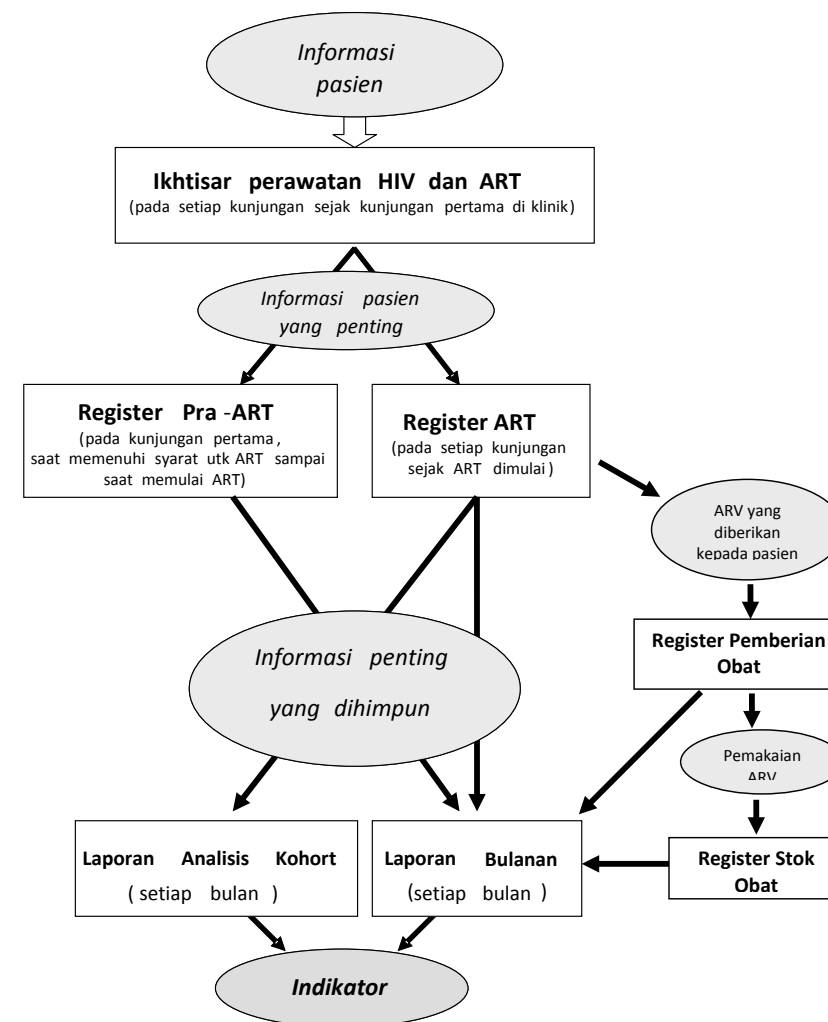


Diagram 2

Formulir pencatatan dan pelaporan dalam sistem monitoring manual

Tabel 1

Penggunaan formulir dalam sistem monitoring manual

Formulir	Informasi apa?	Untuk maksud apa?	Kapan diisi?	Siapa yang mengisi?
Ikhtisar perawatan HIV /ART	Data demografi, perawatan HIV, terapi antiretroviral, informasi klinis follow-up setiap bulan	- Manajemen pasien: menjamin follow-up seumur hidup yang tepat - Monitoring pasien: memperoleh variabel penting untuk analisis selanjutnya	Pada setiap kunjungan pasien, mulai dari kunjungan pertama di klinik	Pemberi layanan kesehatan selama kunjungan pasien
Register Pra-ART	Variabel penting yang sistematis dan standar sebelum memulai ART dari tiap pasien	- Monitoring pasien: melaporkan variabel penting dari setiap pasien - Monitoring program: memudahkan penghitungan indikator	- Pada saat kunjungan pertama di klinik - Pada saat memenuhi syarat untuk ART - Pada saat mulai ART - Pada saat terapi infeksi oportunistik - Pada kasus akhir follow-up	- Pemberi layanan kesehatan selama kunjungan pasien, atau - Staf terlatih dengan menggunakan ikhtisar perawatan HIV dan ART
Register ART	Variabel penting yang sistematis dan standar	- Monitoring pasien: melaporkan variabel penting - Monitoring program: mendukung penghitungan indikator	Pada saat setiap kunjungan setelah memulai ART	- Pemberi layanan kesehatan selama kunjungan pasien, atau - Staf terlatih dengan menggunakan ikhtisar perawatan HIV dan ART

Formulir	Informasi apa?	Untuk maksud apa?	Kapan diisi?	Siapa yang mengisi?
Register Pemberian dan Stok Obat ARV	Nama dan jumlah obat yang diberikan Stok obat	- Monitoring pasien: menghitung jumlah tablet yang diberikan - Monitoring program: penggunaan obat dan stok obat yang ada	- Pada saat obat diberikan kepada pasien - Setiap hari	Apoteker atau petugas farmasi yang bertugas dalam memberikan obat
Laporan bulanan	Indikator	Monitoring program: menghitung dan menganalisis indikator	Setiap bulan	Staf terlatih dengan supervisi ketua tim medis
Laporan analisis kohort	Indikator	Monitoring program: menghitung dan menganalisis indikator setelah 6,12,24 pemberian ART	Pembuatan laporan setiap bulan, tetapi pengiriman laporan setiap 6 bulan	Staf terlatih dengan supervisi ketua tim medis

Kesimpulan

Sebagaimana yang dibahas dalam tulisan ini, program perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan terdiri dari ruang lingkup aktifitas dan layanan yang luas yang memenuhi kebutuhan pengobatan, situasi emosi, sosial dan ekonomi dari ODHA, keluarganya dan pemberi layanan. Program perawatan HIV dan AIDS menyeluruh berkesinambungan membuat ODHA bertahan hidup lebih lama dan membuat hidup ODHA lebih berharga, memberikan dukungan bernilai pada anggota keluarga, dan memberikan kesempatan pada masyarakat agar lebih dapat memahami dan menerima HIV dan AIDS. Selain itu, program ini mendukung dan memperkuat program pencegahan HIV dan AIDS yang sebelumnya telah ada sehingga dapat memperkuat upaya dalam mencegah penyebaran HIV.

9

ASUHAN KEPERAWATAN PENGIDAP HIV DAN AIDS

Asuhan Keperawatan bagi pasien HIV dan AIDS beserta penyakit yang menyertainya sama saja dengan asuhan keperawatan yang harus diberikan kepada pasien lainnya. Oleh karenanya semua perawat/ bidan serta petugas kesehatan lain yang berkepentingan harus memiliki ketrampilan yang memadai dalam memberikan asuhan keperawatan pasien HIV dengan penyakit lain, yaitu semua prinsip asuhan keperawatan harus diterapkan secara bertanggung jawab. Sebagai tambahan bahwa semua gejala dan tanda penyakit yang berhubungan dengan infeksi HIV akan mudah dikenali oleh para perawat tersebut oleh karena tingkat pengetahuan dan pengalaman mereka dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan penyakit kronik dan progresif lainnya.

Hampir semua pasien HIV akan berkembang dengan penyakit penyerta lainnya dan AIDS. Kecepatan perkembangan penyakit tersebut tergantung dari jenis virus dan karakteristik masing-masing pasien. HIV menginfeksi kedua jaringan syaraf baik pusat maupun perifer sejak awal perkembangan penyakitnya, dan sering menimbulkan masalah neurologik dan psikiatrik yang bermacam-macam. Seiring dengan perkembangan infeksi HIV dan penurunan derajat imunitas seseorang maka pasien cenderung untuk

mendapatkan infeksi oportunistik dan kondisi patologik lainnya. Infeksi oportunistik dan kanker yang berhubungan dengan AIDS menyerang tubuh yang memiliki system imunitas yang rendah. Infeksi oportunistik dan penyakit lain yang sering terjadi adalah:

1. Tuberkulosis
2. Pneumonia (biasanya pneumonia *Pneumocystis carinii*)
3. Infeksi jamur berulang di kulit, mulut dan tenggorokan
4. Infeksi gastrointestinal (*Cryptosporidiosis*)
5. Diare kronis dengan penurunan berat badan
6. Infeksi neurologik (*Cryptococcal*, atau meningitis sub-akut)
7. Sarkoma Kaposi
8. Demam tanpa sebab yang jelas
9. Kelainan neurologik

MASALAH KESEHATAN DAN INTERVENSI KEPERAWATAN

Banyak pasien dewasa yang menampakkan gejala penyakit yang sering berhubungan dengan HIV tidak menyadari akan status serologi mereka dan sering kali belum pernah menjalani tes HIV. Alasan untuk tidak melakukan tes adalah: ketakutan, stigma, atau faktor psikologi lainnya, tidak tersedia sarana pemeriksaan, atau tidak tersedianya pelayanan konseling dan tes HIV.

Pada umumnya dokter yang akan membuat diagnosis penyakit oportunistik yang ada pada ODHA dan memberikan terapi sesuai dengan keilmuannya, namun pada beberapa keadaan tertentu, perawat atau bidan atau tenaga kesehatan yang lain harus bekerja secara mandiri tanpa didampingi dokter, terutama di daerah yang terpencil. Oleh karenanya tidak ada salahnya para perawat atau bidan mempelajari penyakit-penyakit yang biasa muncul pada ODHA. Perlu juga mempelajari penggunaan obat-obat untuk pengobatan pada penyakit yang berhubungan dengan HIV/AIDS atau masalah kesehatan yang lainnya, terutama masalah yang mungkin timbul oleh karena status HIV pasiennya, seperti misalnya TB, penyakit pernapasan yang lain, dan diare kronis. Sebagai contoh, seorang

ODHA yang menerima pengobatan anti tuberkulosis tidak boleh diberikan obat-obat tertentu karena dapat menimbulkan reaksi berat. Beberapa obat antiretroviral dapat menimbulkan interaksi dengan obat lain. Perlu sekali untuk memastikan bahwa obat yang diresepkan tidak memiliki interaksi dengan obat lain yang dimakan ODHA yang mungkin akan memberikan efek buruk.

Tabel 1
Masalah Kesehatan yang sering timbul dan Intervensi Keperawatan yang diperlukan

Permasalahan	Intervensi Keperawatan
Diare	Mencegah dehidrasi, berikan banyak minum dan berikan makanan yang mudah dicerna dan perawatan kulit perianal
Demam dan nyeri	Berikan banyak minum, obat penurun panas dan anti nyeri
Kelainan kulit	Oleskan pelembab, lakukan masase untuk memperlancar sirkulasi darah, ramuan tradisional dan perawatan kulit teratur untuk mencegah terjadinya peradangan
Radang mulut dan tenggorokan	Perawatan untuk sesak napas dan batuk
Gangguan pernapasan	Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi ansietas, berikan oksigen dan obat bila perlu, posisi yang enak untuk meringankan pernapasan
Gangguan neurologik	Lakukan pemeriksaan fisik dan nilai status kognitif untuk memberikan asuhan perawatan yang tepat, misalnya, bila pasien nampak bingung, bicara dengan cara lebih perlahan dan ulangi setiap informasi/ instruksi yang diberikan
Malnutrisi	Berikan makanan yang mudah dicerna, anjurkan untuk diet tinggi lemak dan protein

Profilaksis Primer dan Sekunder

Seringkali bila seseorang diketahui sebagai pengidap HIV, maka diberi obat untuk mencoba mencegah terjadinya suatu infeksi oportunistik. Hal tersebut disebut profilaksis primer. Saat yang tepat untuk memberikan profilaksis tergantung pada usia pasien, jenis penyakit infeksi oportunistik yang akan dicegah, dan ketersediaan dukungan laboratorium dan obat yang di suatu daerah. Sebagai

contoh di Amerika, maka pasien dewasa dengan hitung CD4 kurang dari 200/ul, mulai diberi Kotrimoksazol untuk mencegah pnemonia *Pneumocystis carinii* dan penyakit lain, seperti toksoplasmosis dan infeksi bakteri lain. (oleh karena pemeriksaan CD 4 tidak selalu tersedia, WHO membuat pentahapan penyakit berdasarkan kriteria klinis. Rekomendasi WHO yang ada akan dibahas dalam modul ini). Kematian seorang pasien AIDS biasanya disebabkan oleh infeksi oportunistik yang dideritanya. Profilaksis primer membantu seseorang untuk bertahan lebih lama untuk hidup lebih sehat.

Seorang ODHA yang habis menjalani pengobatan untuk infeksi oportunistik tertentu, setelah sembuh, pengobatan harus dilanjutkan dengan dosis yang lebih rendah selam hidupnya guna mencegah terjadinya kambuh. Hal seperti tersebut dikenal sebagai profilaksis sekunder. Beberapa obat yang digunakan untuk profilaksis seringkali memiliki efek samping. Bila seseorang perlu mendapat profilaksis dalam jangka waktu panjang, maka penting untuk selalu memeriksa adanya gejala efek samping tersebut setiap kali datang baik dia menerima profilaksis primer maupun sekunder.

Infeksi Bakterial

Streptococcus pneumoniae

Salah satu infeksi bakterial berat yang paling sering terjadi adalah *Streptococcus pneumoniae*, yang menyebabkan pnemonia, septikemia, dan penyakit lain. Semua pasien anak HIV berusia > 2 tahun sebaiknya mendapatkan vaksin 23-valent polysaccharide pneumococcus, bila tersedia. Vaksin tersebut dapat diberikan kepada bayi umur 2 bulan.

Tuberkulosis

Mycobacterium tuberculosis merupakan salah satu penyebab koinfeksi yang berat, dan ODHA berisiko tinggi untuk mendapatkannya. Sejak epidemi HIV meningkat maka penularan TB sulit dikendalikan. TB bukanlah infeksi oportunistik, tapi seringkali membuat ODHA menderita penyakit berat.

Diagnosis. Bila tersedia, tes tuberkulin dapat digunakan untuk tes skrining. Namun seringkali ODHA akan memberikan reaksi negatif (anergi) akibat kegagalan respon imunologis. Lagi pula pada pasien yang pernah menerima imunisasi BCG sulit diinterpretasikan. Dalam hal ini maka pada seorang ODHA yang pernah mendapat vaksin BCG tidak mempengaruhi interpretasi dari tes Mantoux-nya, hanya saja bila tes Mantoux negatif maka tidak dapat menyingkirkan adanya infeksi TB.

Diagnosis Tuberkulosis dapat ditegakkan dalam beberapa cara. Dapat dilakukan dengan pemeriksaan sampel sputum, namun pada kasus anak-anak sering kali sulit untuk mendapatkan sampel sputumnya, untuk itu maka dapat dilakukan pemeriksaan aspirasi lambung pada pagi hari. Dapat dilakukan identifikasi *M. Tuberculosis* dengan biakan, namun oleh karena pertumbuhan kuman TB sangat lambat maka biakan seringkali tidak praktis. Dugaan diagnosis (diagnosis presumptive) dapat pula dibuat berdasarkan temuan tanda dan gejala klinis, dan membutuhkan pemeriksaan pendukung laboratorium yang sangat minimal. Gejala yang klasik meliputi: batuk kronis, hemoptisis (batuk darah, bintik darah atau darah yang banyak pada sputum), keringat diwaktu malam, demam dan penurunan berat badan. Temuan pada gambaran foto toraks biasanya berupa adenopati hilus (gambar kelenjar getah bening nampak dalam bayangan radiografi disekitar jantung), efusi pleura (bayangan cairan di antara selaput paru bagian luar dan dinding dada) infiltrat fokal (gambaran radiografi bagian paru nampak memutih oleh karena adanya penyakit) pada daerah atas dan hilus, infiltrat multilobuler, infiltrat interstisial, dan kavitas (gambaran daerah yang berbatas tegas, tempat jaringan paru yang telah rusak). Pada ODHA dapat muncul TB ekstra pulmonal. Salah satu bentuk yang biasa dijumpai adalah limfadenopati yang merata. Apabila dilakukan biopsi akan nampak gambaran granuloma. Granuloma adalah merupakan daerah pada organ yang mengalami kerusakan sekunder oleh karena reaksi

tubuh di tempat kuman penyakit berkumpul. Pada pasien pediatri TB dapat menyerang di beberapa organ tubuh, seperti paru, tulang belakang, susunan syaraf pusat.

Terapi. Dengan ditetapkannya diagnosis tuberkulosis aktif, terapi harus segera diberikan sesuai pedoman nasional. Sebagai contoh beberapa kombinasi obat yang diberikan kepada pasien dewasa dan anak:

1. Pengobatan setiap hari selama 2 bulan pertama dengan isoniazid (INH), rifampisin, pirazinamid, dan etambutol; dilanjutkan dengan
2. Pengobatan 2 kali seminggu selama 6 bulan dengan INH dan rifampisin.

Pengobatan dilakukan dengan pemantauan ketat untuk meningkatkan ketaatan berobat. Setiap pasien yang mendapatkan pengobatan lama harus pula dipantau adanya efek samping obat, terutama efek samping pada hati bila pasien mendapat terapi INH-rifampisin. Bila ada gangguan fungsi hati maka pengobatan perlu dihentikan segera. INH juga sering menimbulkan neuropati perifer dengan gejala berupa rasa kebal, nyeri, dan/atau kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya reflek tendon dalam dan kelumpuhan layuh pada kaki. Dengan pemberian piridoksin (10 mg/ hari) dapat mencegah komplikasi tersebut.

Terapi Profilaksis pengobatan untuk mencegah tuberkulosis meliputi obat anti tuberkulosis yang diberikan kepada ODHA yang menderita infeksi tb laten agar tidak berkembang menjadi penyakit tb yang aktif.

Sebelum memberikan obat pencegahan tersebut harus disingkirkan dahulu penyakit aktif. Pengobatan profilaksis dianjurkan untuk daerah yang memiliki program perawatan HIV dan pengendalian tb.

Sumberdaya juga harus tersedia untuk

1. membedakan tuberkulosis laten dengan yang aktif
2. pemantauan dan tindak lanjut yang memadai

3. pasokan obat yang memadai dan berkesinambungan
4. terselenggaranya rujukan untuk pengobatan tb dengan VCT
Terapi profilaksis dianjurkan untuk ODHA dengan tes Mantoux positif yang tidak menderita tb aktif (rontgen dada normal).

Didaerah dimana tes Mantoux tidak tersedia, terapi profilaksis sebaiknya diberikan kepada orang yang berisiko tinggi bila HIV positif:

1. Pasien yang tinggal di daerah dengan prevalensi tinggi lebih dari 30%
2. Petugas kesehatan HIV positif
3. Bila salah satu anggota keluarga menderita tb
4. narapidana
5. pekerja tambang

Terapi profilaksis yang dianjurkan adalah isoniazid dengan dosis 5mg/kg (maks 300mg) secara oral tiap hari selama 6 bulan, dengan pemantauan klinik terhadap efek samping dan tb aktif.

Mycobacterium Avium Complex (MAC)

MAC ditemukan diseluruh dunia. Gejala dari penyakit MAC tidak spesifik, diantaranya penurunan berat badan atau kegagalan tumbuh kembang pada anak, demam, nyeri perut, diare, dan limfadenopati. MAC dapat dibiakkan namun pertumbuhannya lambat. Pada pengecatan tahan asam positif.

Paling tidak diperlukan dua macam obat untuk pengobatan MAC yaitu klaritromisin dan etambutol.

Hitung CD 4 biasanya dipakai sebagai petanda kapan dimulai terapi profilaksis (lihat Tabel 2). Pada dewasa anjuran untuk memulai profilaksis pada hitung CD 4 kurang dari 100/ mikroliter. Pada anak hitung CD4 bervariasi sesuai dengan umur tapi pada dasarnya bila kurang dari 15 % profilaksis segera dianjurkan.

Tabel 2.
Dosis Profilaksis untuk MAC

Umur	Profilaksis	Profilaksis Alternatif
Anak Umur 1-12 th	Klaritromisin 7,5 mg/kg oral 2 kali sehari	Azitromisin 20 mg/kg oral setiap minggu atau rifabutin (untuk umur >6 th) 300 mg oral sekali sehari
Dewasa (>12 tahun)	Klaritromisin 500 mg oral 2 kali sehari	Azitromisin 1,2 g oral setiap minggu atau rifabutin 300 mg oral sekali sehari

Infeksi Viral

Cytomegalovirus (CMV)

CMV merupakan infeksi virus yang dapat ditemukan diseluruh dunia. Kebanyakan pasien yang mengalami infeksi CMV tanpa gejala. Namun demikian janin yang terinfeksi CMV dapat menderita kelainan berat seperti keterbelakangan mental atau bahkan kematian.

Pada pasien dengan HIV/AIDS komplikasi tersering dari CMV adalah retinitis. Hal tersebut dapat menyebabkan kebutaan bila tidak diobati. Pasien harus selalu dianjurkan untuk melaporkan setiap perubahan pada ketajaman penglihatannya, seperti penglihatan kabur dan tidak jelas. Kebanyakan pasien asympomatic, oleh karenanya bila mungkin harus dilakukan pemeriksaan ophthalmoscopy rutin untuk melihat adanya infeksi dan untuk memeriksa adanya kelainan serta segera merujuk ke spesialis mata bila perlu. Pengobatan CMV adalah dengan gancyclovir (dosis lihat Tabel 3). Efek samping utama dari gancyclovir adalah netropenia, efek samping lain meliputi anemia, trombositopenia dan kadang-kadang gagal ginjal.

Tabel 3.
Dosis Terapi dan Profilaksis untuk Retinitis CMV

Umur	Terapi	Profilaksis	Profilaksis Alternatif
Anak Umur 1-12 th	Gansiklovir 5 mg/kg iv dua kali sehari selama 14 hari	Gansiklovir 5 mg/kg iv sekali sehari	Gansiklovir 6 mg/kg iv sekali sehari selama 5 hari setiap minggu
Bayi (1-12bl)	Gansiklovir 5 mg/kg iv dua kali sehari selama 14 hari	Gansiklovir 5 mg/kg iv sekali sehari	Gansiklovir 1000 mg/oral 3 kali sehari

Varicella Zoster

Varicella zoster adalah virus penyebab cacar air dan herpes pada anak dan dewasa. Infeksi virus ini bergejala berat pada ODHA. Varicella menular dengan cara terhirupnya partikel virus. Seseorang mampu menularkan selama 24 sampai 48 jam sebelum timbulnya ruam vesicular, sampai semua lesi dan krusta hilang.

Terdapat vaksin untuk mencegah virus tersebut. Di Amerika anak-anak dengan HIV dianjurkan untuk divaksinasi. Vaksinasi untuk anak-anak dengan HIV dianjurkan bila hitung CD4 nya lebih besar dari 25%. Bila seseorang yang mengalami penurunan imunitas, kontak dengan penderita varicella dapat dilindungi dengan imunglobulin varicella zoster bila tersedia.

Obat antiviral acyclovir dapat memperpendek lama sakit. Pada anak-anak acyclovir dapat diberikan secara oral atau intravena. Dosis oral pediatric adalah 20mg/kg/kali setiap 6 jam selama 5 hari. Untuk dewasa 800mg 4 kali/hari selama 5-7 hari. Acyclovir dapat menyebabkan pansitopenia yaitu menurunnya semua jenis sel darah terutama bila diberikan bersama ZDV.

Perlu meningkatkan pemberian cairan pada pengobatan Acyclovir tsb untuk mencegah kristaluria yaitu ditemukannya kristal didalam urin dengan gejala iritasi dan juga pemberian cairan tersebut dapat mencegah gagal ginjal akut.

Herper Simplex Virus atau HSV

HSV1 atau HSV2 dapat memberikan gejala yang berat pada ODHA. HSV dapat menyebabkan ulkus disekitar mulut, yang dikenal dengan 'radang dingin'. Penyakit yang akut biasanya sembuh secara spontan, namun pengobatan untuk nyeri yang timbul bersamaan dengan lesi dapat membantu pasien merasa lebih nyaman. Herpes genital merupakan penyakit yang menular secara seksual. Untuk mencegah penularan dianjurkan pemakaian kondom. ODHA sering mendapat serangan HSV berulang. Untuk mereka diperlukan profilaksis dengan acyclovir setiap hari dengan dosis pediatric 10mg/kg/kali 2 kali sehari, dosis dewasa 200mg tiga kali sehari atau 400mg dua kali sehari.

Hepatitis

Ada beberapa jenis virus yang menjadi penyebab hepatitis, namun gejalanya semua hampir sama. Gejala yang sering timbul adalah mual, muntah, sakit perut dan ikterus. Apabila pasien menjadi ikterus kadang-kadang merasa gatal. Hepatitis A menular secara fekal-oral dan seringkali melalui makanan yang tercemar. Tersedia vaksin Hepatitis A tapi belum pernah diteliti bagi ODHA. Cara termudah untuk mencegah penularan adalah cuci tangan sesering mungkin dan hygiene yang baik.

Hepatitis B dan C menular melalui kontak dengan darah atau seksual. Dapat dicegah dengan memakai kondom Pasien ODHA disarankan untuk mendapat vaksinasi hepatitis B tapi belum ada vaksin maupun obat untuk hepatitis C.

Epstein-bar Virus (EBV)

EBV biasanya hanya menimbulkan gejala yang sangat ringan, sangat menyerupai selesma atau radang tenggorokan biasa. Namun demikian, pada ODHA anak dapat disertai penyakit pneumonia yang dikenal sebagai pneumonia intersisial limfoid (lymphoid interstitial pneumonia - LIP). Pada awalnya LIP biasanya asimtomatis, dengan semakin berkembangnya penyakit dapat menjadi limfadenopati

luas, hepatosplenomegali dan/atau *digital clubbing*. Gangguan pernapasan menjadi semakin berat oleh karena infeksi bakterial sekunder. Pengobatan dengan antiretroviral dapat meringankan komplikasi yang terkait dengan LIP. EBV juga berhubungan dengan Burkitt's lymphoma.

KEGANASAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN INFEKSI VIRUS

Sarkoma Kaposi

Sarkoma Kaposi merupakan penyakit keganasan pada kulit yang berhubungan dengan infeksi virus herpes 8 (HHV8). Meskipun sarkoma Kaposi juga kadang dijumpai pada orang dengan status imunitas yang normal namun lebih sering terjadi pada pasien dengan HIV/AIDS anak ataupun dewasa. SK muncul pada ODHA anak pada usia 30 bulan, dan dapat muncul dalam dua bentuk yaitu: mukokutaneus dan limfadenopatik. Kemungkinan bentuk mukokutaneus merupakan tahap awal dari bentuk limfadenopati. Bentuk kutaneus berupa lesi datar, meninggi atau noduler dan biasanya berwarna ungu atau coklat. Dapat timbul di setiap tempat di badan, telapak tangan, dan bagian dalam mulut. Terapi yang paling efektif adalah antiretroviral. Prognosis tergantung pada status imunitas pasien dan sistem organ yang terserang.

Human Papiloma Virus

Infeksi Human papiloma virus (HPV) biasanya berhubungan dengan kanker leher rahim. Perempuan dengan status imunitas yang rendah cenderung memiliki angka kejadian tinggi kanker leher rahim, juga angka kekambuhannya tinggi setelah pengobatan. Untuk mencegah penularan penyakit menular seksual seperti HPV dianjurkan pemakaian kondom saat berhubungan seksual. Perempuan dianjurkan untuk menjalani pemeriksaan Papanicolaou (PAP) setiap 6 bulan sejak pertama didiagnosis HIV. Bila hasil pemeriksaan negatif dan tidak ada faktor risiko lain untuk kanker leher rahim, maka pemeriksaan dapat dilakukan setiap tahun.

JC. Virus

Virus JC diduga berhubungan dengan leukoensefalopati multifokal progresif, suatu penyakit yang ditandai dengan perubahan status mental, kelumpuhan atau keduanya. Pasien juga mungkin mengalami perubahan kepribadian, seringkali timbul gejala emosional. Perjalanan penyakit ini bervariasi, dan jarang dijumpai pada pasien anak. Diagnosis pasti ditegakkan dengan melakukan biopsi otak, bila mungkin. Pada gambaran CT scan nampak penurunan densitas dan demyelinasi (kerusakan selubung urat syaraf). Belum ada obat untuk penyakit ini, tapi pemberian ART kuat seringkali dapat memperbaiki gejala.

Infeksi Parasit

***Pneumocystis carinii* (PCP-Pneumocystis carini pneumonia)**

Pneumocystis carinii adalah organisme yang tidak menyebabkan sakit pada orang dengan daya tahan tubuh yang normal, namun dapat menyebabkan penyakit pneumonia berat pada ODHA.

Kecurigaan akan adanya infeksi *Pneumocystis carinii* dipikirkan bila timbul gejala takhipneu (frekuensi napas meningkat > 40x/menit), batuk dan sesak napas. Pada auskultasi suara napas dapat saja normal, ronkhi baru akan terdengar pada stadium yang lanjut. Sering kali pasien memberikan gejala hipoksia sedang gambaran foto toraksnya normal. Pada kasus berat foto toraks dapat menunjukkan gambaran infiltrat intersisial. Pada anak gejalanya lebih berat dan sering kali menjadi tanda AIDS yang timbul pertama kali. Diagnosis pasti sulit didapatkan karena harus menemukan kuman yang biasanya diambil dari sedimen bilasan bronkhial yang pelaksanaannya memerlukan alat endoskopi yang tidak mudah. Pengobatan terbaik untuk PCP adalah kotrimoksazol.

Pasien dewasa dengan hitung CD4 < 200/ul dan mengalami kandidiasis orofaringeal, harus diberi terapi profilaksis terhadap PCP. Untuk anak maka indikasi pemberian profilaksi untuk PCPC adalah : 1) hitung CD4 <15%, 2) ada riwayat PCP sebelumnya, atau

3) kandidiasis oral yang kronis. Bayi yang terlahir dari ibu dengan HIV/AIDS harus diberikan pula terapi profilaksis sejak bayi berumur 4 – 6 bulan hingga 12 bulan, atau hingga dapat ditentukan bahwa dia terinfeksi HIV atau tidak. Bila terinfeksi, maka terapinya sesuai dengan pedoman untuk anak terinfeksi HIV.

Dosis kotrimoksazol untuk dewasa adalah trimetoprim 160mg dan sulfametoksazol 800mg (2 tablet dewasa) setiap hari selama 3 hari berturut-turut setiap minggu. Bila dosis tersebut tidak dapat ditoleransi maka diberikan dosis satu tablet setiap hari. Pasien yang mendapat dosis penuh setiap hari juga dapat terlindung dari toksoplasmosis. Dosis anak adalah 150mg trimetoprim/m² dan 750mg sulfametoksazol/m² dibagi dalam dua dosis setiap hari selama 3 hari berturut-turut setiap minggu. Seperti halnya pada dewasa dosis tersebut dapat diberikan pula setiap hari untuk mencegah toksoplasmosis. Bila pasien tidak dapat mentoleransi kotrimoksazol, menderita defisiensi G6PD (gangguan enzim yang menyerang eritrosit), atau alergi terhadap sulfa atau menderita efek samping obat, maka dapat diganti dengan dapson. Efek samping dapson yang tersering adalah ruam di kulit. Dapson meskipun jarang sekali dapat menyebabkan agranulositosis (kerusakan salah satu jenis sel darah putih), anemia aplastik (kegagalan sumsum tulang dalam membuat sel darah merah), kelainan darah yang lain, sindrom Steven-Johnson (reaksi alergi obat yang berat, karakteristik dengan pecahnya selaput mukosa), atau kerusakan hati. Dosis untuk dewasa adalah 100mg sekali sehari. Untuk anak 2mg/kg setiap hari, dengan dosis maksimum 100mg/ hari.

Tabel 4.
Terapi Profilaksis untuk PCP

Umur	Dosis Rekomendasi pertama	Dosis Alternatif (juga untuk profilaksis untuk <i>Toxoplasma gondii</i>)	Dosis alternatif ke dua
Bayi (1-12bl)	Kotrimoksazol 150/750 mg/m ² oral 2 kali sehari selama 3 hari berturut-turut setiap minggu	Kotrimoksazol 150/750 mg/m ² oral 2 kali setiap hari	Dapsone (bayi>1 bulan) 2mg/kg BB oral setiap hari
Anak Umur 1-12 th	Kotrimoksazol 150/750 mg/m ² oral 2 kali sehari selama 3 hari berturut-turut setiap minggu	Kotrimoksazol 150/750 mg/m ² oral 2 kali setiap hari	Dapsone 2mg/kg BB oral setiap hari
Dewasa dan Remaja	Kotrimoksazol 160/800 mg/m ² oral 2 kali sehari selama 3 hari berturut-turut setiap minggu	Kotrimoksazol 160/800 mg/m ² oral 1 kali setiap hari	Dapsone 100mg oral setiap hari

Cryptosporidium

Cryptosporidium Adalah suatu parasit yang menyebabkan diare persisten dan kolesistitis (radang kandung empedu) pada orang dengan sistem imun terganggu. *Cryptosporidium* menyebar secara kontak langsung dengan orang dewasa yang terinfeksi, anak, anak kecil dan binatang yang terinfeksi. Makanan dan air yang tercemar oleh tinja juga dapat menyebarkan penyakit. ODHA harus selalu berhati-hati bila ada kemungkinan kontak dengan tinja manusia atau binatang (ketika mengganti popok bayi), demikian juga bila bekerja dengan tanah. Cuci tangan yang baik dapat mencegah penyakit. Pasien yang terinfeksi *cryptosporidium* memberikan gejala diare dengan tinja cair dan banyak. Bila kandung empedu juga terinfeksi maka timbul mual dan ada rasa nyeri pada kuadrant kanan atas abdomen. Kuman dapat terlihat di bawah mikroskop dengan pengecatan asam ang dimodifikasi. Pada saat ini belum ada obat untuk terapi *cryptosporidiosis*

Isospora belli

Isospora belli menyebar dengan rute transmisi yang sama seperti *cryptosporidium* dan juga memiliki gejala yang sama. Isopora dapat didiagnosa pada peralatan asam-cepat, jika ada. Kotrimoksazol dapat digunakan untuk mengobati *Isospora*, tetapi terdapat 50% angka kekambuhan pada kelompok dewasa. Profilaksis dengan kotrimoksazol dapat digunakan untuk mencegah kekambuhan. Dosis dan efek samping dari kotrimoksazol adalah sama seperti untuk *Pneumocystis carinii* (lihat Tabel 4).

Toxopl asma gondii

Toxoplasma gondii ditularkan melalui potongan daging atau daging yang kurang matang; terutama daging babi, domba dan venison. Ia juga dapat ditularkan melalui tinja kucing. Daging harus dimasak keseluruhan dan sistim imun seseorang harus menghindari kontak dengan kotoran dan tinja kucing. Sekali lagi, mencuci tangan dengan baik dapat mencegah infeksi. Toksoplasmosis dalam sistim imun yang rendah biasanya menyebabkan penyakit pada susunan saraf pusat, terutama abses pada otak. Tidak jarang infeksi toksoplasmosis menjadi aktif kembali, menyebabkan terulangnya infeksi. Pasien menderita gangguan neurologi fokal, termasuk kejang, hemipartesis, hemiplegia, tremor cerebral, kelumpuhan saraf cranial (spt. wajah mencong), kehilangan sensor sebelah, masalah penglihatan atau kebutaan, perubahan kepribadian dan kelainan cognitive. Sakit kepala yang sangat yang tidak mempan dengan obat analgesik. Infeksi *T.gondii* secara klasik terlihat sebagai lingkaran-lingkaran pada lesi di CT scan. Jika tersedia layanan tes, antibodi kadang-kadang dapat dideteksi pada darah atau cairan tubuh (cairan cerebro spinal). Penyakit ini lebih umum pasda orang dewasa dibanding pada anak-anak.

Toksoplasmosis diobati dengan pyrimethamine dan sulfadiazine. Pengobatan toksoplasmosis harus dilanjutkan untuk masa minimal empat minggu setelah penyakitnya hilang sempurna.

Lihat Tabel 5 untuk pengobatan dan pedoman profilaksis sekunder.

Asam folat juga dapat diberikan selama masa pengobatan karena pyrimethamine mengandung metabolisme folat. Profilaksis primer direkomendasikan dengan Kotrimoksazol setiap hari bagi pasien dengan imunitas rendah yang akut.

Tabel 5.
Pengobatan dan Profilaksis untuk *Toxoplasma gondii*

Umur	Pengobatan	Profilaksis kedua
Anak-anak (0-12 tahun)	Pyrimethamine 1-2mg/kg/hari oral untuk 2 hari kemudian 1mg-/kg oral untuk 2 bulan kemudian 1mg/kg oral 3hari/minggu (maks 50 mg) DAN Sulfadiazine 100 mg/kg oral dosis loading kemudian 50mg/kg dua kali sehari lewat mulut DAN Folinic Acid 5-10 mg oral atau intramuskular 3 kali seminggu	Pyrimethamine 1mg/kg secara oral per hari (maks 25 mg) DAN Sulfadiazine 40mg/kg/hari secara oral tiga kali sehari DAN Folinic acid 5 mg secara oral setiap 3 hari
Dewasa (>12 th)	Pyrimethamine 200 mg oral dalam dosis yg dibagi kemudian - 50 mg secara oral tiap hari DAN Sulfadiazine 2.000 mg oral tiga kali sehari DAN Folinic Acid 15 mg oral tiap hari	Pyrimethamine 25 mg oral tiap hari DAN Sulfadiazine 1000mg oral tiga kali sehari DAN Folinic Acid 15 mg oral tiap hari

Infeksi Jamur

Candida albicans

Candida albicans adalah infeksi jamur tersering pada ODHA, terutama kandidiasis oral (juga disebut thrush). Seringkali merupakan salah satu tanda adanya infeksi HIV pada individu yang

tidak ditemukan adanya alasan lain (seperti baru menggunakan antibiotik) untuk terjangkit penyakit jamur. Pada pasien terdapat bercak putih atau kuning pada mukosa orofaring dan pada lidah. Jika terdapat infeksi esofageal, pasien akan mengeluh sulit menelan atau merasa nyeri dada retrosternal saat menelan, membungkukan badannya dan saat memutar kepalanya karena kesulitan menelan. Pasien-pasien berat, yang mendapat pengobatan antibiotik sistemik jangka panjang atau pemasangan kateter (spt. Peralatan akses venous sentral) dapat menumbuhkan kandidiasis yang sistemik atau kandidemia. Kandidiasis oral dapat diobati dengan Gentian violet yang diterapkan langsung pada lesi, atau cairan nystatin atau tablet yang diminum.

Jika diduga terdapat kandidiasis esofagus, digunakan obat ketoconazole atau flukonazol. Kandidiasis pada vagina harus diobati dengan obat anti-jamur topikal. Kandidiasis Sistemik sering juga diobati dengan amfoterisin B. Dosis amfoterisin B ini tergantung seberapa akut sakitnya dan biasanya berkisar antara 0,5mg/kg/hari sampai 1,5mg/kg/hari. Pasien yang menerima obat ini harus dimonitor secara seksama jika dirawat di rumah sakit.

Pada saat pemberian amfoterisin B dengan infus sering timbul menggigil. Amfoterisin B juga menyebabkan hipokalemia (menurunnya kalium dalam serum), supresi sumsum tulang dan nefrotoksik.

Profilaksis juga direkomendasikan bagi penderita ulang/berat kandidiasis. Meskipun demikian pengobatan flukonazol harian direkomendasikan agar dapat menumbuhkan resisten flukonazol kandidiasis.

Alternatif lain adalah digunakannya nystatin tiap hari bagi profilaksis, terutama bagi thrush oral.

Dosis profilaksis dari flukonazol adalah sama dengan dosis pengobatan. Bagi orang dewasa, direkomendasikan flukonazol 100-200mg lewat mulut sekali tiap hari. Bagi anak-anak, direkomendasikan 3-6mg/kg flukonazol oral sekali sehari. Dosis nystatin

profilaksis sama dengan dosis pengobatan. Lihat Tabel 6.

Tabel 6.
Dosis Terapi Profilaksis untuk Kandidiasis Berat yang berulang

Umur	Dosis Nistatin	Dosis Flukonazol
Neonatus (<1 bulan)	100.000 unit, oral, 4 kali sehari	3-6 mg/ kg oral, setiap 72 jam (umur <14 hari)
Bayi (1-12 bulan)	200.000 unit, oral, 4 kali sehari	3-6 mg/ kg oral, setiap hari
Anak	400.000 unit, oral, 4 kali sehari	3-6 mg/ kg oral, setiap hari
Dewasa	4-600.000 unit, oral, 4 kali sehari	100-200 mg/ kg oral, setiap hari

Cryptococcosis

Cryptococcosis biasanya terjangkit pada ODHA dengan supresi imun berat dan hampir selalu mengakibatkan meningitis. Tanda-tanda klinis dan gejala infeksi ini bias sangat tersamar. Penampakan yang paling umum dari infeksi ini adalah demam. Pasien merasakan sakit kepala dan merasa status kemunduran mental. Gejala ini biasanya terjadi selama berminggu-minggu sampai berbulan-bulan. Meningismus (iritasi pada otak dan sumsum tulang belakang tanpa peradangan) selain tanda-tanda dan gejala adanya peningkatan tekanan intrakranial. Diagnosis dibuat dengan sediaan pewarnaan India pada cairan spinal, atau dengan tes cairan spinal dan/atau serum untuk antigen cryptococcal, jika tersedia.

Meningitis Cryptococcal sering ditandai dengan tekanan yang tinggi pada saat punksi lumbal. Pengobatan biasanya dengan amfoterisin B, ditambah flusitosine selama 2 minggu, dilanjutkan dengan flukonazol. Setelah pengobatan awal, pengobatan seumur hidup profilaksis sekunder dengan flukonazol direkomendasikan baik bagi dewasa maupun anak-anak. Dosisnya sama dengan dosis maksimum daftar diatas buntut candidiasis.

10

PENGOBATAN AIDS

Sejauh ini belum ada obat yang dapat menyembuhkan HIV dan AIDS. Obat-obat yang ada masih bersifat memperpanjang hidup ODHA dan memperbaiki kualitas hidupnya. Efektivitas kerja racikan obat-obat tersebut relative menahan laju perkembangbiakan virus HIV/replikasi HIV dalam sel dan dianggap potensial mengatasi AIDS.

Racikan baru tersebut dinamakan ARV (antiretroviral), sedangkan terapi pengobatan ARV dinamakan ART (antiretroviral-teraphy). ARV adalah obat yang dapat menekan berkembangbiaknya HIV. Obat ARV utama saat ini adalah Zidovudine atau Azidotimidin (AZT) yang pertama kali diizinkan pemakaiannya sebagai pengobatan bagi ODHA di Indonesia pada tahun 1987.

AZT dapat menekan jumlah HIV dan meningkatkan kadar limposit T helper. Obat anti-retroviral lain yang dikenal adalah didanosin (ddI) dan didicotosin (ddC). Obat jenis ini biasanya diberikan apabila efek samping AZT terlalu besar atau pada keadaan resisten terhadap AZT. Belakangan ada pengobatan baru yaitu pemakaian obat kombinasi termasuk obat penghambat protease.

Pada perkembangan selanjutnya dipakai strategi lain yaitu pemberian obat dimulai sedini mungkin pada tahap awal infeksi HIV dan obat awalnya berupa kombinasi, bukan obat tunggal. Lebih

jelasan perbedaan metode pengobatan AIDS cara lama dengan cara baru dapat dilihat pada matriks di bawah ini:

Cara Lama	Cara baru
Obat diberikan pada tahap AIDS, bukan pada tahap HIV	Obat diberikan pada tahap infeksi HIV
Obat anti-retroviral diberikan secara tunggal. Selalu dimulai dengan AZT, kecuali ada efek samping dan timbul resistensi	Obat diberikan secara kombinasi antara obat-obatan yang termasuk golongan penghambat reverse transcriptase dan obat penghambat protease
Pasien dibagi kedalam beberapa kelompok berdasarkan jumlah limfosit CD4 dan gejala klinik	Pasien dikelompokkan dan dipantau berdasarkan jumlah limfosit CD4, kondisi klinik pasien dan viral load untuk mengukur beratnya infeksi HIV secara kuantitatif

Pada prinsipnya, tujuan pengobatan AIDS adalah menurunkan jumlah virus di dalam darah hingga serendah mungkin dan meningkatkan jumlah CD4 sebanyak mungkin. Oleh karena virus ini tidak dapat dibasmi seluruhnya, maka seseorang harus minum obat selamanya, bahkan bila gejala sudah hilang.

Sekalipun pengobatan sudah tersedia, namun keterbatasan pengobatan yang tidak dapat menghilangkan virus seluruhnya, maka perilaku aman dari penularan HIV seperti seks dengan menggunakan kondom dan tidak memakai jarum suntik bersama bagi pengguna narkoba suntik merupakan tindakan terpenting yang harus dilakukan.

CARA KERJA ARV

Ada tiga kelompok besar obat ARV yang tersedia:

1. NRTI: singkatan dari Nucleoside dan Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (dibagi dalam NsRTI dan NtRTI)
2. NNRTI: singkatan dari Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors
3. PI: singkatan dari Protease Inhibitors.

Nucleoside dan Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI dan NNRTI) keduanya mempunyai target yang sama. Obat tersebut mencegah HIV masuk kedalam inti sel, sehingga HIV tidak dapat membuat virus baru.

Protease Inhibitors (PI): pada saat inti sel tubuh membuat materi HIV, bagian tersebut harus dipotong dan disatukan kembali dengan cara benar sebelum HIV yang baru keluar dari sel. PI mencegah proses “pemotongan dan penyatuan kembali” tersebut agar tidak terjadi dengan benar, sehingga bagian-bagian virus yang baru saja terbentuk tidak dapat keluar dari sel untuk menginfeksi sel-sel lain.

Hal terpenting dari PI dan NRTI adalah masing-masing bekerja pada tahapan' hapan yang berbeda di dalam proses siklus HIV

Dibawah ini adalah obat-obat ARV yang lazim digunakan. Tenaga medis diharapkan untuk mengenal zidovudin (AZT), stavudin (d4T), lamivudin (3TC), nevirapin (NVP), dan efavirens (EFV). Obat-obat ini adalah ARV yang digunakan pada lini-pertama Obat-obat anti-retroviral yang lazim digunakan

NRTI		NNRTI	PI
Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NsRTI)	Nucleotide Transcriptase Inhibitors (NtRTI)	Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors	Protease Inhibitors
Stavudin (d4T) Lamivudin (3TC) Zidovudin (AZT/ZDV)	Tenovir Disoprosil Fumarat (TDF)	Nevirapin (NVP) Efavirens (EFV)	Saquinavir (SQV) Ritonavir (RTV) Indinavir (IDV) Nelfinavir (NFV) Lopinavir (LPV)

Seperti yang dikatakan terdahulu bahwa cara pengobatan AIDS dilakukan dengan kombinasi beberapa obat. Alasan-alasan penggunaan obat secara kombinasi adalah:

- Diperlukan kekuatan untuk menghentikan replikasi HIV. HIV

membuat virus baru dengan sangat cepat. Setiap harinya, banyak HIV baru yang dibuat, bersamaan dengan itu pula banyak sel yang terinfeksi akan mati. Satu obat dapat memperlambat proses replikasi, dua obat dapat lebih memperlambat lagi, dan tiga obat mempunyai efek yang paten terhadap replikasi virus serta menghindari terjadinya resistensi.

- Obat anti-retroviral dari golongan obat yang berbeda menghambat replikasi virus dengan cara yang berbeda. Menyerang dua target berarti meningkatkan kemungkinan untuk menghentikan replikasi HIV dan melindungi sel-sel baru agar tidak terinfeksi.
- Kombinasi obat anti HIV dapat mengatasi atau menunda resistensi. Resistensi adalah kemampuan HIV untuk mengubah strukturnya sedemikian rupa sehingga membuat obat-obatan menjadi kurang efektif. HIV hanya memerlukan sedikit perubahan saja untuk mampu bertahan terhadap efek obat tertentu. Ketika hanya satu obat yang diberikan, HIV cepat atau lambat akan melakukan perubahan yang diperlukan agar dapat bertahan terhadap obat tersebut. Tetapi jika dua obat diberikan, HIV memerlukan waktu yang lebih lama untuk melakukan perubahan-perubahan yang diperlukan agar menjadi resisten. Ketika 3 obat diberikan bersamaan, akan lebih lama lagi waktu yang diperlukan.

Gabungan 3 obat yang berbeda disebut HAART (Highly Active Anti Retroviral Therapy). HAART adalah standar pengobatan yang paling baik dan mempunyai keuntungan yang paling besar untuk rentang waktu yang paling lama.

REJIMEN LINI-PERTAMA DAN LINI-KEDUA

- Rejimen lini-pertama adalah suatu kombinasi obat yang digunakan pasien yang belum pernah mendapat ART sebelumnya.
- Umumnya rejimen lini-pertama terdiri dari dua NsRTI dan

satu NNRTI. Ada empat rejimen utama untuk lini-pertama yang gerbaik adalah:

1. AZT-3TC-NVP
2. AZT-3TC-EFV
3. D4T-3TC-NVP
4. D4T-3TC-EFV

Perhatikan bahwa 3TC dimasukkan kedalam keempat rejimen tersebut (selalu dicantumkan ditengah).

Obat yang pertama adalah AZT atau d4T (bukan bersamaan)

Obat yang terakhir adalah NVP atau EFV (bukan bersamaan)

AZT sama dengan ZDV

Yang penting diingat terus adalah selalu digunakan 3 kombinasi obat.

- Banyak pasien yang pada akhirnya mengalami kegagalan pengobatan. Pengobatan lini-pertama tidak akan efektif lagi (seringkali obat tersebut tidak diminum sesuai aturan). Dalam kasus seperti ini, dokter akan memikirkan untuk mengubah obat ke rejimen lini-kedua.

Biasanya rejimen lini-kedua terdiri dari 2 NRTI + 1 PI.

Rejimen lini-kedua lebih kuat, tetapi lebih banyak obat yang diminum dan rejimen tersebut kadang-kadang mempunyai pantangan makanan dan menimbulkan lebih banyak efek samping. Bahkan rejimen lini-kedua dapat gagal jika tidak diminum sesuai aturan.

KEUNTUNGAN DAN TUJUAN ART

Keuntungan ODHA yang mengikuti terapi ARV (ART) adalah memperpanjang umur dan meningkatkan kualitas hidup, seperti:

- Keluarga dapat tetap utuh
- Mengurangi jumlah anak yang yatim-piatu
- Menurunkan angka penularan dari ibu ke anak
- Meningkatkan jumlah orang yang ikut konseling dan tes HIV

- Meningkatkan kesadaran dalam masyarakat karena lebih banyak orang yang ikut tes
- Menurunkan stigma seputar infeksi HIV karena saat ini pengobatan sudah tersedia
- Meningkatkan motivasi tenaga kesehatan karena mereka merasa dapat berbuat lebih untuk menolong para ODHA dan keluarganya
- Lebih sedikit biaya yang dikeluarkan untuk mengobati infeksi opportunistic dan menyediakan perawatan paliatif
- ODHA bias tetap bekerja

Keuntungan diatas diperoleh ODHA yang mengikuti program ART oleh karena tujuan ART sendiri adalah:

1. ART menghambat replikasi virus, sehingga mencegah perkembangan penyakit dan kerusakan sistim kekebalan tubuh.
2. Sistim kekebalan tubuh mempunyai kesempatan untuk pulih kembali sehingga infeksi oportunistik berkurang.

Meskipun demikian, pengobatan dengan anti-retviral tidak menyembuhkan infeksi HIV.

GEJALA DAN INFEKSI OPORTUNISTIK

Gejala-gejala utama AIDS

Berbagai gejala AIDS umumnya tidak akan terjadi pada orang-orang yang memiliki sistem kekebalan tubuh yang baik. Kebanyakan kondisi tersebut akibat infeksi oleh bakteri, virus, fungi dan parasit, yang biasanya dikendalikan oleh unsur-unsur sistem kekebalan tubuh yang dirusak HIV. Infeksi oportunistik umum didapati pada penderita AIDS. HIV mempengaruhi hampir semua organ tubuh. Penderita AIDS juga berisiko lebih besar menderita kanker seperti sarkoma Kaposi, kanker leher rahim, dan kanker sistem kekebalan yang disebut limfoma.

Biasanya penderita AIDS memiliki gejala infeksi sistemik; seperti

demam, berkeringat (terutama pada malam hari), pembengkakan kelenjar, kedinginan, merasa lemah, serta penurunan berat badan. Infeksi oportunistik tertentu yang diderita pasien AIDS, juga tergantung pada tingkat kekerapan terjadinya infeksi tersebut di wilayah geografis tempat hidup pasien.

Penyakit paru-paru utama

Foto sinar-X pneumonia pada paru-paru, disebabkan oleh *Pneumocystis jirovecii*.

Pneumonia *pneumocystis* (PCP) jarang dijumpai pada orang sehat yang memiliki kekebalan tubuh yang baik, tetapi umumnya dijumpai pada orang yang terinfeksi HIV.

Penyebab penyakit ini adalah fungi *Pneumocystis jirovecii*. Sebelum adanya diagnosis, perawatan, dan tindakan pencegahan rutin yang efektif di negara-negara Barat, penyakit ini umumnya segera menyebabkan kematian. Di negara-negara berkembang, penyakit ini masih merupakan indikasi pertama AIDS pada orang-orang yang belum dites, walaupun umumnya indikasi tersebut tidak muncul kecuali jika jumlah CD4 kurang dari 200 per μL .

Tuberkulosis (TBC) merupakan infeksi unik di antara infeksi-infeksi lainnya yang terkait HIV, karena dapat ditularkan kepada orang yang sehat (imunokompeten) melalui rute pernapasan (respirasi). Ia dapat dengan mudah ditangani bila telah diidentifikasi, dapat muncul pada stadium awal HIV, serta dapat dicegah melalui terapi pengobatan. Namun demikian, resistensi TBC terhadap berbagai obat merupakan masalah potensial pada penyakit ini.

Meskipun munculnya penyakit ini di negara-negara Barat telah berkurang karena digunakannya terapi dengan pengamatan langsung dan metode terbaru lainnya, namun tidaklah demikian yang terjadi di negara-negara berkembang tempat HIV paling banyak ditemukan. Pada stadium awal infeksi HIV (jumlah CD4 >300 sel per μL), TBC muncul sebagai penyakit paru-paru. Pada stadium lanjut infeksi HIV, ia sering muncul sebagai penyakit

sistemik yang menyerang bagian tubuh lainnya (tuberkulosis ekstrapulmoner). Gejala-gejalanya biasanya bersifat tidak spesifik (konstitusional) dan tidak terbatas pada satu tempat. TBC yang menyertai infeksi HIV sering menyerang sumsum tulang, tulang, saluran kemih dan saluran pencernaan, hati, kelenjar getah bening (nodus limfa regional), dan sistem syaraf pusat. Dengan demikian, gejala yang muncul mungkin lebih berkaitan dengan tempat munculnya penyakit ekstrapulmoner.

Penyakit saluran pencernaan utama

Esofagitis adalah peradangan pada kerongkongan (esofagus), yaitu jalur makanan dari mulut ke lambung. Pada individu yang terinfeksi HIV, penyakit ini terjadi karena infeksi jamur (jamur kandidiasis) atau virus (herpes simpleks-1 atau virus sitomegalo). Ia pun dapat disebabkan oleh mikobakteria, meskipun kasusnya langka.

Diare kronis yang tidak dapat dijelaskan pada infeksi HIV dapat terjadi karena berbagai penyebab; antara lain infeksi bakteri dan parasit yang umum (seperti *Salmonella*, *Shigella*, *Listeria*, *Kampilobakter*, dan *Escherichia coli*), serta infeksi oportunistik yang tidak umum dan virus (seperti kriptosporidiosis, mikrosporidiosis, *Mycobacterium avium complex*, dan virus sitomegalo (CMV) yang merupakan penyebab kolitis).

Pada beberapa kasus, diare terjadi sebagai efek samping dari obat-obatan yang digunakan untuk menangani HIV, atau efek samping dari infeksi utama (primer) dari HIV itu sendiri. Selain itu, diare dapat juga merupakan efek samping dari antibiotik yang digunakan untuk menangani bakteri diare (misalnya pada *Clostridium difficile*). Pada stadium akhir infeksi HIV, diare diperkirakan merupakan petunjuk terjadinya perubahan cara saluran pencernaan menyerap nutrisi, serta mungkin merupakan komponen penting dalam sistem pembuangan yang berhubungan dengan HIV.

Penyakit syaraf dan kejiwaan utama

Infeksi HIV dapat menimbulkan beragam kelainan tingkah laku karena gangguan pada syaraf (*neuropsychiatric sequelae*), yang disebabkan oleh infeksi organisme atas sistem syaraf yang telah menjadi rentan, atau sebagai akibat langsung dari penyakit itu sendiri.

Toksoplasmosis adalah penyakit yang disebabkan oleh parasit bersel-satu, yang disebut *Toxoplasma gondii*. Parasit ini biasanya menginfeksi otak dan menyebabkan radang otak akut (toksoplasma ensefalitis), namun ia juga dapat menginfeksi dan menyebabkan penyakit pada mata dan paru-paru. Meningitis kriptokokal adalah infeksi meninges (membran yang menutupi otak dan sumsum tulang belakang) oleh jamur *Cryptococcus neoformans*. Hal ini dapat menyebabkan demam, sakit kepala, lelah, mual, dan muntah. Pasien juga mungkin mengalami sawan dan kebingungan, yang jika tidak ditangani dapat mematikan.

Leukoensefalopati multifokal progresif adalah penyakit demielinasi, yaitu penyakit yang menghancurkan selubung syaraf (mielin) yang menutupi serabut sel syaraf (akson), sehingga merusak penghantaran impuls syaraf. Ia disebabkan oleh virus JC, yang 70% populasinya terdapat di tubuh manusia dalam kondisi laten, dan menyebabkan penyakit hanya ketika sistem kekebalan sangat lemah, sebagaimana yang terjadi pada pasien AIDS. Penyakit ini berkembang cepat (progresif) dan menyebar (multilokal), sehingga biasanya menyebabkan kematian dalam waktu sebulan setelah diagnosis.

Kompleks demensia AIDS adalah penyakit penurunan kemampuan mental (demensia) yang terjadi karena menurunnya metabolisme sel otak (ensefalopati metabolik) yang disebabkan oleh infeksi HIV; dan didorong pula oleh terjadinya pengaktifan imun oleh makrofag dan mikroglia pada otak yang mengalami infeksi HIV, sehingga mengeluarkan neurotoksin. Kerusakan syaraf yang spesifik, tampak dalam bentuk ketidaknormalan kognitif, perilaku, dan motorik, yang muncul bertahun-tahun setelah infeksi HIV

terjadi. Hal ini berhubungan dengan keadaan rendahnya jumlah sel T CD4⁺ dan tingginya muatan virus pada plasma darah. Angka kemunculannya (prevalensi) di negara-negara Barat adalah sekitar 10-20%, namun di India hanya terjadi pada 1-2% pengidap infeksi HIV.^{[19][20]} Perbedaan ini mungkin terjadi karena adanya perbedaan subtype HIV di India.

Kanker dan tumor ganas (malignan)

Sarkoma Kaposi

Pasien dengan infeksi HIV pada dasarnya memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap terjadinya beberapa kanker. Hal ini karena infeksi oleh virus DNA penyebab mutasi genetik; yaitu terutama virus Epstein-Barr (EBV), virus herpes Sarkoma Kaposi (KSHV), dan virus papiloma manusia (HPV).

Sarkoma Kaposi adalah tumor yang paling umum menyerang pasien yang terinfeksi HIV. Kemunculan tumor ini pada sejumlah pemuda homoseksual tahun 1981 adalah salah satu pertanda pertama wabah AIDS. Penyakit ini disebabkan oleh virus dari subfamili gammaherpesvirinae, yaitu virus herpes manusia-8 yang juga disebut virus herpes Sarkoma Kaposi (KSHV). Penyakit ini sering muncul di kulit dalam bentuk bintik keungu-unguan, tetapi dapat menyerang organ lain, terutama mulut, saluran pencernaan, dan paru-paru.

Kanker getah bening tingkat tinggi (limfoma sel B) adalah kanker yang menyerang sel darah putih dan terkumpul dalam kelenjar getah bening, misalnya seperti limfoma Burkitt (*Burkitt's lymphoma*) atau sejenisnya (*Burkitt's-like lymphoma*), *diffuse large B-cell lymphoma* (DLBCL), dan limfoma sistem syaraf pusat primer, lebih sering muncul pada pasien yang terinfeksi HIV. Kanker ini seringkali merupakan perkiraan kondisi (prognosis) yang buruk. Pada beberapa kasus, limfoma adalah tanda utama AIDS. Limfoma ini sebagian besar disebabkan oleh virus Epstein-Barr atau virus herpes Sarkoma Kaposi.

Kanker leher rahim pada wanita yang terkena HIV dianggap tanda utama AIDS. Kanker ini disebabkan oleh virus papiloma manusia.

Pasien yang terinfeksi HIV juga dapat terkena tumor lainnya, seperti limfoma Hodgkin, kanker usus besar bawah (*rectum*), dan kanker anus. Namun demikian, banyak tumor-tumor yang umum seperti kanker payudara dan kanker usus besar (*colon*), yang tidak meningkat kejadiannya pada pasien terinfeksi HIV. Di tempat-tempat dilakukannya terapi antiretrovirus yang sangat aktif (HAART) dalam menangani AIDS, kemunculan berbagai kanker yang berhubungan dengan AIDS menurun, namun pada saat yang sama kanker kemudian menjadi penyebab kematian yang paling umum pada pasien yang terinfeksi HIV.

Infeksi oportunistik lainnya

Pasien AIDS biasanya menderita infeksi oportunistik dengan gejala tidak spesifik, terutama demam ringan dan kehilangan berat badan. Infeksi oportunistik ini termasuk infeksi *Mycobacterium avium-intracellulare* dan virus sitomegalo. Virus sitomegalo dapat menyebabkan gangguan radang pada usus besar (kolitis) seperti yang dijelaskan di atas, dan gangguan radang pada retina mata (*retinitis sitomegalovirus*), yang dapat menyebabkan kebutaan. Infeksi yang disebabkan oleh jamur *Penicillium marneffei*, atau disebut *Penisiliosis*, kini adalah infeksi oportunistik ketiga yang paling umum (setelah tuberkulosis dan kriptokokosis) pada orang yang positif HIV di daerah endemik Asia Tenggara.

PENGobatan ALTERNATIF

Berbagai bentuk pengobatan alternatif digunakan untuk menangani gejala atau mengubah arah perkembangan penyakit. Akupunktur telah digunakan untuk mengatasi beberapa gejala, misalnya kelainan syaraf tepi (*peripheral neuropathy*) seperti kaki kram, kesemutan atau nyeri; namun tidak menyembuhkan infeksi HIV. Tes-tes uji acak klinis terhadap efek obat-obatan jamu

menunjukkan bahwa tidak terdapat bukti bahwa tanaman-tanaman obat tersebut memiliki dampak pada perkembangan penyakit ini, tetapi malah kemungkinan memberi beragam efek samping negatif yang serius.

Beberapa data memperlihatkan bahwa suplemen multivitamin dan mineral kemungkinan mengurangi perkembangan penyakit HIV pada orang dewasa, meskipun tidak ada bukti yang menyakinkan bahwa tingkat kematian (mortalitas) akan berkurang pada orang-orang yang memiliki status nutrisi yang baik. Suplemen vitamin A pada anak-anak kemungkinan juga memiliki beberapa manfaat. Pemakaian selenium dengan dosis rutin harian dapat menurunkan beban tekanan virus HIV melalui terjadinya peningkatan pada jumlah CD4. Selenium dapat digunakan sebagai terapi pendamping terhadap berbagai penanganan antivirus yang standar, tetapi tidak dapat digunakan sendiri untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas.

Penyelidikan terakhir menunjukkan bahwa terapi pengobatan alternatif memiliki hanya sedikit efek terhadap mortalitas dan morbiditas penyakit ini, namun dapat meningkatkan kualitas hidup individu yang mengidap AIDS. Manfaat-manfaat psikologis dari beragam terapi alternatif tersebut sesungguhnya adalah manfaat paling penting dari pemakaiannya.

11

KONSELING UNTUK KEPATUHAN BEROBAT

A. APAKAH KEPATUHAN BEROBAT ITU?

Kepatuhan berobat adalah kemampuan klien untuk melakukan pengobatan sesuai petunjuk medik.¹ Artinya dosis, waktu dan cara pemberian tepat. Medikasi yang harus dilakukan untuk jangka panjang, adalah hal yang biasa pada setiap penyakit kronis, termasuk HIV/AIDS. Medikasi termasuk pemberian ARV, profilaksi untuk infeksi oportunistik, medikasi untuk infeksi oportunistik (terutama terapi TB). Medikasi yang bermacam-macam menghasilkan suatu regimen kompleks, yang harus diikuti oleh pasien. Misalnya, medikasi ARV sangat efektif bila di berikan dalam bentuk kombinasi dua atau lebih jenis ARV kelas utama.

B. MENGAPA KEPATUHAN BEROBAT PENTING?

Akses untuk mendapat medikasi amatlah penting, tetapi hal ini tidaklah cukup. Kepatuhan adalah faktor yang menentukan efektivitas suatu pengobatan. Kepatuhan yang buruk akan membuat dampak ganda dalam arti mengeluarkan banyak dana dan memperburuk kualitas hidup pasien. Bagi pasien, ketidak patuhan berobat mengakibatkan kegagalan ARV melawan virus, sehingga

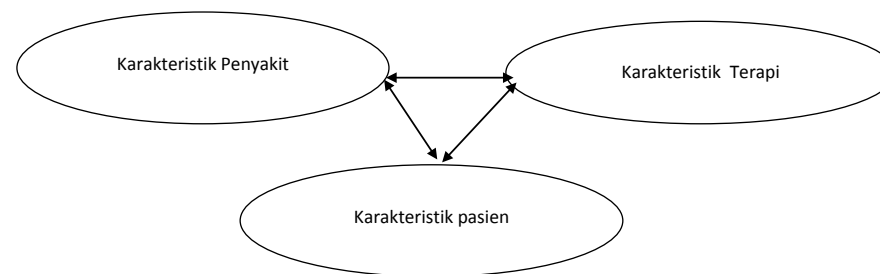
virus resisten dan terjadi kegagalan imunologik dan keadaan klinis memburuk.² Pandangan kesehatan masyarakat menyatakan, bila terjadi resistensi terhadap pengobatan maka pengobatan menjadi tidak efektif, atau berhenti bekerja sehingga diperlukan upaya baru untuk melawan infeksi dengan obat lain atau obat yang sama dengan dosis berbeda atau kombinasi, sementara jenis obat terbatas persediaannya. Disamping itu mereka yang resisten sukar diobati. Resistensi terhadap jenis obat multipel telah terbukti di banyak negara. Dari sudut pandang ekonomi kesehatan, ketidak patuhan berobat meningkatkan biaya berobat dengan mahal nya harga obat pengganti dan lamanya perawatan di rumah sakit atau hospitalisasi³.

Peningkatan kepatuhan berobat akan memberi dampak besar bagi kesehatan dalam masyarakat dari pada terapi medik spesifik lainnya.⁴ Laporan WHO mengatakan akan mudah dan murah melakukan intervensi kepatuhan berobat secara konsisten dan hasilnya sangat efektif.⁵ Dalam terapi antiretroviral, kepatuhan berobat merupakan kunci suksesnya suatu terapi.^{6,7}

Kepatuhan berobat jangka panjang untuk penyakit kronis di negara berkembang rata-rata 50% , bahkan lebih rendah. Banyak pasien sulit melakukan terapi sesuai petunjuk.⁸ Di banyak negara, sistem perawatan kesehatan dirancang untuk penyakit akut, yang tak terlalu cocok untuk diterapkan pada pengobatan jangka panjang untuk penyakit kronis. Karena itu, perlu mengembangkan kebijakan dan struktur yang mendukung kepatuhan berobat bagi mereka yang menderita penyakit kronis, termasuk HIV/AIDS, terutama akses untuk terapi ARV. Keberhasilan terapi ARV membutuhkan akses ke pelayanan dan fasilitas spesifik.⁹

C. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN BEROBAT – DIPANDANG DARI SISI BIO PSIKOSOSIAL

Pemberian informasi dari dokter dan petugas kesehatan tentang kepatuhan berobat tidaklah cukup. Banyak faktor, dari fisik sampai kondisi psikososial yang mempengaruhi kepatuhan berobat .¹⁰



Karakteristik penyakit

- Lamanya infeksi di obati
- Keparahan dan stadium penyakit, misalnya orang merasa kondisinya sudah lebih baik, sehingga obat tak perlu diteruskan

Karakteristik Terapi

- Kesulitan fisik untuk menerima obat, misalnya kesulitan menelan tablet dalam jumlah besar
- Keparahan dan lamanya efek samping terapi, misalnya mual, konstipasi, kehilangan nafsu makan, atau perubahan cita rasa, perlu digali dari pasien agar obat dapat diteruskan
- Rutinitas sehari-hari dan pembatasan diet yang dibutuhkan untuk terapi, misalnya meminum obat dua jam sesudah makan
- Lamanya terapi
- Kompleksitas jadual dosis, misalnya peningkatan dosis obat berakibat penurunan kepatuhan
- Kompleksitas resimen dosis, misalnya banyaknya tablet
- Farmakologi obat, misalnya antibiotik akan memperbaiki gejala dan membuat orang merasa lebih enak , tetapi seluruh perjalanan infeksi belum selesai . Sehingga ketika obat dihentikan, maka infeksi berkembang lagi.

Karakteristik Pasien

- Sikap , misalnya sikap pasien terhadap obat: "Obat adalah

racun. Hentikan saja."

- *Sistem keyakinan* , misalnya bagaimana pasien mempersepsikan HIV/AIDS
- *Kepribadian/perilaku* , misalnya pasien yang biasa hidup teratur akan lebih mudah patuh
- *Sosial* , misalnya "*Saya tak ingin dianggap orang sakit. Jika orang melihat saya minum obat, saya dianggap sakit*"
- *Motivasi* , misalnya pasien ingin sehat
- *Faktor sosio-demografi* , misalnya umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan , relasi dan tanggung jawab dalam pekerjaan dan membesarkan anak
- *Psikologik*

Karakteristik hubungan antara dokter dan pasien

- Bina hubungan secara umum
- Kualitas informasi yang disampaikan
- Keterampilan bahasa dan komunikasi
- Cara mendengarkan
- Waktu konsultasi
- *Setting* klinik
- Cara bertukar informasi, misalnya tanya jawab
- Sikap pasien dan petugas kesehatan, petugas kesehatan sering membuat pasien merasa rendah diri sehingga pasien merasa dikendalikan

Kehamilan dan pasca melahirkan

Penting untuk memberi perhatian khusus dan dukungan kepada pasien antepartum dan pasca melahirkan, serta pemberian medikasinya, agar kepatuhan dapat terjaga.¹¹ Hambatan utama kepatuhan berobat pada orang hamil, antara lain: ketakutan bahwa ARV akan menimbulkan gangguan bagi janinnya, perubahan fisik pasca melahirkan membuat tekanan pada pasangan, tuntutan pengasuhan bayi baru lahir, mual masa kehamilan, gangguan gastrointestinal yang mungkin akan ditambah dengan efek samping

penggunaan ARV.¹²

Bayi dan anak

Kepatuhan berobat untuk anak dan bayi merupakan hal yang sulit karena membutuhkan bantuan orang dewasa, dan keinginan kuat mereka untuk minum obat, yang menimbulkan perasaan tak nyaman dan pengungkapan status. Untuk terapi ARV pada anak, ada beberapa masalah yang harus dipertimbangkan, misalnya fisiologik, klinis, praktis dan sosial.¹³ Konselor perlu menggali apakah rasa bersalah orangtua mempunyai dampak sebaliknya untuk anaknya yang terinfeksi, ia tak menginginkan anaknya menderita akan efek samping dan menghentikan obat secara dini atau mengurangi dosis obat.

Gaya hidup tak stabil

Kepatuhan berobat membuat sulitnya penyesuaian diri dalam kehidupan sehari-hari dan faktor lainnya, seperti waktu bekerja, suasana sekitar dan kesehatan mental mereka. Misalnya seorang dengan gangguan kepribadian antisosial dan ambang, mereka mengalami gangguan mental serius, misalnya mood yang tidak stabil karena menggunakan obat-obat, baik legal maupun illegal (termasuk alkohol). Konsekuensinya, maka semua perubahan kesehatan dan psikologik yang membuat gaya hidup tak stabil perlu mendapat perhatian sebagaimana perhatian terhadap terapi. Strategi untuk memperbaiki stabilitas gaya hidup membutuhkan pendekatan pada pola penggunaan NAPZA, tingkat ketergantungan NAPZA, emosional, legal, serta pendapatan.¹⁴

E. STRATEGI KEPATUHAN

Kepatuhan berobat berarti patuh mengikuti petunjuk penggunaan medikasi, dan lebih dari pada itu menerapkan dan mempertahankan perilaku teraupetik.¹⁵ Agar seseorang patuh diperlukan komitmen dan partisipasi semua *stakeholders* di sistem pelayanan kesehatan. Ketidak patuhan berobat merupakan problem

multidimensional, yang membutuhkan strategi inovatif yang berbeda, tergantung ketersediaan sumber di lingkungan tersebut dan kerjasama serta dukungan petugas kesehatan, konselor, masyarakat dan anggota keluarga. Intervensi untuk memperbaiki kepatuhan berobat dananya cukup rendah, studi membuktikan adanya penghematan dan peningkatan efektifitas intervensi kesehatan yang berbiaya rendah untuk meningkatkan kepatuhan.¹⁶

WHO merekomendasikan kepatuhan berobat dipromosikan sebagai penyederhanaan resimen, sesedikit mungkin jumlah obat, diberikan tidak lebih dari dua kali sehari.¹⁷ Konseling lanjutan dan strategi konseling merupakan alat untuk dapat meningkatkan kepatuhan pada resimen terapi. Faktor keberhasilan bagi kepatuhan berobat meliputi pendidikan dalam manajemen diri sendiri, program manajemen farmasi, perawat, apoteker/asisten apoteker dan petugas kesehatan profesional non medik lainnya membuat protokol intervensi, konseling, intervensi perilaku, tindak lanjut.¹⁸

Pada tempat yang tak memungkinkan dokter-pasien melakukan konsultasi, konselor dapat membantu mendukung dengan cara melakukan penilaian pra terapi, memonitor kepatuhan, pendidikan pasien dan konseling guna mengatasi kesulitan akan kepatuhan yang terjadi.

Edukasi pasien

Ketika dokter menulis resep, penting diingat bahwa pasien harus memahami¹⁹:

- Jenis pengobatan
- Manfaat obat
- Lamanya pengobatan
- Efek samping yang mungkin terjadi – banyak pasien berhenti minum obat karena menderita efek samping yang sebelumnya tidak diantisipasi

- Bagaimana cara minum yang benar

MEREKA YANG MINUM OBAT HARUS MENGETAHUI:

- **Medikasi yang benar** – mereka mengambil medikasi yang cocok untuk penyakitnya. Ketika mereka mencampur obatnya dalam satu wadah atau kemasan untuk pagi, dan malam misalnya, mereka harus paham betul nama obat, warna dan bentuk, dosis, agar tak terjadi kebingungan.
- **Cara yang benar** – bahwa obat betul masuk tubuh sesuai anjuran, yakni dengan cara ditelan, atau dikunyah, dihisap, dioles di kulit, disuntikkan dan sebagainya. Beberapa medikasi harus masuk pada saat lambung kosong, artinya 30 menit sebelum makan atau 1 jam sesudah makan. Ada obat yang harus dimakan bersama makanan, artinya bersamaan dengan makan atau makanan kecil.
- **Jumlah yang benar** – dosis yang ditelan harus tepat, jangan melebihi aturan, atau kurang dari aturannya. Ada pendapat salah mengatakan makin banyak diminum cepat sembuh, atau untuk menghemat obat maka dimakan sedikit kurang dari ketentuan dosis.
- **Waktu yang tepat** – mereka harus minum obat pada jam yang ditentukan, misalnya setiap empat jam. Lebih baik jika dituliskan waktu minum obat agar tidak membingungkan misalnya pukul 08.00, 12.00, 16.00 atau 20.00.

ODHA mungkin meminum beberapa macam obat pada satu waktu, misalnya obat ARV, untuk infeksi oportunistik, nyeri, menghilangkan gejala lainnya yang tak terkait HIV. Akan sangat membantu bila menuliskan semua medikasi yang digunakan, bersama petunjuk pemakaiannya.

Tabel dibawah ini merupakan contoh:

JADUAL MEDIKASI				
Nama obat	Manfaat	Deskripsi	Kapan diberikan	Komentar
Trimethoprim-sulphame-thoxazole (DS) Cotrimoxazole Bactrim	Terapi dan profilaksi untuk <i>Pneumocystis Carinii</i> <i>Pneumonia</i> (PCP)	Lonjong panjang putih tengahnya ada tulisan	Terapi khas: 2 DS tablet TDS. Profilaksis: 1 DS tablet 4 kali seminggu atau ½ DS tablet sehari	Dapat menyebabkan mual dan muntah, diberikan sesudah makan. Amati reaksi alergi meski sebelumnya cocok
Parasetamol	Untuk demam, sakit kepala dan nyeri .	Tablet putih 500mg atau kapsul	Minum 1-2 tablet setiap 4 jam	Minum tak lebih dari 8 tablet atau kapsul sehari. Diminum dalam keadaan perut kosong.
Tablet kontrasepsi	Pencegahan kehamilan	Berbagai bentuk dan warna	Diminum setiap hari tak lebih dari 24 jam bedanya	Diminum sesudah makan malam atau mau tidur Dapat dipengaruhi obat lain seperti Rifampicin, antibiotik. Tanya dokter atau petugas kesehatan tentang interaksinya.

F. KONSELING KEPATUHAN BEROBAT

WHO merekomendasikan dibutuhkan waktu untuk memberikan pengetahuan dan persiapan guna meningkatkan kepatuhan sebelum dimulai terapi ARV. Persiapannya termasuk melakukan penilaian kemampuan individu untuk patuh pada terapi dan skrining penyalahgunaan NAPZA atau gangguan mental yang akan memberi dampak pada HIV. Sekali terapi dimulai, harus dilakukan monitoring terus menerus yang dinilai oleh dokter, jumlah obat (kuantitatif berguna tetapi merupakan subyek kesalahan dan manipulasi) dan divalidasi dengan daftar pertanyaan kepada pasien. Konseling perlu untuk membantu pasien mencari jalan keluar dari kesulitan yang mungkin timbul dari pemberian terapi dan mempengaruhi kepatuhan.

Model keyakinan kesehatan mengatakan setiap individu akan masuk dalam perilaku sehat seperti kepatuhan minum obat bila mereka percaya obat tersebut manjur untuk penyakitnya dan memberikan konsekuensi serius pada mereka, dan mereka percaya aksi obat akan mengurangi keparahan penyakit. Model ini harus mempertimbangkan aspek akanantisipasi terjadinya kendala misalnya dana (*harus berulang kali datang untuk VCT dan mengambil obat dan sebagainya*) serta keuntungan yang diperoleh. Faktor penting kepatuhan adalah keyakinan individu akan kemampuannya untuk menjaga kepatuhan berobat jangka panjang agar tujuan pengobatan tercapai. Konselor harus dapat menilai faktor ini dan mengembangkan strategi menanggapi misalnya, bila klien melaporkan kepada dokter bahwa mereka merasa obatnya sangat toksik dan membuat kesehatan mereka menjadi memburuk. Mereka mengatakan: "*teman saya minum obat ini dan dalam waktu singkat ia meninggal, karena itu saya tak mau minum obat ini.*" Sebagai pernyataan ketakutan mereka akan toksisitas obat yang diberikan.

STRATEGI PERILAKU

Beberapa saran untuk membantu mengatur pengobatan adalah sebagai berikut:

- *Membuat jadual pengobatan.* Gunakan kalender atau buku harian untuk membantu penggunaan obat sesuai aturan, kapan diminum, bagaimana caranya, misalnya mulai minggu pertama tulis dosis lalu beri tanda pada kalender kalau hari itu obat sudah diminum.
- *Bagi obat dalam jumlah harian, atau mingguan.* Dapat juga dimasukkan dalam wadah kemudian diberi label . Petugas kesehatan dapat membantu pada awalnya.
- *Minumlah obat pada jam yang sama setiap hari* (sesuaikan dengan petunjuk)
- *Minum obat dimasukkan dalam jadual rutin harian pasien seperti sesudah makan atau akan pergi kerja atau pulang kerja.* (sesuaikan dengan petunjuk)
- *Rencanakan kapan membeli obat lagi, sehingga persediaan tak sampai kosong dan dosis terlewat*
- *Jika bepergian, jangan lupa bawa obat dan bawa cadangan juga untuk menjaga bila hilang.*
- *Minum obat dijadikan prioritas setiap hari.*

Modifikasi perilaku

- Membangun keterampilan dan mendorongnya
- Lebih teratur
- Alat bantu manajemen diri sendiri
- Buat pasien merasa senang dan sebagai individu tampil beda
- Gunakan dukungan sosial, konseling, kunjungan rumah
- Mintalah bantuan anggota keluarga

Konseling pemecahan masalah untuk kepatuhan berobat

Klien dapat diajari membangun struktur pemecahan masalah untuk mengatasi masalah yang timbul dari kepatuhan berobat.

Ini sangat berguna ketika diskusi mencari solusi masalah yang dihadapi dalam kepatuhan berobat, misalnya klien memberitahu bahwa ia menghindari minum obat ketika kerja, karena ia makan siang selalu bersama kolega dan tak ingin siapapun tahu ia sakit. Sementara obat harus diminum pada waktu makan. Konselor dan klien berdiskusi dan mengevaluasi berbagai alternatif yang muncul berkaitan dengan permasalahan yang diajukan. Konselor membantu klien mengembangkan rencana kepatuhannya dan mengajar klien keterampilan perilaku yang dibutuhkan.

12

PERAWATAN RUMAH (*HOME BASE CARE*)

Pelayanan kesehatan di rumah adalah pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien di rumahnya, yang merupakan sintesa dari pelayanan keperawatan komunitas dan keterampilan teknikal tertentu yang berasal dari spesialisasi kesehatan tertentu, yang befokus pada asuhan keperawatan individu dengan melibatkan keluarga , dengan tujuan menyembuhkan, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan fisik, mental/emosi pasien.

Perawatan kesehatan di rumah merupakan salah satu jenis dari perawatan jangka panjang (*Long term care*) yang dapat diberikan oleh tenaga profesional maupun non profesional yang telah mendapatkan pelatihan. Perawatan kesehatan di rumah yang merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan adalah suatu komponen rentang pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan serta memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit termasuk penyakit terminal.

Pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien individual dan keluarga, direncanakan, dikoordinasi dan disediakan oleh pemberi pelayanan yang diorganisir untuk memberi home care

melalui staf atau pengaturan berdasarkan perjanjian atau kombinasi dari keduanya (WarholaC,1980). Sherwen (1991) mendefinisikan perawatan kesehatan di rumah sebagai bagian integral dari pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat mencapai kemandirian dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang mereka hadapi.

Sedangkan Stuart (1998) menjabarkan perawatan kesehatan di rumah sebagai bagian dari proses keperawatan di rumah sakit, yang merupakan kelanjutan dari rencana pemulangan (*discharge planning*), bagi klien yang sudah waktunya pulang dari rumah sakit. Perawatan di rumah ini biasanya dilakukan oleh perawat dari rumah sakit semula, dilaksanakan oleh perawat komunitas dimana klien berada, atau dilaksanakan oleh tim khusus yang menangani perawatan di rumah.

Menurut American of Nurses Association (ANA) tahun 1992 pelayanan kesehatan di rumah adalah perpaduan perawatan kesehatan masyarakat dan ketrampilan teknis yang terpilih dari perawat spesialis yang terdiri dari perawat komunitas, perawat gerontologi, perawat psikiatri, perawat maternitas dan perawat medikal bedah.

Adapun definisi perawatan kesehatan di rumah antara lain:

1. Perawatan di rumah merupakan lanjutan asuhan keperawatan dari rumah sakit yang sudah termasuk dalam rencana pemulangan (*discharge planning*) dan dapat dilaksanakan oleh perawat dari rumah sakit semula, oleh perawat komunitas di mana pasien berada, atau tim keperawatan khusus yang menangani perawatan di rumah.
2. Perawatan di rumah merupakan bagian dari asuhan keperawatan keluarga, sebagai tindak lanjut dari tindakan unit rawat jalan atau puskesmas.
3. Pelayanan kesehatan berbasis di rumah merupakan suatu komponen rentang keperawatan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada

individu dan keluarga di tempat tinggal mereka, yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit termasuk penyakit terminal.

4. Pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien individu dan keluarga, direncanakan, dikoordinasikan dan disediakan oleh pemberi pelayanan yang diorganisir untuk memberi pelayanan di rumah melalui staf atau pengaturan berdasarkan perjanjian kerja (kontrak) (warola,1980 dalam Pengembangan Model Praktek Mandiri keperawatan di rumah yang disusun oleh PPNI dan Depkes).

Berdasarkan definisi di atas, dapat disimpulkan perawatan kesehatan di rumah adalah:

- Suatu bentuk pelayanan kesehatan yang komprehensif bertujuan memandirikan klien dan keluarganya,
- Pelayanan kesehatan diberikan di tempat tinggal klien dengan melibatkan klien dan keluarganya sebagai subyek yang ikut berpartisipasi merencanakan kegiatan pelayanan,
- Pelayanan dikelola oleh suatu unit/sarana/institusi baik aspek administrasi maupun aspek pelayanan dengan mengkoordinir berbagai kategori tenaga profesional dibantu tenaga non profesional, di bidang kesehatan maupun non kesehatan (Depkes, 2002).

Pelayanan keperawatan yang diberikan meliputi pelayanan primer, sekunder dan tersier yang berfokus pada asuhan keperawatan klien melalui kerjasama dengan keluarga dan tim kesehatan lainnya. Perawatan kesehatan di rumah adalah spektrum kesehatan yang luas dari pelayanan sosial yang ditawarkan pada lingkungan rumah untuk memulihkan ketidakmampuan dan membantu klien yang menderita penyakit kronis (NAHC, 1994).

PERKEMBANGAN PERAWATAN KESEHATAN DI RUMAH

Sejauh ini bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang dikenal masyarakat dalam sistem pelayanan kesehatan adalah pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Pada sisi lain banyak anggota masyarakat yang menderita sakit karena berbagai pertimbangan terpaksa dirawat di rumah dan tidak dirawat inap di institusi pelayanan kesehatan.

Faktor-faktor yang mendorong perkembangan perawatan kesehatan di rumah adalah:

1. Kasus-kasus penyakit terminal dianggap tidak efektif dan tidak efisien lagi apabila dirawat di institusi pelayanan kesehatan. Misalnya pasien kanker stadium akhir yang secara medis belum ada upaya yang dapat dilakukan untuk mencapai kesembuhan,
2. Keterbatasan masyarakat untuk membiayai pelayanan kesehatan pada kasus-kasus penyakit degeneratif yang memerlukan perawatan yang relatif lama. Dengan demikian berdampak pada makin meningkatnya kasus-kasus yang memerlukan tindak lanjut keperawatan di rumah. Misalnya pasien pasca stroke yang mengalami komplikasi kelumpuhan dan memerlukan pelayanan rehabilitasi yang membutuhkan waktu relatif lama,
3. Manajemen rumah sakit yang berorientasi pada profit, merasakan bahwa perawatan klien yang sangat lama (lebih 1 minggu) tidak menguntungkan bahkan menjadi beban bagi manajemen,
4. Banyak orang merasakan bahwa dirawat inap di institusi pelayanan kesehatan membatasi kehidupan manusia, karena seseorang tidak dapat menikmati kehidupan secara optimal karena terikat dengan aturan-aturan yang ditetapkan,
5. Lingkungan di rumah ternyata dirasakan lebih nyaman bagi sebagian klien dibandingkan dengan perawatan di rumah sakit, sehingga dapat mempercepat kesembuhan (Depkes, 2002).

LANDASAN HUKUM

1. UU Kes.No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan
2. PP No. 25 tahun 2000 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah.
3. UU No. 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah
4. UU No. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran
5. Kepmenkes No. 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat
6. Kepmenkes No. 128 tahun 2004 tentang kebijakan dasar puskesmas
7. Kepmenkes No. 279 tahun 2006 tentang pedoman penyelenggaraan Perkesmas.
8. SK Menpan No. 94/KEP/M. PAN/11/2001 tentang jabatan fungsional perawat.
9. PP No. 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan
10. Permenkes No. 920 tahun 1986 tentang pelayan medik swasta

TUJUAN HOME CARE

Tujuan Umum:

Meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga

Tujuan Khusus:

1. Terpenuhi kebutuhan dasar (bio-psiko- sosial- spiritual) secara mandiri.
2. Meningkatkan kemandirian keluarga dalam pemeliharaan kesehatan.
3. Meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan kesehatan di rumah

Menurut Drs.I Nyoman Cakra, A.Md.Kep, SH. (2006). Perawatan kesehatan di rumah bertujuan:

1. Membantu klien memelihara atau meningkatkan status kesehatan dan kualitas hidupnya,

2. Meningkatkan keadekuatan dan keefektifan perawatan pada anggota keluarga dengan masalah kesehatan dan kecacatan,
3. Memperkuat fungsi keluarga dan kedekatan antar keluarga,
4. Membantu klien tinggal atau kembali ke rumah dan mendapatkan perawatan yang diperlukan, rehabilitasi atau perawatan paliatif,
5. Biaya kesehatan akan lebih terkendali.

RUANG LINGKUP HOME CARE

Ruang Lingkup Home Care, yaitu:

- a) Memberi asuhan keperawatan secara komprehensif
- b) Melakukan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarganya.
- c) Mengembangkan pemberdayaan pasien dan keluarga

Secara umum lingkup perawatan kesehatan di rumah juga dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Pelayanan medik dan asuhan keperawatan
- b. Pelayanan sosial dan upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik
- c. Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik
- d. Pelayanan informasi dan rujukan
- e. Pendidikan, pelatihan dan penyuluhan kesehatan
- f. Higiene dan sanitasi perorangan serta lingkungan
- g. Pelayanan perbaikan untuk kegiatan sosial.

Menurut Rice R (2001) jenis kasus yang dapat dilayani pada perawatan kesehatan di rumah meliputi kasus-kasus yang umum pasca perawatan di rumah sakit dan kasus-kasus khusus yang di jumpai di komunitas. Kasus umum yang merupakan pasca perawatan di rumah sakit adalah:

11. Klien dengan penyakit gagal jantung,
12. Klien dengan gangguan oksigenasi,

13. Klien dengan perlukaan kronis,
14. Klien dengan diabetes,
15. Klien dengan gangguan fungsi perkemihan,
16. Klien dengan kondisi pemulihan kesehatan atau rehabilitasi,
17. Klien dengan terapi cairan infus di rumah,
18. Klien dengan gangguan fungsi persyarafan,
19. Klien dengan HIV/AIDS.

Sedangkan kasus dengan kondisi khusus, meliputi:

1. Klien dengan post partum,
2. Klien dengan gangguan kesehatan mental,
3. Klien dengan kondisi usia lanjut,
4. Klien dengan kondisi terminal.
5. Klien dengan penyakit obstruktif paru kronis,

PRINSIP HOME CARE

- a. Pengelolaan home care dilaksanakan oleh perawat/tim
- b. Mengaplikasikan konsep sebagai dasar mengambil keputusan dalam praktik.
- c. Mengumpulan data secara sistematis, akurat dan komprehensif.
- d. Menggunakan data hasil pengkajian dalam menetapkan diagnosa keperawatan.
- e. Mengembangkan rencana keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan.
- f. Memberi pelayanan preventif, kuratif, promotif dan rehabilitatif.
- g. Mengevaluasi respon pasien dan keluarganya dalam intervensi keperawatan
- h. Bertanggung jawab terhadap pelayanan yang bermutu melalui manajemen kasus.
- i. Memelihara dan menjamin hubungan baik diantara anggota tim.

- j. Mengembangkan kemampuan profesional.
- k. Berpartisipasi pada kegiatan riset untuk pengembangan home care.
- l. Menggunakan kode etik keperawatan dalam melaksanakan praktik keperawatan.

PERAN DAN FUNGSI PERAWAT HOME CARE

1. Manajer kasus: Mengelola dan mengkolaborasikan pelayanan, dengan fungsi:
 - a. Mengidentifikasi kebutuhan pasien dan keluarga.
 - b. Menyusun rencana pelayanan.
 - c. Mengkoordinir aktifitas tim
 - d. Memantau kualitas pelayanan
2. Pelaksana: memberi pelayanan langsung dan mengevaluasi pelayanan. dengan fungsi:
 - a. Melakukan pengkajian komprehensif
 - b. Menetapkan masalah
 - c. Menyusun rencana keperawatan
 - d. Melakukan tindakan perawatan
 - e. Melakukan observasi terhadap kondisi pasien.
 - f. Membantu pasien dalam mengembangkan perilaku koping yang efektif.
 - g. Melibatkan keluarga dalam pelayanan
 - h. Membimbing semua anggota keluarga dalam pemeliharaan kesehatan.
 - i. Melakukan evaluasi terhadap asuhan keperawatan.
 - j. Mendokumentasikan asuhan keperawatan.

STANDAR URAIAN TUGAS DAN FUNGSI PENGELOLA HOME CARE

A. Ketua Pengelola

- a. Mengkoordinasikan semua kegiatan pengelolaan Perawatan di rumah

- b. Melakukan perlakuan yang baik terhadap pelaksanaan pelayanan dan klien
- c. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan pelaksanaan Pelayanan
- d. Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pembinaan terhadap kinerja pel.
- e. Menyusun laporan pelaksanaan Home Care secara berkesinambungan

B. Ketua Bidang Administrasi/Keuangan

- a. Mengkoordinasikan semua kegiatan administrasi dan keuangan Home Care
- b. Melakukan perlakuan yang baik terhadap administrasi pengelolaan Home Care
- c. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan pada bidang administrasi dan keuangan Home Care
- d. Melaksanakan pengawasan, pengendalian proses adm. keuangan Home Care
- e. Menyusun laporan administrasi keuangan Home Care

C. Ketua Bidang Pelayanan

- a. Mengkoordinasikan semua kegiatan pelayanan perawatan
- b. Melakukan perlakuan yang baik terhadap proses pelaksanaan Home Care
- c. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan terhadap sumber daya manusia keperawatan
- d. Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pembinaan pel. Home Care.
- e. Menyusun laporan kegiatan pelayanan keperawatan di rumah

D. Penanggung Jawab Kasus/ Koordinator

- a. Mengkoordinasikan semua kegiatan pel. yang dilaksanakan oleh pelaksanaan pel.

- b. Melakukan perlakuan yang baik terhadap pelaksanaan kep. dan klien di rumah
- c. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan pelaksanaan kep.
- d. Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pembinaan kepada pelaksana kep.
- e. Menyusun laporan kegiatan pelayanan sesuai bidang tugasnya

PELAKSANAAN PELAYANAN

- 1. Melaksanakan pengkajian dan menentukan diagnosa keperawatan
- 2. Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan
- 3. Melaksanakan intervensi / tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditentukan
- 4. Mengevaluasi kegiatan/ tindakan yang diberikan dg. berpedoman pada renpra.
- 5. Membuat dokumentasi tertulis pada rekam kep. setiap selesai melaksanakan tugas

KEGIATAN HOME CARE

A. Manajemen Kasus Home Care

- 1. Melakukan seleksi kasus
 - a. Resiko tinggi (Bayi, balita, lansia, ibu maternal)
 - b. Cidera tulang belakang cidera kepala
 - c. Coma, Diabetes mellitus, gagal jantung, asma berat
 - d. Stroke
 - e. Amputasi
 - f. Ketergantungan obat
 - g. Luka kronish. Disfungsi kandung kemih
 - h. Rehabilitasi medik
 - i. Nutrisi melalui infuse
 - j. Post partum dan masalah reproduksi

- k. Psikiatri
- l. KDRT
- 2. Melakukan pengkajian kebutuhan pasien.
 - a. Kondisi fisik
 - b. Kondisi psikologis
 - c. Status sosial ekonomi
 - d. Pola prilaku pasien
 - e. Sumber- sumber yang tersedia di keluarga pasien
- 3. Membuat perencanaan pelayanan
 - a. Membuat rencana kunjungan
 - b. Membuat rencana tindakan
 - c. Menyeleksi sumber- sumber yang tersedia di keluarga / masyarakat.
- 4. Melakukan koordinasi pelayanan
 - a. Memberi informasi berbagai macam pelayanan yang tersedia
 - b. Membuat perjanjian kepada pasien da keluarga tentang pelayanan
 - c. Menkoordinasikan kegiatan tim sesuai jadwal
 - d. Melakukan rujukan pasien
- 5. Melakukan pemantauan dan evaluasi pelayanan.
 - a. Memonitor tindakan yang dilakukan oleh tim
 - b. Menilai hasil akhir pelayanan (sembuh, rujuk, meninggal, menolak)
 - c. Mengevaluasi proses manajemen kasus
 - d. Monitoring dan evaluasi kepuasan pasien secara teratur

ASUHAN KEPERAWATAN

- 1. Pengkajian
 - a. Riwayat kesehatan
 - b. Lingkungan sosial dan budaya
 - c. Spiritual
 - d. Pemeriksaan fisik

- e. Kemampuan pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- f. Kemampuan keluarga dalam merawat keluarga
2. Diagnosa Keperawatan
 - a. Aktual
 - b. Resiko
 - c. Potensial
3. Perencanaan keperawatan
 - a. Penentuan prioritas masalah
 - b. Menentukan tujuan. Menyusun rencana secara komprehensif.
4. Implementasi
 - a. Manajemen perawatan luka
 - b. Perawatan gangguan sistem pernafasan
 - c. Gangguan eliminasi
 - d. Gangguan Nurisi
 - e. Kegiatan rehabilitasi
 - f. Pelaksanaan pengobatan
 - g. Tindakan Kolaborasi
5. Evaluasi
 - a. Mengukur efektifitas dan efisiensi pelayanan
 - b. Dilaksanakan selama proses dan akhir pemberian asuhan.
6. Pencatatan dan Pelaporan home care
 - a. Persetujuan pasien
 - b. Jadwal kunjungan
 - c. Lembar pengobatan
 - d. Tindakan time. Rujukan kasus
 - f. Penghentian perawatan
7. Pencatatan pelaksanaan asuhan keperawatan
 - a. Pengkajian keperawatan
 - b. Perencanaan asuhan
 - c. Evaluasi asuhan

8. Alur Pelaporan
 - a. Home Care
 - b. Dinkes Kab.
 - c. Dinkes Prov
 - d. Depkes
9. Materi laporan
 - a. Jumlah pasien
 - b. Jenis penyakit
 - c. Frekuensi kunjungan tiap kasus
 - d. Jumlah pasien dapat pengobatan
 - e. Jumlah pasien yang dirujuk
 - f. Jumlah pasien yang meninggal
 - g. Penyebab kematian
 - h. Tingkat keberhasilan /kemandirian pasien
 - i. Jenis tenaga yang memberi pelayanan

TATALAKSANA HOME CARE

A. Prasyarat Penyelenggara Home Care

1. Ketenagaan
 - a. Manajer kasus, dengan kualifikasi:
 - Minimal D.III
 - Pemegang sertifikat pelatihan home care
 - Pengalaman kerja minimal 3 tahun
 - Memiliki SIP,SIK,SIPP
 - b. Pelaksana pelayanan, dengan kwalifikasi:
 - Minimal D.III
 - Pemegang sertifikat pelatihan home care
 - Pengalaman kerja minimal 3 tahun
 - Memiliki SIP,SIK,SIPP
2. Alat/sarana
 - a. Alat kesehatan
 1. Tas/ kit
 2. Pemeriksaan fisik

3. Set perawatan luka
4. Set emergency
5. Set pemasangan selang lambung
6. Set huknah
7. Set memandikan
8. Set pengambilan preparat
9. Set pemeriksaan lab. Sederhana
10. Set infus/ injeksi
11. Sterilisator
12. Pot/ urinal
13. Tiang infuse
14. Tempat tidur khusus orang sakit
15. Pengisap lendir
16. Perlengkapan oxygen
17. Kursi roda
18. Tongkat/ tripot
19. Perlak/ alat tenun
- b. Alat habis pakai
 - Obat emergency
 - Perawatan luka
 - Suntik/ pengamian darah
 - Untuk infuse
 - Pemasangan selang lambung
 - Huknah, selang lambung, kateter
 - Sarung tangan, masker
 - Dll

STANDAR ALAT HOME CARE

Peralatan Home Care

1. Set tempat tidur khusus orang sakit
2. Set kursi roda/ tongkat/ kruk/ tripot
3. Set oksigen
4. Set penghisap lender

5. Set bab/ bak
6. Set suntik
7. Set perawatan luka
8. Set pemasangan selang lambung
9. Set huknah/ klisma
10. Set pemasangan selang catheter
11. Set preparat pemeriksaan laboratorium.
12. Set formulir untuk asuhan keperawatan.

Bahan Habis Pakai Home Care

1. Kasa/ kapas steril
2. Kertas tissue
3. Cairan pelicin/ minyak/ jelly
4. Plester/ pembalut
5. Kantong plastik untuk sampah biologis dan infeksius.
6. Alkohol 70 %/ cairan desinfektan
7. Obat merchurochrom 70 %
8. Tabung plastik/ botol tempat preparat tinja, urine.
9. Bilah kayu untuk mengambil preparat.
10. Sabun/ deterjen.
11. Resusisator untuk bayi
12. Semprit dan jarum suntik disposable ukuran. 1,2,3, 5,10,20

Obat-obatan emergency

1. Adrenalin
2. Dexametazon
3. Xyllo dan Deladryl
4. Cairan infus

Sarana lain

- Alat dan media pendidikan kesehatan
- Ruangan beserta perlengkapannya
- Kendaraan
- Alat komunikasi
- Alat informasi/ dokumentasi

Perijinan Home Care

- a. Berbadan hukum (yayasan, badan hukum lainnya)
- b. Permohonan ijin ke Dinkes kabupaten/Kota, dengan melampirkan:
 - Rekomendasi PPNI
 - Ijin praktik perawat (SP, SIK, SIPP)
 - Persyaratan peralatan kesehatan dan sarana komunikasi dan transportasi
 - Ijin lokasi bangunan
 - Ijin lingkungan
 - Ijin usaha
 - Persyaratan tata ruang bangunan

B. Mekanisma Pelayanan Home Care

1. Proses penerimaan kasus
 - a. Home care menerima pasien dari rumah sakit, puskesmas, sarana lain, keluarga
 - b. Pimpinan home care menunjuk menejer kasus untuk mengelola kasus
 - c. Manajer kasus membuat surat perjanjian dan proses pengelolaan kasus
2. Proses pelayanan home care
 - a. Persiapan
 - Pastikan identitas pasien
 - Bawa denah/ petunjuk tempat tinggal pasien
 - Lengkap kartu identitas unit tempat kerja
 - Pastikan perlengkapan pasien untuk di rumah
 - Siapkan file asuhan keperawatan
 - Siapkan alat bantu media untuk pendidikan
 - b. Pelaksanaan
 - Perkenalkan diri dan jelaskan tujuan.
 - Observasi lingkungan yang berkaitan dengan keamanan perawat

- Lengkapi data hasil pengkajian dasar pasien
 - Membuat rencana pelayanan
 - Lakukan perawatan langsung
 - Diskusikan kebutuhan rujukan, kolaborasi, konsultasi dll
 - Diskusikan rencana kunjungan selanjutnya dan aktifitas yang akan dilakukan
 - Dokumentasikan kegiatan
- c. Monitoring dan evaluasi
 - Keakuratan dan kelengkapan pengkajian awal
 - Kesesuaian perencanaan dan ketepatan tindakan
 - Efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tindakan oleh pelaksana
 - d. Proses penghentian pelayanan home care, dengan kriteria:
 - Tercapai sesuai tujuan
 - Kondisi pasien stabil
 - Program rehabilitasi tercapai secara maksimal
 - Keluarga sudah mampu melakukan perawatan pasien
 - Pasien di rujuk • Pasien menolak pelayanan lanjutan
 - Pasien meninggal dunia

PEMANTAUAN, PEMBINAAN DAN PENILAIAN

- A. Pemantauan Home Care
 - a. Aspek fisik
 - b. Manajerial
 - c. Sumber daya
 - d. Pelayanan
 - e. Pembiayaan
- B. Pembinaan Home Care
 - a. Aspek fisik
 - b. Manajerial
 - c. Sumber daya
 - d. Pelayanan. Pembiayaan

- C. Penilaian Home Care
- Kelengkapan dokumen
 - Kesesuaian pelayanan dari berbagai profesi
 - Kepuasan pelanggan
 - Kemandirian pasien/keluarga

13

KETERAMPILAN BERKOMUNIKASI

A. KONSELING SEBAGAI BENTUK KOMUNIKASI YANG EFEKTIF

Komunikasi merupakan bagian vital dalam perawatan, terutama dalam pengelolaan sebuah penyakit dan kondisi kesehatan tertentu (seperti HIV dan AIDS) di mana klien memegang peranan dalam mengelola kesehatan mereka. Komunikasi yang efektif dan hubungan yang bagus dengan klien merupakan hal penting dalam proses dukungan dan perawatan ini. Jika komunikasi antara klien dan manajer kasus berjalan cukup efektif, hal ini akan mempengaruhi peningkatan kualitas hidup klien maupun keluarganya.

Komunikasi interpersonal yang efektif biasanya menggunakan ketrampilan mikro konseling.

Definisi konseling

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

Dengan demikian tujuan konseling adalah individu berperan sendiri dalam hidupnya:

- Membangun kemampuan untuk mengambil keputusan bijak dan realistik

- Menuntun perilaku mereka dan mampu mengemban konsekuensinya
 - Memberikan informasi
- Peran seorang manajer kasus adalah membantu klien
Konseling dapat dilakukan perorangan atau pasangan atau keluarga.

Konseling mencakup:

- Berfokus pada klien: spesifik atas kebutuhan, isu dan lingkungan setiap klien
- Proses timbal balik, kerjasama dan saling menghargai
- Pembicaraan yang berarah dan bertujuan
- Membantu klien menceritakan masalahnya
- Memberikan informasi yang benar dan sesuai
- Membangun otonomi dan tanggung jawab diri terhadap klien.
- Membangun relasi bantuan dengan klien
- Membantu klien membuat keputusan
- Membantu klien mengenal dan membangun kekuatan/potensinya
- Membantu klien membangun perilaku positif
- Bersama klien membangun rencana aksi
- Memperhatikan situasi interpersonal, sesuai sosial/budaya, kesiapan untuk berubah

Konseling tidak mencakup:

- Mengatakan pada klien apa yang seharusnya dilakukan
- Membuat keputusan atas nama klien
- Menghakimi klien
- Obrolan
- Interogasi klien
- Menyalahkan klien
- Pengakuan dosa
- Memberikan nasihat

- Mengkhotbahi dan mengkuliahi klien
- Membuat janji yang tidak dapat dicapai
- Mempengaruhi klien dengan nilai-nilai pribadi
- Berargumentasi dengan klien

B. APA BEDA KONSELING DAN EDUKASI KESEHATAN (CERAMAH MISALNYA)

Konseling	Edukasi kesehatan
Konfidensial	Tak selalu konfidensial
Biasanya bertatap muka satu persatu, atau dalam kelompok kecil	Kelompok kecil atau besar
Membangkitkan emosi kuat baik pada konselor maupun klien	Mengandung muatan emosi netral
Terfokus, spesifik dan menuju target goal	Umum
Informasi digunakan untuk mengubah sikap dan memotivasi perubahan perilaku	Informasi digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan mendidik
Berorientasi pada isu	Orientasi pada isi
Berbasis pada kebutuhan klien	Berbasis pada kebutuhan kesehatan masyarakat

Apakah konseling HIV dan AIDS

Konseling HIV dan AIDS merupakan komunikasi bersifat konfidensial antara klien dan Manajer Kasus/konselor bertujuan untuk meningkatkan kemampuan menghadapi stress dan mengambil keputusan berkaitan dengan HIV dan AIDS. Proses konseling termasuk evaluasi risiko personal penularan HIV, fasilitasi pencegahan perilaku, dan evaluasi penyesuaian diri ketika klien menghadapi hasil tes positif (WHO)

Kapan konseling HIV dan AIDS dilakukan? Mulai dari tahap pencegahan HIV dan AIDS hingga proses dukungan, perawatan dan pengobatan ODHA.

Tujuan konseling HIV dan AIDS

1. Menyediakan dukungan psikologik, misal dukungan yang

berkaitan dengan kesejahteraan emosi, psikologis, social, spritual seseorang yang mengidap virus HIV

2. Pencegahan penularan HIV dengan menyediakan informasi tentang perilaku beresiko (seperti seks aman atau penggunaan jarum bersama) dan membantu orang dalam mengembangkan ketrampilan pribadi yang diperlukan untuk perubahan perilaku dan negosiasi praktek lebih aman
3. Memastikan efektifitas rujukan kesehatan, terapi dan perawatan melalui pemecahan masalah kepatuhan berobat.

Manajer Kasus/Konselor mencapai tujuan ini melalui:

- Memungkinkan orang untuk mengenali dan mengekspresikan perasaannya
- Menggali opsi dan membantu klien membangun rencana tindak lanjut tentang isu yang dihadapi
- Membangkitkan perubahan perilaku yang sesuai
- Menyediakan informasi terkini tentang prevensi, terapi dan perawatan HIV/AIDS
- Memberikan informasi tentang sumber dan institusi yang dapat membantu kesulitan social dan ekonomi, budaya yang timbul berkaitan dengan HIV
- Menolong menghubungi kontak institusi yang dapat membantu.
- Membantu klien memperoleh dukungan dari jejaring social, keluarga dan teman-teman mereka
- Membantu klien menyesuaikan diri dengan keadaan yang terjadi saat ia mengalami sakit, berduka dan kehilangan suami, isteri, pasangan, kawan, pekerjaan dll
- Ambil peran advokasi- misalnya membantu klien mengatasi diskriminasi
- Mengingatkan klien akan hak hukumnya
- Membantu klien akan hak hukumnya
- Membantu klien mengendalikan hidup mereka

- Membantu klien menemukan arti kehidupan
Konseling HIV dan AIDS terarah pada kebutuhan fisik, sosial, psikologik dan spritual seseorang.

C. KETRAMPILAN MIKRO KONSELING

Penguasaan ketrampilan mikro konseling oleh manajer kasus diperlukan agar proses konseling dapat berjalan dengan efektif.

Ketrampilan mikro konseling merupakan komponen komunikasi efektif yang penting dalam rangka mengembangkan relasi suportif klien- Manajer kasus.

Ketrampilan mikro konseling antara lain meliputi:

1. Mendengar dengan perhatian
2. Mengajukan pertanyaan
3. Menciptakan suasana hening
4. Perilaku non verbal

Selain penguasaan ketrampilan mikro konseling, komunikasi efektif juga didukung dari tata nilai dan sikap yang dimiliki oleh konselor yaitu antara lain: sikap tidak menghakimi, ramah, empati/ bukan simpati dll

Mendengar dengan perhatian

Seorang pendengar yang baik adalah apabila:

- Tidak menginterupsi
- Memberikan suasana hening
- Tidak berbicara sebelum mendengar
- Memberikan perhatian missal dengan anggukan kepala
- Memelihara kontak mata
- Jika tidak mengerti, ajukan pertanyaan
- Membantu klien meneruskan ceritanya missal dengan 'Mmm-hmm'
- Jangan ambil alih pertanyaan dan menceritakan diri anda sendiri
- Kenali perasaan klien, "Nampaknya Anda sedih"
- Mengulang kembali pokok-pokok dalam diskusi secara

ringkas dengan menggunakan kata-kata konselor sendiri untuk menunjukkan bahwa konselor mengerti benar apa yang dikatakan klien. Teknik ini antara lain:

Parafrase:

Mengulangi frasa dengan kata sendiri, atau dengan apa yang dikatakan klien sendiri menggunakan isi pembicaraan yang disampaikan klien, namun dengan kalimat manajer kasus/konselor sendiri.

Melalui parafrase ini berarti manajer kasus/konselor menunjukkan kepada klien bahwa manajer kasus/konselor telah mendengarkannya dan akan membantu klien menceritakan masalahnya dengan jelas.

Contoh:

Klien: “ Saya merasa dikucilkan. Setelah saya menceritakan status HIV saya, suami saya malah membentak saya mengusir saya. Saya merasa tak berharga lagi sekarang, semuanya sudah hilang”

Konselor: “ Anda baru saja diusir dari rumah dan Anda merasa semua yang Anda punyai hilang setelah Anda diketahui mengidap HIV dan AIDS”.

Merefleksikan perasaan

Hal ini sama dengan mengulangi frasa kecuali fokusnya pada perasaan.

Refleksi emosi dapat membantu klien untuk menjadi sadar bagaimana perasaan mereka dan untuk menggali reaksi mereka terhadap berbagai peristiwa yang diceritakannya.

Contoh:

Klien: “ Saya benar-benar putus asa. Saya merasa seorang diri dan tidak tahu harus melakukan apa. Saya kecewa dengan keluarga yang tidak mendukung saya. Mengapa semua tidak bisa mengerti keadaan saya, justru disaat saya membutuhkan mereka?

MK/Konselor: “ Anda kelihatannya merasa putus asa saat ini ya, juga marah dan kecewa terhadap perlakuan keluarga Anda”

Ketrampilan Mengajukan pertanyaan

Mengajukan pertanyaan adalah bagian penting dalam konseling.

Pertanyaan digunakan supaya situasi klien dapat diketahui lebih lanjut.

Tips ketika bertanya:

1. Tanyakan hanya satu pertanyaan pada satu saat
2. Pandanglah klien
3. Singkat dan jelas
4. Gunakan pertanyaan yang bertujuan
5. Gunakan pertanyaan untuk membantu klien berbicara tentang perasaan dan perilakunya
6. Gunakan pertanyaan untuk menggali dan memahami isu dan meningkatkan kesadaran
7. Jangan mengajukan pertanyaan hanya untuk memenuhi keingintahuan (pertanyaan yang tidak relevan)
8. Pertanyaan yang terlalu banyak akan membuat orang merasa diinterogasi

D. BEBERAPA JENIS PERTANYAAN:

1. Pertanyaan Terbuka (Open ended question)

Dengan pertanyaan terbuka didapatkan jawaban lebih dari satu kata. Pertanyaan terbuka akan membuka kesempatan pada klien untuk menceritakan lebih lanjut tentang situasi mereka.

Contoh:

Apa yang mungkin akan terjadi kalau Anda menceritakan status Anda pada suami?

Bagaimana cara Anda mengasuh anak yang positif HIV?

Apa kesulitan yang kamu hadapi saat menawarkan kondom pada tamu?

2. Pertanyaan Tertutup (Close ended question)

Kecenderungan jawaban dari pertanyaan tertutup adalah

'yes' dan 'no'. Pertanyaan tertutup dipergunakan saat konselor membutuhkan jawaban yang tegas atau spesifik.

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

Contoh:

Apakah Anda melakukan seks aman?

Apakah anda mempunyai anak?

Di mana Anda tinggal?

Berapa umur Anda?

3. Pertanyaan mengarahkan (leading question)

Pertanyaan mengarahkan adalah pertanyaan dimana konseling menuntun klien untuk memberikan jawaban yang manajer kasus/konselor inginkan. Pertanyaan mengarahkan tidak membantu klien untuk jujur dan terbuka tentang situasi sebenarnya. Pertanyaan ini sifatnya menghakimi, Misal:

Anda melakukan seks yang aman bukan?

Anda setuju bahwa Anda memakai kondom?

4. Checking Question

- Pertanyaan jenis ini membantu manajer kasus untuk mencari tahu seberapa besar klien memahami atau membutuhkan informasi lebih lanjut.
Katakan pada saya, hal apa saja yang perlu kamu ingat tentang cara mengikuti terapi ARV ini?
Langkah-langkah apa yang telah kita setuju dalam pertemuan minggu lalu?
- Pertanyaan jenis ini membantu manajer kasus/konselor melakukan pengecekan apakah manajer kasus/konselor telah memahami kepercayaan, pengertian yang disampaikan oleh klien. Pertanyaan jenis ini membantu konselor untuk fokus pada masalah sebenarnya.

Anda mengatakan kalau Anda selalu lupa minum obat pada jam 7. Apakah informasi ini betul?

Kamu mengatakan kalau kamu akan berhenti merokok bila anakmu perempuan. Apakah yang saya dengar ini benar?

5. Why Question (pertanyaan Mengapa)

Seringkali pertanyaan ini tidak ada gunanya dan klien sering merasa diinterogasi, takut dan dihakimi.

Contoh:

Mengapa kamu lupa minum obat ini sesuai jadwal?

Mengapa kamu masih saja melakukan seks yang tidak aman?

Hening (silence)

- Memberi waktu pada klien untuk berpikir tentang apa yang dikatannya
- Memberi ruang pada klien untuk merasakan apa yang dialaminya
- Memberi kesempatan pada klien untuk berbicara sesuai dengan iramanya.
- Memberikan waktu bagi klien untuk mengatakan ambivalensi antara mengatakan atau tidak pada konselor
- Memberi kebebasan pada klien untuk lanjut bercerita atau berhenti

Perilaku non verbal

Cara mengatakan lebih penting dari pada apa yang dikatakannya.

Perilaku non verbal ada 2 yaitu:

Bahasa Tubuh	Paralinguistik
Gerak tangan	Hembusan nafas
Expresi wajah	Bersungut-sungut
Postur	Berkeluh kesah
Orientasi tubuh	Perubahan tinggi nada

Bahasa Tubuh	Paralinguistik
Kedekatan tubuh/jarak	Perubahan keras nada
Kontak mata	Kelancaran suara
Menghilangkan pembatas	Senyum gugup

E. SIKAP DAN NILAI YANG MENDUKUNG KOMUNIKASI EFEKTIF

1. EMPATI

Menempatkan diri pada posisi klien dimana anda siap untuk memahami apa yang mereka alami. Frase seperti "Ceritakan bagaimana hal itu kamu rasakan " sangat berguna. Klien akan merasa anda memahami apa yang terjadi pada mereka. Klien merasa didengar. Empati adalah "feeling with another", sementara simpati adalah "feeling into another"

Bentuk- empati:

Mendengarkan apa yang dirasakan oleh klien, tidak memilih-milih apa yang mau didengar, memberikan respon berbentuk perhatian, jangan mencoba menyederhanakan, gunakan parafrase maupun refleksi untuk menunjukkan bahwa konselor memahami masalah yang diungkapkan klien.

Empati bukan: menghakimi/menilai perasaan orang lain, mencoba menyederhanakan masalah dan memecahkan masalah, menyarankan apa yang harus mereka lakukan, bertanya hal-hal yang tidak perlu.

Contoh:

- *Klien* : Saya baru diberitahu kalo saya positif HIV dan sekarang saya tidak tahu harus bagaimana
- *Respon empati*: Sepertinya Anda mengalami hal yang berat saat ini. Bagus sekali anda datang ke sini dan kita bisa membicarakan bersama untuk melakukan langkah berikutnya.

- *Respon simpati*: Oh, kasihan sekali anda, pasti berat ya menyandang status HIV ini. Saya tidak tahu apa yang harus Anda lakukan tapi setidaknya saya disini untuk Anda.

2. SIKAP MENGHAKIMI

Sikap yang tidak menghakimi antara lain berbentuk: tidak membuat asumsi, tidak mengkategorisasikan orang, tidak menilai kehidupan orang lain, tidak menempatkan orang pada nilai orang lain, tidak membedakan/memperlakukan orang sama baik.

KOMUNIKASI TEURAPETIK

Komunikasi, menciptakan hubungan antara tenaga kesehatan dengan pasien untuk mengenal kebutuhan dan menentukan rencana tindakan. Kemampuan komunikasi tidak terlepas dari tingkah laku yang melibatkan aktifitas fisik, mental dan dipengaruhi oleh latar belakang sosial, pengalaman, usia, pendidikan dan tujuan.

Pengertian Komunikasi Terapeutik

- Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik mengarah pada bentuk komunikasi interpersonal.
- Northouse (1998: 12), komunikasi terapeutik adalah kemampuan atau keterampilan tenaga kesehatan untuk membantu pasien beradaptasi terhadap stres, mengatasi gangguan psikologis, dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain.
- Stuart G.W. (1998), komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara tenaga kesehatan dengan pasien, dalam hubungan ini tenaga kesehatan dan pasien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional pasien.

Tujuan Komunikasi Terapeutik

1. Membantu pasien memperjelas dan mengurangi beban perasaan serta pikiran.
2. Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk pasien.
3. Membantu mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan diri sendiri.

Menurut Stuart, tujuan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien, yaitu sebagai berikut:

- 1) Realisasi diri, penerimaan diri dan rasa hormat pada diri sendiri.
- 2) Identitas diri yang jelas dan integritas diri yang tinggi.
- 3) Kemampuan membina hubungan interpersonal yang intim, saling tergantung dan mencintai.
- 4) Peningkatan fungsi dan kemampuan yang memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistis.

Manfaat Komunikasi Terapeutik

1. Mendorong dan menganjurkan kerjasama antara tenaga kesehatan-pasien.
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan tenaga kesehatan.
3. Memberikan pengertian tingkah laku pasien dan membantu pasien mengatasi masalah yang dihadapi.
4. Mencegah tindakan yang negatif terhadap pertahanan diri pasien.

Ciri Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik mempunyai ciri sebagai berikut:

- 1) Terjadi antara tenaga kesehatan dengan pasien,
- 2) Mempunyai hubungan akrab dan mempunyai tujuan,
- 3) Berfokus pada pasien yang membutuhkan bantuan,
- 4) Tenaga kesehatan dengan aktif, mendengarkan dan

memberikan respon pada pasien.

Unsur Komunikasi Terapeutik

Adapun komunikasi terapeutik mempunyai unsur sebagai berikut:

- 1) Ada sumber proses komunikasi;
- 2) Pesan disampaikan dengan penyandian balik (verbal & non verbal);
- 3) Ada penerima;
- 4) Lingkungan saat komunikasi berlangsung.

Prinsip Komunikasi Terapeutik (*Menurut Carl Rogers*)

1. Tenaga kesehatan sebagai tenaga kesehatan harus mengenal dirinya sendiri,
2. Komunikasi ditandai dengan sikap menerima, percaya dan menghargai,
3. Tenaga kesehatan sebagai tenaga kesehatan harus paham, menghayati nilai yang dianut pasien,
4. Tenaga kesehatan sebagai tenaga kesehatan harus sadar pentingnya kebutuhan pasien,
5. Tenaga kesehatan sebagai tenaga kesehatan harus menciptakan suasana agar pasien berkembang tanpa rasa takut,
6. Tenaga kesehatan sebagai tenaga kesehatan menciptakan suasana agar pasien punya motivasi mengubah diri,
7. Tenaga kesehatan sebagai tenaga kesehatan harus menguasai perasaannya sendiri,
8. Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan konsisten,
9. Tenaga kesehatan harus paham akan arti empati,
10. Tenaga kesehatan harus jujur dan berkomunikasi secara terbuka,
11. Tenaga kesehatan harus dapat berperan sebagai role

- model,
12. Mampu mengekspresikan perasaan,
 13. Altruisme (panggilan jiwa) untuk mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain,
 14. Berpegang pada etika,
 15. Tanggung jawab

Faktor Penghambat Komunikasi Teurapetik

Komunikasi terapeutik dapat mengalami hambatan diantaranya:

- 1) Pemahaman berbeda;
- 2) Penafsiran berbeda;
- 3) Komunikasi yang terjadi satu arah;
- 4) Kepentingan berbeda;
- 5) Pemberian jaminan yang tidak mungkin;
- 6) Bicara hal-hal yang pribadi;
- 7) Menuntut bukti, penjelasan dan tantangan;
- 8) Mengalihkan topik pembicaraan;
- 9) Memberikan kritik mengenai perasaan pasien;
- 10) Terlalu banyak bicara;
- 11) Memperlihatkan sifat jemu dan pesimis.

Komunikasi Teurapetik dalam Ketenaga kesehatan

Komunikasi terapeutik dalam ketenaga kesehatan meliputi:

1. **Pengkajian**
Menentukan kemampuan dalam proses informasi; mengevaluasi data tentang status mental pasien; mengevaluasi kemampuan pasien dalam berkomunikasi; mengobservasi kejadian yang terjadi; mengidentifikasi perkembangan pasien; menentukan sikap pasien; mengkaji tingkat kecemasan pasien.
2. **Rencana tujuan**
Membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan sendiri; membantu pasien menerima pengalaman; meningkatkan harga

diri pasien; memberi support; tenaga kesehatan dan pasien sepakat untuk berkomunikasi secara terbuka.

3. Implementasi

Memperkenalkan diri pada pasien; memulai interaksi dengan pasien; membantu pasien mendapatkan gambaran pengalamannya; menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan; menggunakan komunikasi untuk meningkatkan harga diri pasien.

4. Evaluasi

Pasien dapat mengembangkan kemampuan dalam mengkaji dan memenuhi kebutuhan; komunikasi menjadi lebih jelas, terbuka, dan terfokus pada masalah; membantu menciptakan lingkungan yang dapat mengurangi kecemasan.

Teknik Menjalin Hubungan dengan Klien

Syarat dasar komunikasi menjadi efektif (Stuart, 1998) adalah:

- 1) Komunikasi ditujukan untuk menjaga harga diri pemberi dan penerima pesan.
- 2) Komunikasi dilakukan dengan saling pengertian sebelum memberi saran, informasi dan masukan.

Tahap Interaksi dengan Pasien

1. Pre interaksi

Adalah masa persiapan sebelum mengevaluasi dan berkomunikasi dengan pasien. Pada masa ini tenaga kesehatan perlu membuat rencana interaksi dengan pasien yaitu: melakukan evaluasi diri, menetapkan tahapan hubungan/interaksi, merencanakan interaksi.

2. Perkenalan

Adalah kegiatan yang dilakukan saat pertama kali bertemu. Hal yang perlu dilakukan tenaga kesehatan adalah: memberi salam; memperkenalkan diri; menanyakan nama pasien; menyepakati pertemuan (kontrak); melengkapi kontrak; menyepakati masalah pasien; mengakhiri perkenalan.

3. *Orientasi*

Fase ini dilakukan pada awal setiap pertemuan kedua dst. Tujuan: memvalidasi keakuratan data, rencana yang telah dibuat dengan keadaan pasien dan mengevaluasi hasil tindakan yg lalu. Hal yang harus diperhatikan: memberi salam; memvalidasi keadaan pasien; mengingatkan kontrak.

4. *Fase kerja*

Merupakan inti hubungan tenaga kesehatan-klien yang terkait erat dengan pelaksanaan rencana tindakan ketenaga kesehatan yang dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.

Tujuan tindakan ketenaga kesehatan:

- 1) Meningkatkan pengertian dan pengenalan pasien tentang diri, perasaan, pikiran dan perilakunya (tujuan kognitif).
- 2) Mengembangkan, mempertahankan, dan meningkatkan kemampuan pasien secara mandiri menyelesaikan masalah yang dihadapi (tujuan afektif & psikologi).
- 3) Melaksanakan terapi/ klinis ketenaga kesehatan.
- 4) Melaksanakan pendidikan kesehatan.
- 5) Melaksanakan kolaborasi.
- 6) Melaksanakan observasi dan pemantauan.

5. *Fase terminasi*

Merupakan akhir dari setiap pertemuan tenaga kesehatan dengan pasien. Klasifikasi terminasi:

- 1) Terminasi sementara: akhir dari tiap pertemuan tenaga kesehatan dengan pasien; terdiri dari tahap evaluasi hasil, tahap tindak lanjut dan tahap untuk kontrak yang akan datang.
- 2) Terminasi akhir: terjadi jika pasien akan pulang dari rumah sakit atau tenaga kesehatan selesai praktik. Isi percakapan antara tenaga kesehatan dengan pasien meliputi tahap evaluasi hasil, isi percakapan tindak lanjut dan tahap eksplorasi perasaan.

Langkah-langkah teknik menjalin hubungan dengan klien adalah sebagai berikut:

1. *Mendengar dengan penuh perhatian*

Usaha tenaga kesehatan mengerti pasien dengan cara mendengarkan masalah yang disampaikan pasien. Sikap tenaga kesehatan: pandangan ke pasien, tidak menyilangkan kaki dan tangan, menghindari gerakan yang tidak perlu, tubuh condong ke arah pasien.

2. *Menunjukkan penerimaan*

Mendukung dan menerima informasi dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai. Sikap tenaga kesehatan: mendengarkan tanpa memutuskan pembicaraan, memberikan umpan balik verbal.

3. *Menanyakan pertanyaan yg berkaitan*

Tujuan: mendapatkan informasi yang spesifik mengenai masalah yang disampaikan pasien.

4. *Mengulang ucapan pasien dengan kata-kata*

Pemberian feedback dilakukan setelah tenaga kesehatan melakukan pengulangan kembali kata kata pasien.

5. *Mengklarifikasi*

Tujuan: untuk menyamakan pengertian.

6. *Memfokuskan*

Untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga percakapan lebih spesifik dan dimengerti.

7. *Menyatakan hasil observasi*

Tenaga kesehatan memberikan umpan balik pada pasien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga pasien dapat menguraikan apakah pesannya diterima atau tidak.

8. *Menawarkan informasi*

Memberi tambahan informasi merupakan tindakan penyuluhan kesehatan untuk pasien.

9. *Diam*

Memberikan kesempatan pada tenaga kesehatan untuk

mengorganisasikan pikiran dan memproses informasi.

10. Meringkas

Pengulangan ide utama yang telah dikomunikasikan secara singkat. Manfaat: membantu, mengingat topik yang telah dibahas sebelum melanjutkan pembicaraan.

11. Memberikan penghargaan

Teknik ini tidak digunakan untuk menyatakan hal yang baik dan buruk.

12. Menawarkan diri

Menyediakan diri Anda tanpa respon bersyarat atau respon yang diharapkan; Memberi kesempatan kepada pasien untuk memulai pembicaraan; Memberi kesempatan kepada pasien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan.

13. Mengajukan untuk meneruskan pembicaraan

Tujuan:

- 1) Memberi kesempatan pasien untuk mengarahkan seluruh pembicaraan, menafsirkan diskusi, tenaga kesehatan mengikuti apa yg sedang dibicarakan selanjutnya.
- 2) Menempatkan kejadian dan waktu secara berurutan.
- 3) Menguraikan kejadian secara teratur akan membantu tenaga kesehatan dan pasien untuk melihat dalam suatu perspektif.
- 4) Menemukan pola kesukaran interpersonal klien.

14. Mengajukan klien untuk menguraikan persepsi

Tenaga kesehatan harus dapat melihat segala sesuatu dari perpektif pasien.

15. Perenungan

Memberikan kesempatan untuk mengemukakan dan menerima ide serta perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri.

Daftar Pustaka

- Adam, Arlin. 2011, *Meretas Problematika AIDS*, Orbit Publishing, Jakarta
- Adam, Arlin. 2011, *Trisula Konstruksi Sosial AIDS*, Orbit Publishing, Jakarta
- Badan Narkotika Nasional, *Metode Therapeutic Community*. 2009, Pusat Terapi dan Rehabilitasi BNN, Jakarta
- Badan Narkotika Nasional. 2008, *Terapi Rehabilitasi Komprehensif Bagi Pecandu Narkoba Dilihat dari Sisi Psikososial*, Jakarta
- Biro Bina Napza dan HIV-AIDS. 2014, *Gerakan Pencegahan Narkoba dan Penularan HIV-AIDS, Bagian Pencegahan dan Penanggulangan*, Makassar
- Dunant, Sarah. 2008, *Bukan Pelacur Biasa*, Q-Press, Bandung
- Effendi, Johan. 2008. *Diskriminasi di Sekeliling Kita; Negara, Politik, Diskriminasi, dan Multikulturalisme*, Institut DIAN, Yogyakarta.
- Fasilitator's Guide for WHO Basic ART Aid Training Course (IMAI-WHO). 2004
- Giddens, Anthony. 2004. *Transformation of Intimacy: Seksualitas, Cinta, dan Erotisisme dalam Masyarakat Modern*, Alih Bahasa oleh Riwan Nugroho, Jakarta, Fresh Book.
- Hoigar, Cecilie dan Liv Finstad. 2008. *Tubuhku Bukan Milikku; Prostitusi, Uang, dan Cinta*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Koentjoro. 2004. *On The Spot; Tutar dari Sarang Pelacur*, Yogyakarta,

TINTA.

- Ludlow, Ron & Fergus Panton. 2000, Komunikasi Efektif, ANDI, Yogyakarta
- Liliweri, Alo. 2008, Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Mappiare AT, Andi. 2004. Pengantar Konseling dan Psikoterapi, Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.
- McGhie, Andrew. 1996. Penerapan Psikologi dalam Perawatan, Yogyakarta: Kerjasama Yayasan Essentia Medica dan Penerbit ANDI.
- McPherson, Jim, 1988, *AIDS and Compassion*, St Mark's Canberra, Australia
- Modul Pelatihan dan Konseling Tes Sukarela untuk Konselor Profesional. 2004, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Ditjen PPM & PL, Depkes RI
- Murni, Suzana. 2006. *Dua Sisi dari Satu Sosok*, Penyunting oleh Putu Oka Sukanta, Jakarta: Yayasan Spiritia.
- Muslich, Masnur. 2009. *Kekuasaan Media Massa Mengkonstruksi Realitas*. Penelitian, UNM, Malang.
- Muzaham, Fauzi. 1995. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*, Jakarta: UI-Press.
- Nicolson, Ronald, 1996, *God in AIDS*, SCM Press Ltd, Britain
- Rustamadji, Nurul. 2001. *Membidik AIDS; Ikhtiar Memahami HIV dan ODHA*. Yogyakarta: Yayasan Galang.
- Sarwono, Salito Wirawan. 1999. Psikologi Sosial; Individu dan Teori-Teori Psikologi Sosial, Jakarta: Balai Pustaka.
- Skober, Tandi. 2009, Pelacur, Politik, dan He he he, Kaki Langit Kencana, Jakarta
- Sulastomo. 2000. *Manajemen Kesehatan*, Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Sunaryo. 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.

- Sopjan, Merlyn. 2005. *Jangan Lihat Kelaminku; Suara Hati Seorang Waria*, Yogyakarta: Galang Press.
- Tim Lingkar Ganja Nusantara (LGN). 2011, Hikayat Pohon Ganja, Gramedia, Jakarta
- Waitzkin, Howard B dan Barbara Waterman. 1993. *Sosiologi Kesehatan; Mengeksploitasi Penyakit Mencari Keuntungan*, Judul Asli: *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*, diterjemahkan oleh Fauzi Muzaham, Jakarta: Prima Aksara.
- Zahar, Gretha, dkk. 2011, Divine Kretek; Rokok Sehat, Masyarakat Bangsa Produk Indonesia, Jakarta