



**Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 567/Menkes/SK/VIII/2006
Tanggal: 2 Agustus 2006**

PEDOMAN PELAKSANAAN PENGURANGAN DAMPAK BURUK NARKOTIKA, PSIKOTROPIKA DAN ZAT ADIKTIF (NAPZA)

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

1. Perkembangan AIDS

Pada tahun 1981 di dunia, mulai berkembang jenis penyakit baru yang menjadi pembicaraan di beberapa negara. Diawali dengan ditemukannya Sarkoma Kaposi dan *Pneumocystis Carinii* (PCP) yang jarang menginfeksi penduduk di beberapa kota di Amerika. Melalui sebuah penelitian yang dilakukan dengan segera maka pada tahun 1982 ditemukan bahwa telah terjadi sindrom karena menurunnya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh suatu virus pada orang yang menderita PCP dan Sarkoma Kaposi. Hasil penelitian menunjukkan pula bahwa virus penyebab sindrom tersebut dapat menular dari satu orang ke orang lain. Sampai sekarang virus tersebut dikenal sebagai *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan sindromnya disebut *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS).

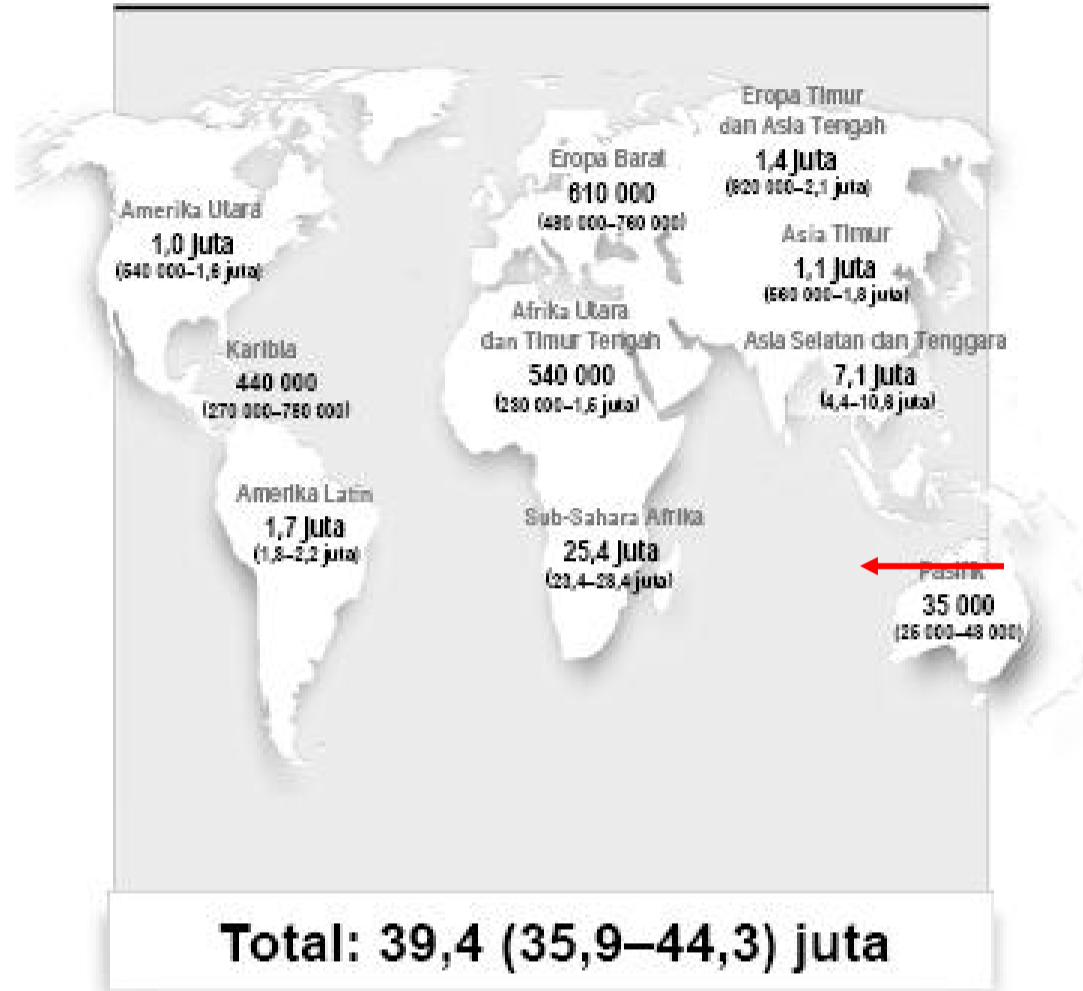
Perkembangan permasalahan HIV/AIDS semakin lama semakin mengkhawatirkan baik dari sisi kuantitatif maupun kualitatif. Walaupun secara geografi, yang semula diharapkan dapat menghambat perkembangan jumlah Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di dunia namun pada kenyataannya dalam kurun waktu 20 tahun terakhir jumlahnya telah mencapai lebih dari 60 juta orang dan 20 juta diantaranya telah meninggal. Tidak mengherankan bila permasalahan HIV/AIDS telah menjadi epidemi di hampir 190 negara. Data dari *the Joint United Nation Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) pada Desember 2004 tercatat 35,9 – 44,3 juta ODHA dan 2,0 – 2,6 juta diantaranya adalah anak-anak dibawah usia 15 tahun (lihat gambar 1). Data UNAIDS menunjukkan pula bahwa proporsi perempuan mencapai 49,74% yang berarti semakin besar kemungkinan perempuan yang melahirkan bayi yang kemungkinan telah atau akan terinfeksi HIV. Selain itu akan semakin banyak pula anak-anak yatim piatu karena orang tuanya meninggal karena AIDS. Permasalahan tersebut telah muncul di Sub-Sahara



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Afri
mer

nak



Gambar 1; Perkiraan ODHA (Anak-anak dan Dewasa)

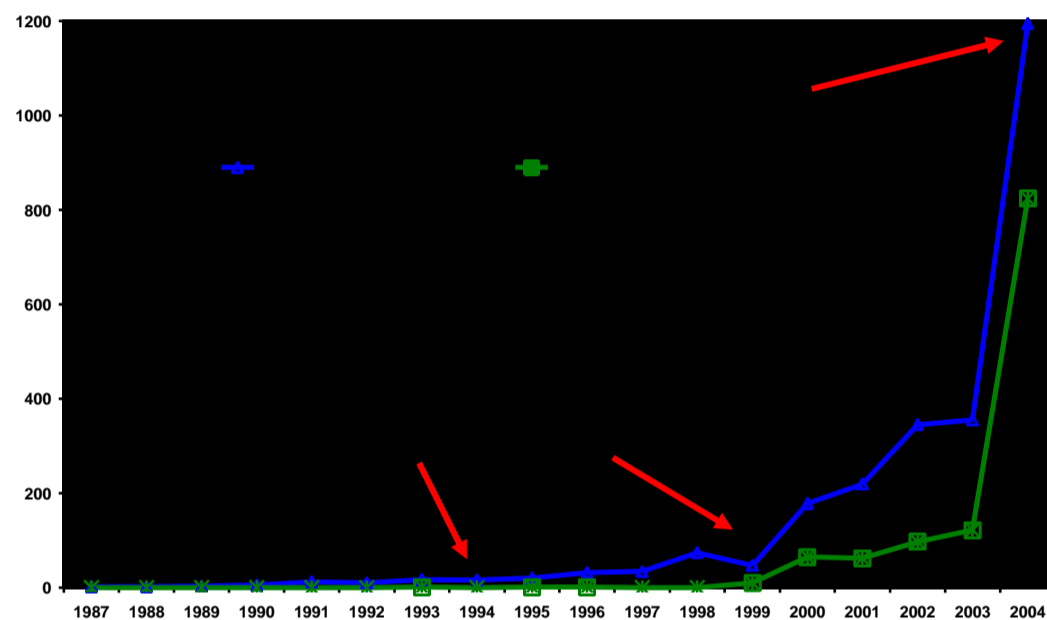
Sumber: UNAIDS & WHO, *AIDS Epidemic Update: December 2004*, UNAIDS, 2004

2. Perkembangan Kasus HIV/AIDS di Indonesia

Kasus pertama kali ditemukan di Indonesia pada tahun 1987 di Bali. Perkembangan HIV/AIDS setelah itu masih dapat dikatakan tidak terjadi penambahan kasus secara signifikan. Akan tetapi pada tahun 1993 terjadi ledakan pertama di Indonesia yaitu dengan penambahan kasus baru selama tahun 1993 melebihi angka seratus. Hal tersebut yang melatarbelakangi terbitnya Keppres No. 36 Tahun 1994 tentang Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) yang mempunyai tugas utama untuk menanggulangi penyebaran HIV/AIDS di Indonesia.

Walaupun di Indonesia kehidupan agama dan budaya sangat kental yang tidak *permissive* terhadap hubungan seks diluar nikah dan penggunaan Napza namun pada kenyataannya angka HIV/AIDS terus meningkat. Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan (Ditjen PPM & PL Depkes) sampai dengan

Maret 2005 melaporkan terdapat 6.789 kasus HIV/AIDS yang tercatat sejak tahun 1987. Bila dilihat pertambahan kasus baru setiap tahun, sejak pertama kali Indonesia melaporkan kasus HIV/AIDS maka telah terjadi peningkatan yang sangat cepat dan tajam. Bahkan mulai tahun 2000 penambahan kasus baru melebihi angka 500 dan pada tahun 2002 telah mendekati angka 1.000 (lihat gambar 2). Ini menunjukkan bahwa Indonesia mau tidak mau, ingin tidak ingin telah masuk dalam epidemi yang mengkhawatirkan. Bahkan di Indonesia menurut perkiraan nasional menyatakan bahwa jumlah penduduk yang terinfeksi HIV pada tahun 2001 mencapai 90.000 sampai dengan 130.000 orang. Bila hal ini dibiarkan tanpa tindakan yang nyata baik dari pihak eksekutif, legeslatif, yudikatif maupun masyarakat; maka angka kasus akan semakin bertambah dan memperberat beban Negara di kemudian hari.



Gambar 2; Penambahan Kasus AIDS per Tahun (1987 - 2004)

Sumber: Ditjen PPM & PL, *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia: Laporan s.d. 2004*, Ditjen PPM & PL, Depkes RI, 2005

Hubungan seks yang tidak aman, penggunaan jarum suntik yang tidak steril dan secara bergantian, tranfusi darah yang terinfeksi HIV, dan penularan ibu yang terinfeksi HIV ke anak yang dikandungnya merupakan faktor risiko yang dapat menularkan HIV dari satu orang ke orang lain. Faktor risiko penularan tersebut yang menjadikan permasalahan HIV/AIDS berkaitan dengan sosio-ekonomi-pertahanan-keamanan-budaya, disamping permasalahan jumlah yang semakin membesar. Sehingga permasalahan menjadi kompleks. Sebagai contoh, pada awal kasus HIV/AIDS muncul, tidak semua rumah sakit bersedia merawat ODHA karena muncul ketakutan nantinya rumah sakit tersebut tidak laku, karena orang yang terinfeksi HIV dipandang sebagai orang yang mempunyai perilaku yang tidak 'normal'.



Disinilah muncul diskriminasi terhadap ODHA yang seharusnya juga mendapat hak pelayanan kesehatan yang sama dengan orang yang tidak terinfeksi HIV.

Contoh lainnya, keengganan sementara orang untuk mengakui bahwa Indonesia telah menghadapi permasalahan HIV/AIDS dengan alasan, Indonesia merupakan bangsa Timur yang masih memegang adat istiadat secara kuat. Semua itu terjadi karena banyak orang telah memberikan penilaian negatif terhadap HIV/AIDS, ODHA dan perilakunya, tanpa dapat melihat permasalahan yang lebih substansial. Terlebih ditambah dengan sikap yang mengkaitkan status HIV/AIDS sebagai permasalahan moral, bukan sebagai permasalahan kesehatan masyarakat yang dapat mengenai semua golongan masyarakat.

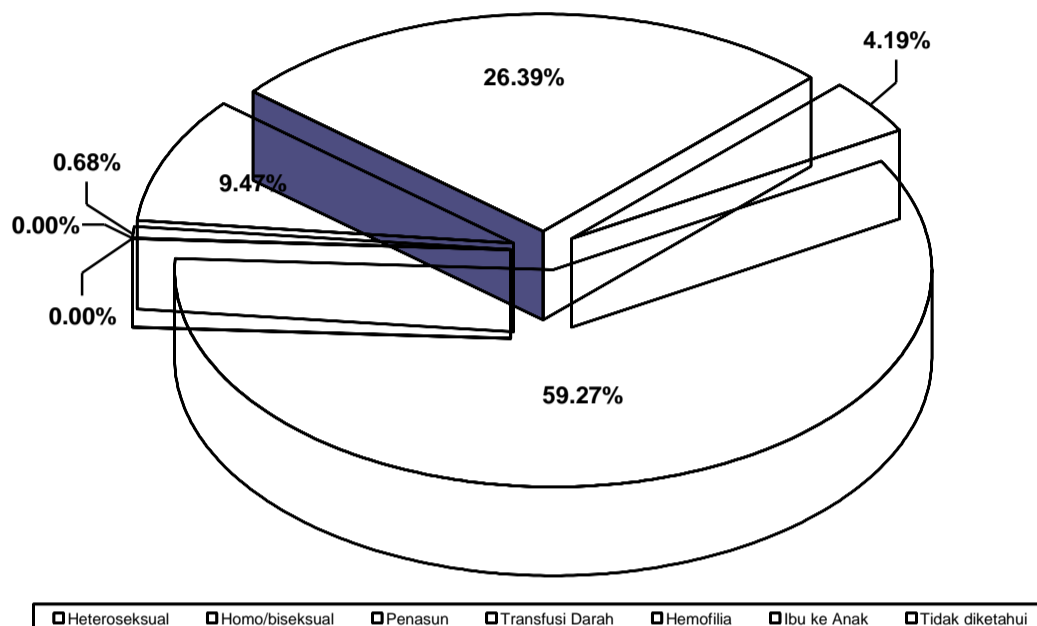
3. Pola Penularan HIV/AIDS di Indonesia

Pada awal perkembangan HIV/AIDS di dunia, pola penularannya terjadi pada kelompok homoseksual. Hal ini menimbulkan penilaian bahwa AIDS adalah penyakit orang yang mempunyai perilaku seks 'menyimpang'. Hal tersebut tidak terjadi di Indonesia. Pada awal penyebaran HIV/AIDS, penularan telah didominasi oleh hubungan seks heteroseksual bukan homoseksual yang menjadi stigma selama ini. Ini membuktikan bahwa HIV/AIDS dapat mengenai siapa saja, bukan hanya orang-orang 'khusus'. Hal ini dibuktikan bahwa kasus-kasus yang ditemukan banyak yang mempunyai perilaku hubungan seks heteroseksual serta ditemukan pada kelompok perempuan 'baik-baik'. Pola ini terus berlanjut sampai sekarang dengan data penularan melalui hubungan seks pada kelompok heteroseksual masih mendominasi pola penyebaran HIV/AIDS di Indonesia.

Pola penularan ini berubah pada saat ditemukan kasus seorang ibu yang sedang hamil diketahui telah terinfeksi HIV. Bayi yang dilahirkan ternyata juga positif terinfeksi HIV. Ini menjadi awal dari penambahan pola penularan HIV/AIDS dari ibu ke bayi yang dikandungnya disamping penularan melalui hubungan seks. Hal serupa digambarkan dari hasil survei pada tahun 2000 di kalangan ibu hamil di propinsi Riau dan Papua yang memperoleh angka kejadian infeksi HIV 0.35% dan 0.25%. Sedangkan hasil tes sukarela pada ibu hamil di DKI Jakarta ditemukan infeksi HIV sebesar 2.86%. Berbagai data tersebut membuktikan bahwa epidemi AIDS telah masuk ke dalam keluarga yang selama ini dianggap tidak mungkin tersentuh AIDS.

Pada sekitar tahun 2000, di Indonesia terjadi perubahan yang sangat menyolok pada pola penularan HIV/AIDS, yaitu melalui penggunaan jarum suntik yang tidak steril secara bergantian pada kelompok pengguna Napza suntik (Penasun). Pada kurun waktu 10 tahun

mulai 1995 – Maret 2005 proporsi penularan melalui penggunaan jarum suntik tidak steril meningkat lebih 50 kali lipat, dari 0,65% pada tahun 1995 menjadi 35,87% pada tahun 2004. Pada kurun waktu yang sama, proporsi penularan melalui hubungan seksual menurun cukup besar. Pada saat ini penularan melalui penggunaan jarum suntik tidak steril menjadi urutan terbesar kedua setelah heteroseksual serta menjadi faktor risiko utama dalam penularan HIV/AIDS di Indonesia.



Gambar 3; Penambahan Kasus HIV/AIDS Januari-Maret 2005

Sumber: Ditjen PPM & PL, *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia: Laporan s.d. Maret 2005*, Ditjen PPM & PL, Depkes RI, 2005

Bahkan selama Januari-Maret 2005, penambahan kasus HIV/AIDS dengan faktor risiko pada kelompok Penasun mencapai proporsi 59,27%, yang merupakan faktor risiko terbesar (lihat gambar 3). Sedangkan untuk faktor risiko heteroseksual hanya mencapai 26,30% setengah dari kelompok Penasun. Hal ini semakin membuktikan bahwa penularan melalui penggunaan jarum suntik tidak steril menjadi penularan utama, dan mungkin hal tersebut akan terus menjadi pola penularan utama. Data mengenai populasi yang rawan terinfeksi HIV menambah bukti bahwa kerentanan kelompok Penasun semakin nyata.

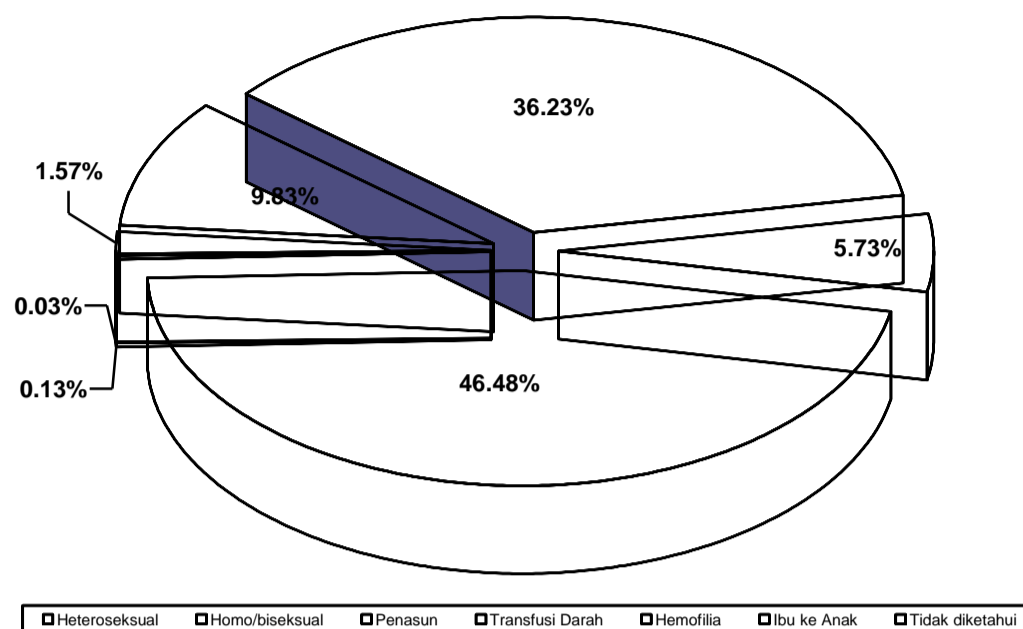
Gambar 4, menunjukkan secara jelas bagaimana perkiraan besarnya populasi dan perkiraan prevalensi HIV pada masing-masing kelompok populasi rawan HIV/AIDS dengan ancaman terbesar pada kelompok Penasun.

Populasi Rawan	Jumlah Populasi	Prevalensi HIV	Jumlah ODHA
Penasun	159.723	26,76	42.749
Pasangan Penasun non-Penasun	121.389	8,92	10.830
WPS	233.039	3,59	8.369
Pelanggan WPS	8.222.253	0,40	32.922
Pasangan Tetap Pelanggan WPS	6.113.833	0,07	4.457
Gay	1.149.809	0,87	10.021
PPS	2.500	4,02	100
Pasangan Wanita PPS	1.182	1,50	18
Waria	11.272	11,84	1.334
Pelanggan Waria	256.488	2,37	6.085
Pasangan Tetap Waria	3.050	5,48	167
WBP	73.794	11,99	8.851
Anak Jalanan	70.872	0,08	59
Total	16.013.508	0,69	110.800

Gambar 4; Perkiraan populasi rawan terinfeksi HIV Tahun 2002

Sumber: Ditjen PPM &PL, 2003, *Estimasi Nasional Infeksi HIV pada Orang Dewasa Indonesia Tahun 2002*, Depkes RI, Jakarta

Beban Negara bertambah berat dikarenakan orang yang teridentifikasi HIV telah masuk dalam tahap AIDS, terbanyak pada kelompok Penasun, yaitu 46,48%. Sedangkan yang ditularkan melalui hubungan heteroseksual hanya 36,23% (lihat Gambar 5). Permasalahannya bukan hanya sekedar pada pemberian terapi *antiretroviral* (ARV), tapi juga harus memperhatikan permasalahan adiksi para Penasun. Negara tidak boleh melalaikan permasalahan pencegahan penularan walaupun telah ada terapi ARV, karena ancaman penularan terus akan berlangsung seiring dengan pengobatan yang dilakukan. Faktor lain yang perlu diperhatikan adalah faktor resistensi HIV terhadap terapi ARV.



Gambar 5; Data Kumulatif Kasus Dari 1987 Sampai Dengan 2005
Sumber: Ditjen PPM & PL, *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia: Laporan s.d. Maret 2005*, Ditjen PPM & PL, Depkes RI, 2005

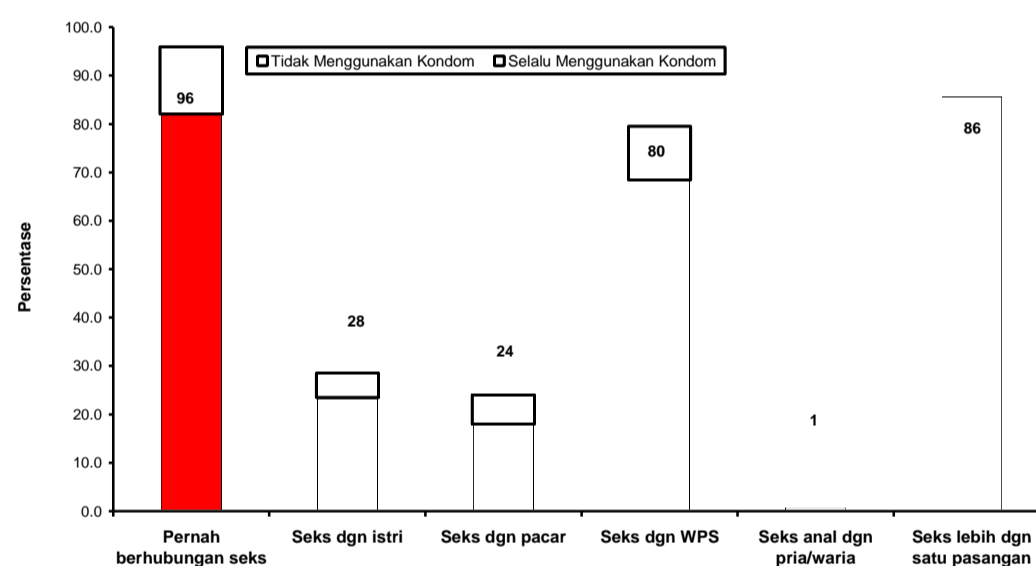
Peningkatan kasus pada kelompok Penasun ini, tidak terlepas dari meningkatnya penggunaan Napza di masyarakat terutama dengan cara suntik. Sampai sekarang data mengenai populasi Penasun yang merupakan kelompok berperilaku risiko tinggi belum banyak tersedia di Indonesia. Badan Narkotika Propinsi (BNP) DKI Jakarta dalam Lembar Informasi "Info Narkoba Untuk Kebijakan", edisi I, 2003, memperkirakan jumlah populasi Penasun di DKI Jakarta sebesar 13.406 orang dalam rentang periode Oktober 2001 – September 2002. Dengan perkiraan rendah 10.000 dan perkiraan tinggi 16.750. Sedangkan angka perkiraan nasional tahun 2002 menyebutkan bahwa populasi Penasun berkisar antara 123.849-195.597 dengan prevalensi HIV 19,79%-33,46%. Propinsi yang masuk dalam 10 besar yang mempunyai populasi Penasun terbanyak adalah DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sumatera Utara, Yogyakarta, Jambi, Banten, Sulawesi Selatan dan Sumatera Selatan.

4. Dampak Penyebaran ke Masyarakat

Pola penularan yang dipaparkan di atas telah dapat menunjukkan bahwa epidemi telah masuk ke dalam masyarakat yang selama ini merasa 'aman' terhadap penularan HIV/AIDS. Pola penularan yang sangat tinggi melalui hubungan seks terutama hubungan seks heteroseksual dan penggunaan jarum suntik yang tidak steril di kelompok pengguna Napza suntik, akan berdampak kepada penyebaran ke masyarakat.

Penularan HIV/AIDS melalui penggunaan jarum suntik yang bergantian pada kelompok Penasun mempunyai tingkat kemungkinan yang tinggi untuk terjadinya penularan per kejadian. Faktor risiko penularan bertambah melalui perilaku seks. Sehingga Penasun mempunyai dua pintu masuk dan dua pintu keluar untuk penularan HIV. Pandangan keliru yang beranggapan bahwa hanya kelompok-kelompok tertentu (WPS, waria, Penasun) yang akan terinfeksi HIV perlu diluruskan. Pandangan tersebut hanya akan membuat orang mempunyai rasa aman yang semu. Oleh karenanya tidak mengherankan apabila epidemi masuk dalam lingkungan keluarga 'baik-baik'.

Hasil studi perilaku pada kelompok laki-laki yang mobilitasnya tinggi di kota Makasar, Denpasar serta Kupang tahun 1998 mengindikasikan jaringan seksual yang cukup beragam. Fenomena jaringan seksual mengisyaratkan adanya perilaku yang tidak hanya punya banyak pasangan seks tetapi juga pasangan seksnya tersebut mempunyai banyak pasangan seks pula atau juga berganti-ganti pasangan seks. Perluasan penularan ke masyarakat menjadi sangat dekat untuk terjadi di Indonesia dengan hasil survei surveilans perilaku (SSP) tahun 2002 yang menunjukkan sebagian besar Penasun juga berperilaku membeli jasa seks pada penjaja seks.

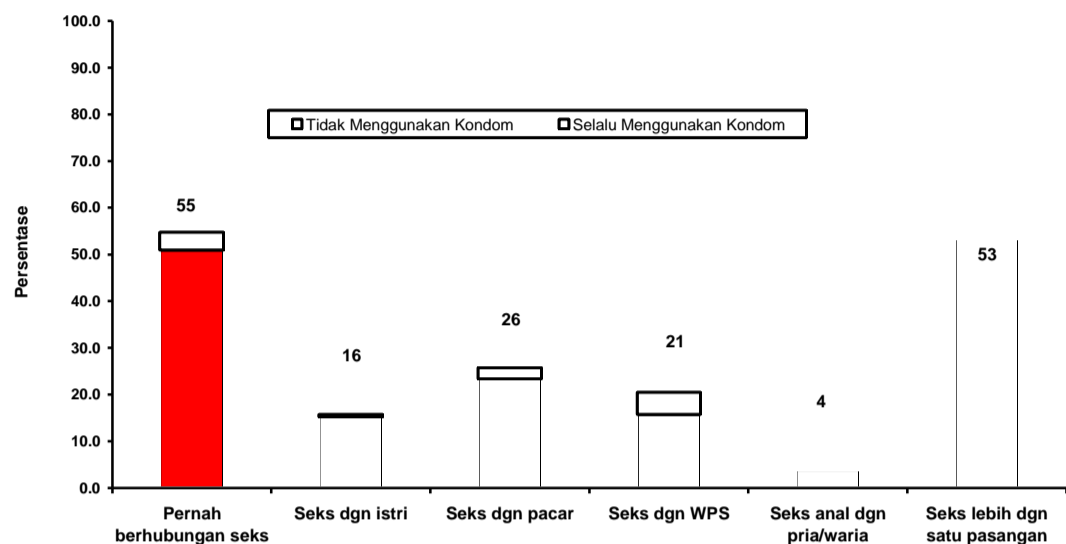


Gambar 7; Aktifitas hubungan seks Penasun dalam satu tahun terakhir, Surabaya

Sumber: Ditjen PPM & PL, Depkes RI, 2002

SSP yang diadakan di dua kota besar yaitu Surabaya dan Jakarta tahun 2002, menunjukan terjadinya perluasan penyebaran penularan HIV/AIDS yang mengkhawatirkan melalui hubungan seksual. Seperti diketahui bahwa penularan HIV/AIDS melalui hubungan seks hanya dapat dicegah dengan menggunakan kondom. Data SSP menunjukkan bahwa

penggunaan kondom sangat rendah seperti terlihat pada gambar 7 dan 8. Penggunaan kondom yang rendah tidak hanya pada WPS tetapi juga pada saat melakukan hubungan seks dengan istri.



Gambar

8; Aktifitas hubungan seks Penasun dalam satu tahun terakhir, Jakarta

Sumber: Ditjen PPM & PL, Depkes RI, 2002

Perkembangan demikian sangat mengejutkan dan mengkhawatirkan, apalagi Indonesia yang masih sedikit program yang melakukan intervensi pencegahan AIDS terutama pada kelompok Penasun. Hal ini tidak terlepas dari kurangnya orang yang memahami permasalahan HIV/AIDS dan masih terbatasnya pengalaman Indonesia untuk menjalankan program pencegahan HIV/AIDS di kelompok Penasun. Untuk itu sangat diperlukan keberanian Indonesia dalam mencoba program tersebut dengan dukungan penuh dari pihak pemerintah sebagai pemimpin dalam program pencegahan.

Respon yang cepat dan tepat sangat dibutuhkan di Indonesia, karena situasi epidemi HIV/AIDS terutama pada kelompok Penasun sangat mengkhawatirkan. Perluasan dan peningkatan mutu pelaksanaan program pengurangan dampak buruk Napza perlu segera dilakukan. Oleh karena itu perlu dikembangkan suatu Buku Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Napza.



B. Tujuan, Sasaran dan Dasar Kebijakan

1. Tujuan pedoman :

- Menyediakan standar pedoman pelaksanaan pengurangan dampak buruk Napza di kelompok Penasun.
- Memperluas dan meningkatkan kualitas pelaksanaan pengurangan dampak buruk Napza di kelompok Penasun.

2. Sasaran

Sasaran dibuatnya Buku Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Napza adalah institusi kesehatan, institusi pemerintah maupun non pemerintah yang terkait dengan penanggulangan HIV/AIDS, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) ataupun masyarakat yang akan melaksanakan pencegahan penularan HIV pada kelompok Penasun.

3. Dasar Kebijakan

Buku Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Napza berlandaskan pada:

- UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
- UU No. 5 Tahun 1997 tentang Psicotropika
- UU No. 22 Tahun 1997 tentang Narkotika
- UU No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia
- Keppres No. 36 Tahun 1994 tentang Komisi Penanggulangan AIDS
- Strategi Nasional Penanggulangan AIDS 2003-2007
- Keputusan Bersama Menko Kesra selaku ketua KPA (NOMOR 20/KEP/MENKO/KESRAIXII/2003) dan Kapolri selaku ketua BNN (NOMOR B/01/XII/2003/BNN) tentang Pembentukan tim nasional upaya terpadu pencegahan penularan HIV/AIDS dan pemberantasan penyalahgunaan narkotika, psicotropika dan zat/bahan adiktif dengan cara suntik
- Kesepakatan Bersama antara KPA (No. 21 KEP/MENKO/KESRAIXII/2003) dan BNN (No. B/O4/XII/2003/BNN) tentang upaya terpadu pencegahan penularan HIV/AIDS dan pemberantasan penyalahgunaan narkotika, psicotropika dan zat/bahan adiktif dengan cara suntik
- Sidang Kabinet Sesi khusus HIV/AIDS tahun 2002
- Komitmen Sentani dalam memerangi HIV/AIDS di Indonesia, 2004
- Rencana Strategis Departemen Kesehatan RI, 2003-2007
- Position paper BNN tentang penanggulangan HIV/AIDS dan Narkoba, Tahun 2004



II. PENGURANGAN DAMPAK BURUK NAPZA

A. Sejarah

Istilah pengurangan dampak buruk Napza (*Harm Reduction*) semakin banyak digunakan ketika pola penularan HIV/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/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/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/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/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/AIDS pada kelompok Penasun. Pengurangan dampak buruk Napza sebagai sebuah konsep intervensi pencegahan dan penanggulangan HIV/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/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/AIDS di Puncak, Bogor dapat dikatakan sebagai respon awal terhadap isu HIV/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/AIDS untuk melakukan tindakan. Pada tahun 2001 Aksi Stop AIDS (ASA) – *Family Health International* (FHI) mulai mengembangkan program spesifik dalam pencegahan HIV/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/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 penjangkaun 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/AIDS. Pada Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS 2003-2007 disebutkan pula secara eksplisit bahwa pengurangan dampak buruk Napza adalah salah satu pendekatan yang harus dilakukan dalam penanggulangan HIV/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.

B. Pengertian

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 menyucihamakan 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/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.

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



III. PRINSIP-PRINSIP PELAKSANAAN PENGURANGAN DAMPAK BURUK NAPJA.

A. Program Penjangkauan dan Pendampingan

1. Ruang Lingkup

Program penjangkauan dan pendampingan (*outreach*) adalah proses penjangkauan langsung yang dilakukan secara aktif kepada Penasun baik secara kelompok maupun individu. Populasi ini sulit dijangkau dengan metode yang lebih formal karena stigma dan diskriminasi yang sangat kuat di dalam masyarakat terhadap status penggunaan napzanya. Dalam proses penjangkauan dan pendampingan para pekerja lapangan melakukan proses identifikasi lokasi yang biasa menjadi tempat Penasun berkumpul atau tempat yang memungkinkan untuk melakukan interaksi langsung dengan Penasun. Proses penjangkauan dan pendampingan memberi peluang bagi Penasun untuk dapat mengakses berbagai layanan kesehatan yang dibutuhkannya, seperti: mendapatkan layanan informasi, tes HIV dan konseling, layanan kesehatan dasar yang tersedia, layanan manajemen kasus untuk penasun yang membutuhkan, akses terhadap jarum suntik steril dan layanan lainnya yang memungkinkan.

2. Tujuan

- Membuka akses sebesar mungkin pada komunitas Penasun yang berada di komunitas,
- Memberikan informasi yang memadai mengenai bahaya HIV/AIDS dan dampak buruk Napza sehingga menimbulkan kesadaran Penasun untuk mengurangi risiko terhadap dampak buruk yang mungkin muncul,
- Memotivasi dan melibatkan Penasun untuk mengurangi risiko perilaku penggunaan Napza suntik melalui berbagai upaya yang memungkinkan untuk dicoba,
- Memberikan dukungan secara terus menerus pada Penasun untuk mempertahankan perubahan perilaku lebih aman yang mungkin terjadi, dan
- Melibatkan Penasun agar secara aktif melakukan penyebaran informasi dan membentuk kepedulian sesama, sehingga ikut terlibat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS.



3. Sasaran

Penasun menjadi sasaran utama (primer) sedangkan pengguna Napza yang lain dan pasangan seks Penasun menjadi sasaran sekunder. Selain itu masyarakat di sekitar Penasun baik keluarga, orang kunci dan teman-temannya menjadi sasaran tersier. Sehingga proses penjangkauan dan pendampingan dilakukan di berbagai lokasi yang biasa menjadi tempat para Penasun berkumpul atau beraktivitas dalam keseharian. Tempat ini dapat berupa tempat orang muda berkumpul, taman-taman, titik tertentu di tempat-teman keramaian (pasar, mall, pinggir jalan), lokasi tertentu di wilayah perumahan, dan tempat-tempat lainnya.

4. Pelaksana

Kegiatan penjangkauan dan pendampingan dapat diselenggarakan oleh lembaga pemerintah maupun lembaga non pemerintah, bahkan kelompok masyarakat. Lembaga tersebut seperti:

- Institusi/lembaga kesehatan
- LSM atau organisasi kemasyarakatan
- Institusi/lembaga pemerintah
- Institusi/lembaga non pemerintah
- Kelompok masyarakat

Pelaksana program penjangkauan dan pendampingan adalah sebuah tim yang terdiri dari petugas lapangan dan koordinator penjangkauan. Petugas lapangan dapat yang mempunyai latar belakang mantan Penasun atau individu yang mempunyai kemampuan dan kesediaan untuk masuk dalam komunitas Penasun. Sedangkan koordinator penjangkauan berperan dalam memberikan dukungan dan pemantauan terhadap proses penjangkauan dan pendampingan di lapangan sehingga searah dengan tujuan program yang dikembangkan. Tim penjangkauan dan pendampingan, sebelum melaksanakan program sudah mendapatkan pelatihan khusus mengenai penjangkauan dan pendampingan.

5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

Sarana

- Material pendukung KIE terkait dengan HIV/AIDS dan Napza, berupa brosur, buklet, stiker atau media lainnya.
- Alat untuk demonstrasi pencegahan HIV, yaitu jarum suntik, pemutih (*bleach*), air bersih, tissue/kapas beralkohol (*alcohol swab*) dan kondom.



Prinsip-prinsip Pelaksanaan

- Para petugas lapangan yang telah direkrut oleh lembaga pelaksana mendapatkan pelatihan khusus mengenai penjangkauan dan pendampingan. Dalam pelatihan dibahas mengenai informasi dasar HIV/AIDS, status epidemi HIV/AIDS secara umum dan pada kelompok Penasun, teknis penjangkauan dan pendampingan, pemberian informasi, mengisi laporan dan melakukan rujukan layanan.
- Mengidentifikasi lokasi-lokasi yang merupakan tempat Penasun berkumpul.
- Mengidentifikasi waktu yang paling optimal untuk melakukan penjangkauan dan pendampingan di lokasi atau tempat tertentu. Hal ini dilakukan dengan proses pengamatan awal yang dilakukan dalam waktu berbeda.
- Membuat kontak dengan anggota dari kelompok sasaran dalam lingkungan tersebut secara bertahap. Proses ini mengutamakan upaya untuk membangun kepercayaan dengan Penasun atau orang kunci yang mungkin akan membantu untuk masuk dalam komunitas Penasun yang ada.
- Petugas lapangan memulai kontak dengan Penasun dengan memperkenalkan diri, lembaga tempat bekerja, dan tujuan berada di lapangan. Hubungan ini biasanya diperoleh dari kontak-kontak yang diperoleh melalui Penasun yang sudah dikenal sebelumnya pada saat program dikembangkan.
- Petugas lapangan menyampaikan informasi kepada Penasun yang sudah dikenal dan menyiapkan beberapa informasi tentang perawatan Napza atau perawatan HIV/AIDS yang dapat bermanfaat bagi para Penasun secara berkala.
- Petugas lapangan memotivasi Penasun untuk melakukan pengurangan risiko terinfeksi HIV secara berkala.
- Petugas lapangan perlu membangun hubungan dengan masyarakat sekitar serta menjelaskan tujuan dan peran yang sedang dilaksanakan di lapangan, *tanpa menghilangkan prinsip kerahasiaan Penasun*. Tokoh-tokoh atau orang kunci yang berada di sekitar lokasi perlu dihubungi dan diupayakan untuk mendapatkan dukungannya.
- Petugas lapangan menuliskan laporan harian mengenai proses kegiatan penjangkauan setiap hari. Laporan ini berisi mengenai lokasi tempat penjangkauan, jumlah penasun yang ditemui, diskripsi situasi, materi atau topik diskusi yang dilakukan dengan Penasun, serta kejadian penting yang ada di lapangan.
- Secara berkala tim penjangkauan dan pendampingan melakukan pertemuan koordinasi mengenai hasil kegiatan yang telah dilakukan dan membahas masalah



dan tantangan yang ditemukan di lapangan. Tim mendiskusikan dan mencari cara pemecahan bersama dan menentukan rencana kerja penjangkauan dan pendampingan ke depan.

- Pihak manajemen program penjangkauan dan pendampingan perlu melakukan koordinasi dengan pihak KPA daerah, BNP/BNK dan institusi kepolisian setempat mengenai kegiatan yang dilakukan. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahpahaman terhadap kegiatan penjangkauan dan pendampingan yang dilaksanakan.

B. Program Komunikasi, Informasi dan Edukasi

1. Ruang Lingkup

Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) merupakan kegiatan yang dikembangkan secara khusus dalam penyediaan informasi mengenai HIV/AIDS, Napza, risiko penularan HIV (berbagi peralatan jarum suntik dan hubungan seks), seksualitas, merawat diri dengan lebih baik, dan isu lain yang berhubungan dengan permasalahan kesehatan Penasun.

Media KIE dapat berupa pamflet, poster, lembaran fakta, gambar, *billboard*, *graffiti*, video, siaran radio dan bentuk lainnya yang mudah diakses oleh Penasun. Media informasi dapat dibagikan pada Penasun di tempat-tempat Penasun berkumpul.

Penerimaan dari sasaran terhadap materi maupun bentuk media informasi, menjadi indikator keberhasilan program KIE. Untuk hasil yang paling efektif jika media informasi dibuat dan dikembangkan oleh sasaran (Penasun), menggunakan bahasa yang dimengerti oleh lingkungan sasaran, sederhana dan gampang untuk dibaca maupun dimengerti, menggunakan ilustrasi/gambar, tersedia dan disebarkan secara luas. Program KIE memberikan kontribusi sebagai bagian dari pengurangan dampak buruk Napza yang lebih luas dari intervensi-intervensi guna mendorong pengurangan risiko HIV/AIDS. Sehingga program KIE harus menyediakan dan memberikan informasi dan edukasi mengenai penyebaran HIV dan pencegahannya, yang didasarkan pada sebuah pemahaman mengenai perilaku berisiko.

2. Tujuan

- Meningkatkan pengetahuan dan sikap yang dapat mendorong perubahan perilaku dalam mengurangi risiko terinfeksi HIV.
- Menyediakan dan memberikan informasi yang benar dan tepat guna.



3. Sasaran

Penasun menjadi sasaran utama (primer) sedangkan pengguna Napza yang lain dan pasangan seks Penasun serta keluarga penasun menjadi sasaran sekunder. Sedangkan masyarakat luas menjadi sasaran tersier.

4. Pelaksana

- Institusi / lembaga kesehatan
- LSM atau organisasi kemasyarakatan
- Institusi/lembaga pemerintah
- Institusi/lembaga non pemerintah
- Kelompok Masyarakat

5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

Sarana

- Media massa elektronik (video, serta siaran radio, televisi, dll)
- Media cetak (poster, pamflet dan buletin, dll)

Prinsip-prinsip Pelaksanaan

- Keterlibatan Penasun dalam proses pembuatan dan pengembangan media informasi merupakan hal yang sangat dasar dan penting karena sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran. Media informasi hendaknya mencakup topik bahasan di bawah ini:
 - Mengurangi praktek penggunaan bersama peralatan menyuntik.
 - Mengurangi jumlah pasangan yang diajak penggunaan bersama serta mengurangi kesempatan penggunaan bersama.
 - Risiko-risiko dari berbagai tehnik mempersiapkan penyuntikan Napza dan cara penggunaan bersama yang aman.
 - Risiko-risiko dari berbagai tehnik berbeda dalam berbagi Napza (contohnya antara pengisian dari depan dengan pengisian dari belakang).
 - Risiko-risiko dari berbagi peralatan menyuntik (contohnya filter, wadah, air).
 - Tehnik-tehnik untuk membersihkan dan suci hama peralatan suntik.
 - Bagaimana cara memperoleh jarum suntik steril.
 - Pemusnahan yang aman terhadap peralatan suntik yang telah terkontaminasi.
 - Cara-cara lain dalam menggunakan Napza (contohnya alternatif-alternatif lain dari menyuntik).
 - Layanan perawatan Napza yang tersedia.



- Pencegahan Hepatitis B (termasuk vaksinasi) dan Hepatitis C.
 - Perawatan pembuluh darah dan abses.
 - Penggunaan kondom dan hubungan seks yang lebih aman.
 - Rincian nama dan alamat dari orang/organisasi yang bisa dihubungi untuk layanan kesehatan, kesejahteraan, serta layanan lainnya.
- Media informasi yang dapat digunakan untuk menyebarluaskan pesan pencegahan antara lain:
 - **Kampanye media masa**
Kampanye media masa dapat digunakan secara efektif untuk meningkatkan kepekaan masyarakat umum terhadap HIV/AIDS dan penggunaan Napza, serta mengubah pandangan mereka untuk lebih mendukung sebuah pendekatan yang lebih manusiawi terhadap HIV/AIDS dan pengguna Napza. Kampanye media masa cenderung sangat mahal dan bahkan mungkin tidak mampu menjangkau kelompok yang paling rentan.
 - **Kampanye informasi terarah**
Penjajakan situasi lokal dibutuhkan untuk mengidentifikasi sikap, pengetahuan dan perilaku berisiko tertentu, kelompok Penasun yang menjadi sasaran, konteks penggunaan Napza yang disuntikan, jalur-jalur komunikasi, serta sumber daya lokal. Berdasarkan penjajakan ini, materi serta pesan yang tepat dapat dibuat dan dikembangkan melalui kerjasama dengan Penasun untuk menyediakan dan memberikan informasi yang jelas tentang strategi-strategi pengurangan risiko infeksi HIV. Kampanye seperti ini efektif dalam menjangkau Penasun yang paling rentan, memberikan informasi yang sangat praktis kepada mereka, termasuk tentang cara memperoleh dan memanfaatkan layanan-layanan perawatan.

C. Program Penilaian Pengurangan Risiko

1. Ruang Lingkup

Penilaian pengurangan risiko diberikan sebagai upaya untuk memperkuat dan membangun pelaksanaan pengurangan risiko infeksi HIV. Kegiatan ini dilakukan selama penjangkauan dan pendampingan. Fokus dari program adalah risiko HIV/AIDS, HBV, HCV, dan IMS lain yang berhubungan dengan penggunaan Napza dan perilaku seksual. Penilaian ini dimaksudkan untuk mengenalkan pesan pengurangan risiko dan mendukung upaya-upaya



perubahan perilaku. Penilaian pengurangan risiko dapat dilakukan untuk membantu Penasun baik secara individu maupun kelompok.

2. Tujuan

- Secara individual, Penasun dapat merencanakan upaya-upaya pengurangan risiko terjadinya infeksi HIV dalam waktu tertentu.
- Secara kelompok, Penasun dapat memberikan dukungan kepada Penasun yang lain sehingga terbentuk norma kelompok yang kurang berisiko.

3. Sasaran

- Penasun, merupakan sasaran primer.
- Kelompok Inti Penasun, merupakan sekelompok Penasun yang menggunakan Napza hampir selalu atau sering secara bersama-sama. Biasanya anggota kelompok tidak lebih dari 4 orang.

4. Pelaksana

- Institusi/lembaga kesehatan
- LSM atau organisasi kemasyarakatan
- Institusi/lembaga pemerintah
- Institusi/lembaga non pemerintah
- Kelompok Masyarakat

5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

Sarana

- Form pelaksanaan untuk penilaian pengurangan risiko

Prinsip-prinsip Pelaksanaan

- § Sebelum proses penilaian risiko ini dilakukan, petugas lapangan harus terlebih dahulu melihat seberapa jauh pengetahuan tentang HIV/AIDS termasuk informasi penularan HIV. Kalau Penasun belum mengetahui tentang hal ini, maka petugas lapangan bisa memberikan penjelasan singkat tentang informasi ini dan membuka diskusi atau menawarkan apakah ada pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan HIV.
- § Jelaskan risiko yang dapat diterima dan risiko yang tidak dapat diterima yang berhubungan dengan penularan HIV. Risiko yang tidak dapat diterima adalah tingkat



risiko tertentu yang akan dihindari oleh seseorang karena kesadarannya tentang risiko dan merasa mampu untuk menghindari risiko tersebut. Risiko yang dapat diterima dapat menjadi besar karena seseorang belum mempunyai informasi tertentu atau karena perasaan tidak mampu melakukan tindakan apapun untuk menghindari risiko tertentu. Dalam proses penilaian pengurangan risiko petugas lapangan akan membantu Penasun agar dapat mengubah secara bertahap hal-hal yang tadinya dianggap sebagai risiko yang bisa diterima untuk diubah menjadi risiko yang tidak bisa diterima.

- § Kalau memang Penasun tertarik untuk membuat rencana pengurangan risiko maka petugas lapangan sejauh mungkin menawarkan dukungan supaya dapat mengurangi risiko yang dipilihnya secara terus menerus
- § Menemukan tempat yang nyaman dan pribadi, sehingga Penasun merasa cukup nyaman untuk menceritakan perilakunya apakah itu yang berkaitan dengan perilaku menyuntik maupun perilaku seksualnya. Selain itu dapat menunjukkan bahwa proses penilaian pengurangan risiko merupakan sebuah proses yang sungguh-sungguh direncanakan dan berarti baik bagi Penasun maupun petugas lapangan
- § Penilaian pengurangan risiko pribadi dan kelompok sebaiknya dilakukan berulang-ulang dengan jangka waktu yang disesuaikan dengan kondisi Penasun, sehingga memungkinkan Penasun untuk selalu mengurangi perilaku berisiko, sampai suatu saat tidak melakukan perilaku yang berisiko lagi. Dalam mendiskusikan cara-cara pengurangan risiko tawarkan beberapa alternatif pengurangan risiko yang mungkin dan masuk akal untuk bisa dilakukan oleh Penasun baik secara individu atau kelompok. Diskusikan pilihan untuk mengurangi risiko dari Penasun termasuk kesulitan/hambatan yang mungkin dihadapi sehingga Penasun benar-benar paham dan sadar atas pilihan yang telah ditentukan.
- § Tawarkan dukungan yang berkelanjutan, setelah Penasun menentukan pilihan untuk mengurangi risiko, maka petugas lapangan dapat menawarkan dukungan yang terus menerus untuk mendukung rencana pengurangan risiko. Dukungan dapat berupa: mengingatkan tentang pilihan yang telah direncanakan, menyediakan informasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan rencana pengurangan risiko, menyediakan kondom dan pemutih secara teratur, dukungan pribadi, dan sebagainya.
- § Untuk melakukan penilaian pengurangan risiko ulangan, petugas lapangan dapat langsung mengajak Penasun melihat hambatan-hambatan yang muncul saat melaksanakan rencana pengurangan risiko sebelumnya. Setelah diidentifikasi hambatan-hambatan yang muncul (mungkin juga situasi-situasi yang memungkinkan rencana pengurangan risiko terlaksana), petugas lapangan kemudian dapat



menawarkan kembali untuk melihat risiko-risiko yang selama ini dilakukan oleh Pemasun dan menentukan pilihan rencana pengurangan risiko berikutnya. Tahapan ini akan berulang kembali setiap kali dilakukan penilaian pengurangan risiko.

D. Program Konseling dan Tes HIV Sukarela

1. Ruang Lingkup

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

VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif di mana memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV/AIDS, mempelajari status dirinya, mengerti tanggung jawab untuk menurunkan perilaku berisiko dan mencegah penularan infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.

2. Tujuan

Seseorang yang mengetahui status HIV-nya akan dapat:

- Mendorong perubahan perilaku yang dapat mencegah penularan HIV.
- Meningkatkan kesehatan umum, termasuk berupaya mencari perawatan untuk infeksi-infeksi oportunistik.
- Merencanakan masa depan dalam hubungannya dengan keluarga serta komitmen-komitmen lainnya, serta memberi peluang mencegah terjadinya penularan vertikal HIV dari seorang ibu yang terinfeksi kepada anaknya.

3. Sasaran

Pemasun yang membutuhkan pemahaman diri akan status HIV agar dapat mencegah dirinya tertular atau menularkan.

4. Pelaksana

- LSM
- Rumah Sakit
- Puskesmas
- Klinik yang terlatih

5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

Prosedur pelaksanaan VCT pada Penasun merujuk pada Buku Pedoman Pelayanan Konseling Dan Testing HIV/AIDS Sukarela, Depkes 2004.

E. Program Penyucihamaan

1. Ruang Lingkup

Program penyucihamaan (*bleaching*) merupakan bagian dari pengurangan dampak buruk Napza. Kegiatan yang dapat mengurangi jumlah virus yang bersifat menular di peralatan suntik bekas akan mengurangi pula kemungkinan terjadinya penyebaran virus tersebut, seperti: mencuci jarum suntik untuk menghilangkan darah yang telah terkontaminasi dari dalam jarum suntik tersebut; mensucihamakan jarum suntik dengan menggunakan cairan kimia pensucihama; atau mensterilkan jarum suntik dengan dipanaskan.

Pemutih merupakan cairan yang efektif untuk mengurangi jumlah virus HIV di jarum suntik. Program ini meliputi penyediaan *bleaching kit* (paket pemutih) yang terdiri dari pemutih/*hipoklorit* 5,25% (lihat lampiran) dan air bersih. Program penyucihamaan harus disertai informasi dan peragaan tentang cara penyucihamaan yang benar. Program penyucihamaan bersamaan dengan program penjangkauan dan pendampingan di lapangan sebagai salah satu pilihan perilaku untuk mengurangi risiko terinfeksi HIV bagi Penasun.

2. Tujuan

- Menyediakan dan mendistribusikan paket pemutih kepada Penasun dan paket pencegahan lainnya.
- Mengurangi jumlah virus yang bersifat menular di peralatan suntik bekas pakai.
- Mengurangi penularan HIV melalui darah dalam peralatan untuk menyuntik terkontaminasi.
- Memberikan informasi dan tata cara penyucihamaan yang benar.



- Memastikan Penasun mengetahui dan dapat melakukan cara penyucihamaan yang benar.

3. Sasaran

Penasun yang berada pada lingkungan yang memiliki keterbatasan sumber daya, seperti: sulit untuk mengakses jarum steril; belum ada kebijakan yang memungkinkan Penasun secara bebas membeli/membawa jarum suntik; dan belum memungkinkan program pertukaran jarum suntik steril.

4. Pelaksana

- Institusi/lembaga kesehatan
- LSM atau organisasi kemasyarakatan
- Institusi/lembaga pemerintah
- Institusi/lembaga non pemerintah
- Kelompok Masyarakat

5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

Sarana

- Bahan pemutih,
- Petunjuk tentang cara penggunaannya

Prinsip-prinsip Pelaksanaan

- Pada beberapa lingkungan (seperti; Lapas atau Rutan), penyediaan dan pemberian pemutih merupakan sebuah strategi garis depan, karena program jarum suntik steril masih belum dapat atau sulit dilaksanakan. Di beberapa tempat lainnya, penyediaan dan pemberian pemutih merupakan strategi cadangan untuk situasi di mana peralatan suntik steril tidak tersedia secara memadai.
- Penyediaan dan pemberian pemutih dapat memberikan dukungan dalam pelaksanaan edukasi pencegahan HIV dan memberikan strategi alternatif untuk pencegahan HIV yang efektif bagi pekerja kesehatan dan kliennya manakala peralatan steril tidak tersedia.
- Program penyucihamaan lebih baik dipandang sebagai sebuah alternatif lain, apabila program jarum suntik steril tidak mungkin dilaksanakan.
- Informasi lebih lanjut tentang penyucihamaan peralatan untuk menyuntik dapat merujuk kepada Buku Pedoman Kewaspadaan *Universal*, Depkes 2003.

F. Program Penggunaan Jarum Suntik Steril

1. Ruang Lingkup

Program penggunaan jarum suntik steril (Pejasun) atau *Needle Syringe Program* (NSP) adalah upaya penyediaan layanan yang meliputi penyediaan jarum suntik steril (baru), pendidikan dan informasi tentang penularan HIV, rujukan terhadap akses medis, hukum dan layanan sosial. Program ini menyediakan dan memberikan peralatan suntik steril, beserta materi-materi pengurangan risiko lainnya, kepada Penasun, untuk memastikan bahwa setiap penyuntikan dilakukan dengan menggunakan jarum suntik baru.

Dalam pelaksanaan program penggunaan jarum suntik steril terdapat beberapa model program diantaranya:

- *Needle Exchange Program* (NEP) atau *Needle Syringe Exchange Program* (NSEP), program pertukaran jarum suntik. Program ini menekankan pada pertukaran bukan distribusi
- *Needle Distribution Program* (NDP), program yang menekankan pada distribusi jarum suntik steril

Hingga saat ini, Pejasun merupakan salah satu intervensi yang paling efektif di antara program pencegahan HIV di kelompok Penasun. Evaluasi intensif terhadap program Pejasun telah dilakukan pada berbagai Negara lain telah membuktikan secara meyakinkan bahwa program Pejasun memang berhasil mengurangi penyebaran HIV dan tidak mendorong peningkatan Penasun dan penggunaan Napza lainnya. Program Pejasun dapat dilakukan bersama dengan program penjangkauan dan pendampingan bila situasi dan kondisi di lapangan memungkinkan untuk dilakukan.

2. Tujuan

- Menyediakan dan mendistribusikan jarum suntik steril kepada Penasun, dan menghentikan beredarnya jarum suntik bekas pakai yang berpotensi menularkan HIV.
- Memastikan penggunaan jarum suntik steril pada sebanyak mungkin praktek penggunaan Napza secara suntik.
- Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan Penasun mengenai menyuntik yang lebih aman.



3. Sasaran

Penasun yang belum mampu untuk berhenti menggunakan Napza secara suntik.

4. Pelaksana

- Institusi/lembaga kesehatan
- LSM atau organisasi kemasyarakatan
- Institusi/lembaga pemerintah
- Institusi/lembaga non pemerintah
- Kelompok Masyarakat

Pelaksana program Pejasun adalah sebuah tim yang terdiri dari:

- Koordinator Program Pejasun, bertanggungjawab terhadap pelaksanaan program pada berbagai macam bentuk. Koordinator bertugas memonitor dan melakukan supervisi kepada petugas lapangan Pejasun dan melakukan koordinasi dengan koordinator program lainnya.
- Petugas Pelaksana, bertugas melaksanakan layanan Pejasun dari mulai pendaftaran sampai dengan Penasun keluar dari tempat pelayanan. Petugas pelaksana akan merekam dan menyimpan data yang didapat selama layanan Pejasun dilaksanakan menggunakan formulir baku yang tersedia. Petugas bertanggung jawab terhadap penyediaan dan penyimpanan jarum suntik steril dan pengelolaan jarum suntik bekas pakai.
- Petugas Lapangan Pejasun, bertugas mempromosikan program Pejasun kepada para Penasun di lapangan, memberikan layanan Pejasun kepada Penasun yang masih belum ingin berkhunung ke layanan secara mandiri dan membantu perubahan perilaku kepada Penasun yang didampingi.

5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

Sarana

- **Identitas program Pejasun**

Untuk lebih mudah mengenal program baik bagi Penasun dan pihak stakeholder maka program sebaiknya membuat logo yang akan ditempatkan di kartu identitas petugas lapangan dan pada kantor atau tempat layanan Pejasun. Logo ditempatkan pada tempat yang mudah dilihat sehingga tersosialisasikan kepada Penasun dan



masyarakat lainnya. Bila memungkinkan dibuat logo secara nasional dan disetujui oleh pihak pemerintah terkait (Departemen Kesehatan RI).

- **Kartu identitas staf**

Semua staf program Pejasun, terutama petugas lapangan Pejasun harus membawa kartu identitas saat berada di lapangan dan saat bekerja. Kartu tersebut dapat oleh lembaga dengan sepengetahuan pihak pemerintah yang terkait (Dinas Kesehatan).
- **Kartu identitas klien**

Klien (Penasun) yang menerima layanan ini akan mendapatkan kartu yang menunjukkan bahwa klien sedang mengikuti program ini. Kartu ini berisi informasi singkat mengenai program Pejasun, lembaga pelaksana dan kode klien (bukan nama dan alamat lengkap). Kartu tersebut dapat oleh lembaga dengan sepengetahuan pihak pemerintah yang terkait (Dinas Kesehatan).
- **Peralatan yang harus disediakan**
 - Jarum suntik steril dan tabung suntik berdasarkan model yang biasanya dipakai oleh Penasun di daerah tersebut.
 - Kapas beralkohol, digunakan untuk membersihkan kulit tempat yang akan disuntik dan untuk membersihkan peralatan lain serta tangan. Paling sedikit disediakan 2 kapas beralkohol untuk setiap jarum suntik dan tabung yang diberikan.
 - Kondom dan pelicin, untuk mendorong perilaku seks aman.
 - Kantong, terdiri dari kantong kertas kecil dan kantong plastik besar, untuk membawa jarum suntik steril dan bekas pakai.
 - Media informasi terkait dengan HIV/AIDS dan Napza, berupa brosur, buklet, stiker atau media lainnya.

Prinsip-prinsip Pelaksanaan

- **Model layanan program Pejasun**
 - a. Menetap. Program menyediakan tempat khusus untuk pelayanan pendistribusian jarum suntik steril, seperti; *drop in center* (DIC) atau Puskesmas. Tempat tersebut dapat juga menyediakan layanan lain selain program Pejasun, seperti; layanan kesehatan umum, *case management* dan layanan VCT.
 - b. Satelit. Program menyediakan tempat di lokasi komunitas sebagai perpanjangan dari lokasi menetap. Petugas lapangan Pejasun bertanggung jawab untuk datang dan bekerja di tempat yang ditentukan dan waktu yang ditentukan.



- c. Bergerak. Program Pejasun memberikan tanggung jawab kepada petugas lapangan Pejasun membawa tas yang berisi jarum suntik steril dan media informasi dan mendatangi tempat-tempat yang sering dikunjungi oleh Penasun.
- **Jam kerja layanan**
 - Lembaga yang melaksanakan program Pejasun harus menentukan waktu yang tepat dimana Penasun paling membutuhkan akses untuk memperoleh jarum suntik steril.
 - Petugas lapangan Pejasun harus rutin dan teratur datang di tempat dan waktu dimana hubungan yang maksimal dengan Penasun dapat dibangun.
 - **Proses pendaftaran klien program Pejasun**
 - a. Memperkenalkan program Pejasun kepada Penasun
 - b. Menyiapkan kartu identitas klien program Pejasun
 - c. Pemberian jarum suntik steril dan meminta jarum suntik bekas pakai
 - **Usia Klien**
 - Penasun dari semua usia mungkin akan mengakses program Pejasun. Dengan menyediakan jarum suntik steril untuk Penasun berusia muda, program ini mengurangi risiko kaum muda terinfeksi virus yang ditularkan melalui darah. Jika tidak ada layanan yang menyediakan jarum suntik steril, maka akan sangat mungkin terjadi berbagi jarum suntik dan tidak hanya akan berisiko terhadap dampak buruk penggunaan Napza, tetapi juga berisiko terinfeksi virus yang ditularkan melalui darah.
 - Klien dengan usia di bawah 18 tahun harus dinilai terlebih dahulu untuk pembagian jarum suntik steril agar pemberian jarum suntik ini benar-benar diberikan kepada orang yang sesuai dengan persyaratan peserta program Pejasun yang telah ditentukan.
 - **Aktivitas-aktivitas Program Pejasun**
 - Melindungi kerahasiaan klien selama mengikuti kegiatan-kegiatan yang dijalankan oleh program Pejasun.
 - Penyediaan jarum suntik steril, tabung suntik, kapas beralkohol dan air steril.

- Penyediaan tempat/kotak pemusnahan jarum suntik bekas pakai dan pemberian informasi tentang pemusnahan jarum suntik bekas pakai yang aman. (melanjutkan ke Program Pemusnahan Peralatan Suntik Bekas Pakai)
 - Penyediaan tempat untuk menyerahkan jarum suntik dan tabung suntik bekas bekas pakai.
 - Memonitoring setiap kegiatan dalam program Pejasun.
 - Mendistribusikan kondom untuk kegiatan seksual aman.
 - Menyediakan lembar informasi tentang kesehatan yang berkaitan dengan penggunaan Napza.
- **Monitoring dan Evaluasi**

Kerahasiaan data selama proses program dipegang oleh pelaksana program Pejasun. Koordinator program Pejasun akan memastikan lembar data lengkap dan akurat. Data yang terkumpul merupakan syarat yang dibutuhkan ketika mengatasi masalah dengan klien dalam penyediaan informasi.

G. Program Pemusnahan Peralatan Suntik Bekas Pakai

1. Ruang Lingkup

Pemusnahan peralatan menyuntik bekas pakai dimaksudkan untuk mengumpulkan kembali peralatan bekas pakai, memastikan bahwa peralatan bersih dan steril yang dipakai, menghindari penjualan ulang peralatan bekas pakai, dan memastikan pemusnahan peralatan bekas pakai dengan semestinya.

2. Tujuan

- Melenyapkan kemungkinan digunakannya kembali peralatan bekas pakai yang mungkin sudah terkontaminasi.
- Melenyapkan sumber yang potensial bagi penularan HIV yang tidak disengaja kepada mereka yang bukan Penasun, khususnya anak-anak.

3. Sasaran

- Lokasi-lokasi yang menjadi tempat Penasun sering menggunakan Napza.
- Penasun yang menyerahkan jarum suntik bekas pakai di kantor-kantor lapangan atau DIC dari program Pejasun.



4. Pelaksana

- Institusi/lembaga kesehatan
- LSM atau organisasi kemasyarakatan
- Institusi/lembaga pemerintah
- Institusi/lembaga non pemerintah
- Kelompok Masyarakat

5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

Sarana

- Wadah plastik sekali pakai/wadah plastik yang tahan tusukan, botol kaca atau plastik atau kaca dengan penutup yang aman.
- Jika memungkinkan, sebaiknya wadah ini berwarna kuning dan ditandai misalnya “berbahaya”, atau “barang tajam yang tercemar”.
- Program Pejasun menjalin kerjasama dengan rumah sakit guna mendukung pembakaran jarum suntik bekas pakai dengan menggunakan *incinerator*.

Prinsip-prinsip Pelaksanaan

- Mempromosikan tentang pengembalian jarum suntik bekas pakai dan pemusnahan dengan aman.
- Penyediaan tempat/kotak pemusnahan jarum suntik bekas pakai dan pemberian informasi tentang pemusnahan jarum suntik bekas pakai yang aman.
- Penyediaan tempat untuk menyerahkan jarum suntik dan tabung suntik bekas pakai.
- Memonitoring setiap kegiatan dalam pengembalian jarum suntik bekas pakai dan pemusnahannya.
- Informasi mengenai pemusnahan dengan aman seharusnya dipadukan dalam setiap terjadinya pertukaran peralatan setiap saat.
- Petugas lapangan Pejasun perlu selalu mengingat untuk mendorong kebiasaan pemusnahan secara aman oleh Penasun. Karena jarum suntik bekas pakai yang dibuang secara sembarangan akan membuat masalah dengan lingkungan sekitar dan akan menjadi alasan kuat ditutupnya program perjasun.
- Dalam pengumpulan jarum suntik bekas pakai, beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain:
 - Tanpa alat bantu, petugas tidak boleh memegang jarum suntik bekas pakai.



- Penasun langsung memasukkan jarum suntik bekas pakai ke tempat khusus. Dijelaskan dimana letak pemusnahan khusus tersebut.
- Tempat pemusnahan tidak boleh terlalu penuh.
- Tempat tersebut harus langsung dibuang ke tempat pembakaran tanpa mengeluarkan.
- Pembakaran jarum suntik bekas pakai menggunakan *incinerator*.
- Apabila ada jarum suntik yang dikembalikan dan menurut laporan bersih dan tidak dipakai, maka harus tetap dibuang ke dalam pemusnahan khusus.
- Wadah pemusnahan yang telah penuh segera diletakkan di dalam kantong plastik yang telah diberi label yang sesuai yang terletak di dalam kotak berlabel. Jika kotak tersebut telah penuh, tas plastik yang didalamnya terdapat wadah pemusnahan ditutup, dan kotak disegel.
- Kotak yang telah disegel kemudian dibawa ke tempat pembakaran. Jika kotak tersebut telah dimusnahkan, maka laporan tentang pemusnahan akan diarsipkan.

H. Program Layanan Terapi Ketergantungan Napza

1. Ruang Lingkup

Satu hal yang harus dipahami dalam terapi ketergantungan Napza adalah tidak semua pengguna Napza memiliki kesamaan dalam hal kebiasaan serta kebutuhan Napza yang dipakai. Selain itu banyak pengguna Napza melewati tahapan-tahapan penggunaan Napza yang berbeda pada waktu yang berbeda-beda dalam hidupnya. Pada sebagian orang di berbagai penjuru dunia, mengisap opium atau heroin atau menyuntik heroin, tidak harus menjadi kecanduan terhadap zat-zat tersebut. Bagi sebagian besar orang yang menggunakan jenis-jenis Napza di atas, terdapat sebuah periode waktu dimana dapat menggunakan Napza tanpa menjadi kecanduan, sebab ketergantungan dapat terbentuk apabila Napza digunakan secara teratur selama beberapa waktu tertentu.

Periode ini bervariasi dari beberapa minggu hingga beberapa tahun. Penggunaan yang teratur saja tidak dapat langsung dikategorikan sebagai ketergantungan, sebab perlu memenuhi kriteria ketergantungan sesuai *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM IV). Oleh karena itu, pendekatan terapi pun hendaknya bervariasi pula. Kita perlu mengetahui lebih banyak tentang siapa si pengguna Napza itu, bagaimana mereka menggunakan Napza, apa saja situasi dan kondisi sosial mereka, serta alternatif apa saja yang dapat ditawarkan secara realistis di dalam situasi dan kondisi sosial mereka.



Pemahaman yang komprehensif tentang penggunaan Napza dan pengguna Napza sangat dibutuhkan agar pendekatan terapi ketergantungan Napza dapat berlangsung dan bermanfaat. Identifikasi dini para pengguna Napza, perlu dilakukan secara tidak menyolok di lingkungan masyarakat. Semakin berhasil upaya menggambarkan ketergantungan Napza sebagai sebuah penyakit dan pengguna Napza memandang layanan terapi sebagai layanan yang bersifat rahasia dan penuh perhatian, maka akan semakin besar pula kemungkinan para pengguna Napza berupaya memperoleh layanan tersebut atas inisiatif mereka sendiri.

Fokus terapi ketergantungan Napza adalah menyediakan berbagai jenis pilihan, yang dapat mendukung proses pemulihan melalui berbagai ketrampilan yang diperlukan dan mencegah kekambuhan (*relapse*). Tingkatan layanan bervariasi, tergantung dari derajat keparahan dan seberapa intensif terapi diperlukan. Bentuk-bentuk terapi ketergantungan napza antara lain adalah:

a. Detoksifikasi dan Terapi Withdrawal

Detoksifikasi (sering disebut terapi detoks) adalah suatu bentuk terapi awal untuk mengatasi gejala-gejala lepas Napza (*withdrawal state*), yang terjadi sebagai akibat penghentian penggunaan Napza. Detoks bukan terapi tunggal, namun hanya sebagai langkah pertama menuju program terapi jangka panjang (rehabilitasi, program terapi rumatan substitusi). Bila hanya dilakukan detoks kemungkinan relaps sangat besar. Variasi terapi detoks sangat luas, antara lain: *ultra rapid detoxification* (hanya 6 jam), *home based detoxification*, detoks rawat inap dan detoks rawat jalan.

b. Terapi terhadap Kondisi Emerjensi

Pasien-pasien ketergantungan Napza sering menunjukkan perilaku yang mendatangkan kegawatan baik bagi dirinya maupun bagi orang sekitarnya. Keadaan *overdose opioida* dapat menyebabkan depresi pada susunan saraf pusat yang menyebabkan kematian. Kondisi *paranoid*, halusinasi, agresif dan agitasi akut memerlukan pertolongan profesional dengan segera.

c. Terapi Gangguan Diagnosis Ganda

Banyak pasien-pasien ketergantungan Napza yang bersama-sama juga menderita gangguan jiwa, seperti: *skizofrenia*, gangguan bipolar, gangguan kepribadian, anti sosial, depresi berat sampai *suicide*. Gangguan diagnosis ganda tersebut memerlukan terapi yang terintegrasi dengan terapi ketergantungan Napza.

d. Terapi Rawat Jalan (*Ambulatory* atau *Out-Patient Treatment*)

Terapi yang membebaskan pasien untuk tidak tinggal menginap di rumah sakit. Modifikasi terapi rawat jalan untuk pasien-pasien ketergantungan Napza sangat luas, seperti; terapi rawat jalan intensif, terapi rawat jalan seminggu sekali.

Terapi ini tidak restriktif dan sering memberikan hasil paling baik bagi orang yang telah bekerja dan yang memiliki lingkungan sosial dan keluarga yang stabil. Bentuk layanan ini dapat dilakukan dalam situasi dan kondisi layanan kesehatan formal ataupun dalam masyarakat dengan layanan-layanan yang meliputi; pendidikan kesehatan terkait penyalahgunaan Napza, pemberian terapi medis, konseling individu, konseling kelompok, konseling keluarga, psikoterapi, evaluasi psikologi dan evaluasi sosial serta program kelompok dukungan (*support group*) baik yang berdasarkan pada program 12 langkah, maupun program-program lain sesuai dengan kebutuhan pasien.

e. Terapi Residensi (*residential treatment*)

Bila detoks dan terapi rawat jalan berulang kali gagal, maka pasien perlu dipertimbangkan untuk mengikuti terapi rawat residensi (yang juga disebut dengan istilah rehabilitasi). Banyak metode yang digunakan dalam terapi residensi antara lain: *Therapeutic Community*, dan *the 12-Step Recovery Program*. Lamanya terapi umumnya 12-24 bulan yang terdiri dari beberapa tahap terapi. Sasaran utama dari terapi residensi adalah *abstinentia* atau sama sekali tidak menggunakan Napza (*drug free*). Dalam kedua program tersebut, umumnya mantan pengguna Napza (yang benar-benar telah bersih, *recovering addict*) diikutsertakan dalam kegiatan terapi disamping tenaga profesional yang terlatih.

f. Terapi Pencegahan Relaps

Angka relaps (kekambuhan) pada pasien ketergantungan Napza, khususnya pengguna *opioida* sangat tinggi. Guna mencegah berulangkalnya relaps, pasien-pasien tersebut harus mendapatkan terapi pencegahan relaps. Beberapa bentuk terapi tersebut antara lain: *Relapse Prevention Training* (Marlatt), *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) khususnya terhadap *craving* (Beck) dan *the 12-Step Recovery Program*.

g. Terapi Pasca Perawatan (*after care*)

Setelah melewati terapi rawat inap pasien sangat disarankan untuk dapat mengikuti terapi pasca perawatan. Hal ini merupakan bagian penting untuk dapat mendukung pasien tetap tidak menggunakan Napza. Beberapa komponen yang masuk dalam terapi pasca perawatan adalah konseling bagi pasien dan keluarga, psikoterapi,

terapi perilaku, terapi kognitif, terapi perilaku dan kognitif, terapi dukungan, kelompok dukungan dan program 12 Langkah.

h. Terapi Substitusi (*Substitution Therapy*)

Terapi substitusi terutama ditujukan kepada pasien ketergantungan *opioida*. Sasaran terapi; mengurangi perilaku kriminal, mencegah penularan HIV/AIDS, mempertahankan hidup yang produktif dan menghentikan kebiasaan penggunaan rutin Napza, khususnya *opioida*. Substitusi yang digunakan dapat bersifat *agonis* (*methadone*), *agonis partial* (*buprenorphine*) atau *antagonis* (*naltrexone*). *Methadone Maintenance Therapy* (MMT), sering disebut Terapi Rumatan Metadone (TRM) yang paling umum dijalankan. Pasien yang mengikuti terapi substitusi tidak memerlukan *hospitalisasi* (rawat residensi) jangka panjang. Terapi ini akan berjalan dengan sangat efektif bila disertai dengan konsultasi dan intervensi perilaku. Penjelasan lebih lanjut tentang terapi ini akan diuraikan pada bagian lain buku ini.

2. Tujuan

- Menghentikan penggunaan Napza
- Meningkatkan kesehatan pengguna Napza dengan menyediakan dan memberikan terapi ketergantungan Napza serta perawatan kesehatan umum.
- Memberi ruang untuk menangani berbagai masalah lain di dalam hidupnya dan menciptakan jeda waktu dari siklus harian membeli dan menggunakan Napza.
- Meningkatkan kualitas hidup pengguna Napza baik secara psikologis, medis maupun sosial.
- Menurunkan angka kematian karena *overdose* dan menurunkan angka kriminalitas.

3. Sasaran

Penasun yang menginginkan berhenti menggunakan Napza dan memelihara atau mempertahankan *abstinentia* dari penggunaan Napza.

4. Pelaksana

- Ruma Sakit Umum
- Rumah Sakit Jiwa
- Rumah Sakit Ketergantungan Obat
- Puskesmas
- Klinik-klinik pribadi
- Pusat rehabilitasi dan LSM



5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

Sarana dan prosedur kerja tentang pengalihan Napza merujuk pada buku Penatalaksanaan gangguan jiwa dan penyalahgunaan Napza (Depkes 2004), dan buku-buku panduan untuk pelaksanaan program *Theurapetic Community*, dan Program 12 Langkah.

I. Program Terapi Substitusi

1. Ruang Lingkup

Dewasa ini, terapi substitusi hanya dapat digunakan untuk pasien-pasien ketergantungan *opioida*, karena itu sebutan lengkapnya adalah terapi substitusi *opioida*. Untuk pengguna *opioida* yang *hard core addict* (pengguna *opioida* yang telah bertahun-tahun menggunakan *opioida* suntikan), mengalami kekambuhan kronis dan berulang kali menjalani terapi ketergantungan, maka sudah selayaknya mempertimbangkan untuk mengikuti program terapi substitusi. Di banyak negara, termasuk sejumlah negara di Asia, program terapi substitusi yang paling umum adalah TRM. Program TRM dapat dibedakan menjadi program detoksifikasi dan program rumatan. Untuk program detoksifikasi dibedakan menjadi jangka pendek dan jangka panjang yaitu jadwal 21 hari, 91 hari dan 182 hari. Sedangkan program rumatan/pemeliharaan berlangsung sedikitnya 6 bulan sampai 2 tahun atau lebih lama lagi.

Peserta program rumatan metadon ini sebelumnya harus dilakukan skrining dan juga konseling untuk meyakinkan bahwa Penasun memahami benar konsekuensi dari program yang akan diikutinya. Tidak semua Penasun dapat mengikuti program rumatan metadon, beberapa kriteria harus dipenuhi, yaitu:

- Memenuhi kriteria ketergantungan *opioida* (heroin) sesuai DSM-IV.
- Usia 18 tahun atau lebih.
- Penasun dengan status HIV positif maupun negatif.
- Penggunaan jarum suntik yang kronis: penggunaan minimum 1 tahun, keparahan ketergantungan yang dinilai dengan toleransinya terhadap heroin dan telah mengalami kegagalan yang berulang kali dengan modalitas terapi lain.
- Penasun yang mengalami kekambuhan *massif* dan kemungkinan adanya risiko tinggi bila tidak mengikuti program rumatan metadon
- Usia dibawah 18 tahun dengan kondisi khusus dan dinilai perlu mendapatkan terapi rumatan dapat mengikuti program ini.



Penasun yang tidak dapat mengikuti program ini diantaranya; pasien yang mengalami gangguan fisik berat sesuai dengan hasil pemeriksaan klinis, pasien dengan gangguan jiwa berat atau retardasi mental karena ketidakmampuannya untuk menandatangani *informed consent* dan pasien yang sedang mengalami overdosis atau intoksikasi (*high*) *opioida*.

Program rumatan metadon menyediakan dan memberikan obat legal yang dikonsumsi secara oral (dengan diminum) sebagai pengganti obat ilegal/Napza yang dikonsumsi dengan cara menyuntik. Keikutsertaan dalam program rumatan metadon telah dikaitkan dengan manfaat ganda yang meliputi turunnya angka kematian, *morbiditas*, infeksi HIV dan angka kriminalitas serta mengembalikan kemampuan sosial Penasun. Metadon bukanlah satu-satunya obat yang digunakan dalam *opioida agonist pharmacotherapy* atau terapi substitusi. Obat-obatan substitusi *opioida* untuk ketergantungan *opioida* lainnya adalah buprenorfin, *levo-alpha-acetylmethadol* (LAAM), morfin, kodein, diamorfin (heroin), *pentazocine*, *ethylmorphin*, dan larutan opium.

2. Tujuan

Tujuan terapi substitusi adalah untuk mengurangi dampak buruk kesehatan, sosial dan ekonomi bagi setiap orang dan komunitas serta bukan untuk mengedarkan Napza. Selain itu tujuan yang lain adalah:

- Mengurangi risiko tertular atau menularkan HIV/AIDS serta penyakit lain yang ditularkan melalui darah (Hepatitis B dan C).
- Memperkecil risiko overdosis dan penyulit kesehatan lain.
- Mengalihkan dari zat yang disuntik ke zat yang tidak disuntikkan.
- Mengurangi penggunaan Napza yang berisiko, misalnya memakai peralatan suntik bergantian, memakai bermacam-macam Napza bersama (*polydrug use*), menyuntikkan tablet atau disaring terlebih dahulu.
- Mengurangi dorongan dan kebutuhan pecandu untuk melakukan tindak kriminal.
- Menjaga hubungan dengan pengguna Napza.
- Mengevaluasi kondisi kesehatan klien dari hari ke hari
- Memberi konseling rujukan dan perawatan.
- Membantu pengguna Napza menstabilkan hidupnya dan kembali ke komunitas umum.



3. Sasaran

- Para Penasun yang sudah mengalami kekambuhan kronis dan telah berulang kali menjalani terapi ketergantungan Napza.
- Para Penasun yang mengidap HIV dan telah menjalani terapi ARV tetapi masih aktif menggunakan Napza.

4. Pelaksana

- Rumah Sakit Ketergantungan Obat
- Rumah Sakit Umum
- Rumah Sakit Jiwa

5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

Saat ini di Indonesia, program TRM masih merupakan uji coba di dua lokasi yaitu di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO), Jakarta dan Rumah Sakit Umum Sanglah, Bali. Kondisi ini memang belum dapat memenuhi kebutuhan Penasun yang memerlukan program TRM, namun karena prosedur terapi ini memerlukan kesiapan SDM dan evaluasi monitoring yang ketat maka perlu persiapan yang matang untuk mengembangkan pelayanannya.

Prosedur tatalaksana program ini mengacu pada buku petunjuk protokol Program Rumatan Metadon di Indonesia yang disusun pada tahun 2002 dengan difasilitasi oleh WHO dan Departemen Kesehatan, namun dalam perjalanannya perlu dilakukan perbaikan disana-sini sesuai dengan pengalaman di lapangan selama program uji coba ini berjalan.

J. Program Perawatan dan Pengobatan HIV

1. Ruang Lingkup

Melihat sejarah epidemi HIV di kalangan Penasun, AIDS kini menjadi makin umum pada banyak populasi Penasun dan keluarganya di banyak negara. Di kelompok Penasun yang terinfeksi HIV terdapat angka kematian yang tinggi akibat sebab-sebab yang tidak berhubungan dengan infeksi HIV. Sebab-sebab tersebut meliputi *pneumonia*, penyakit hati (Hepatitis B dan C) dan overdosis. Khusus bagi Penasun perempuan, terdapat masalah reproduksi, kehamilan, proses persalinan, serta pemberian air susu ibu. Turunnya berat badan serta kelemahan fisik dapat menjadi lebih buruk bagi Penasun yang hidup dengan HIV karena kemiskinan dan kekurangan gizi, dan efek dari Napza yang digunakan. Penasun yang hidup dengan HIV memiliki risiko lebih besar terkena infeksi yang berkaitan dengan penggunaan Napza suntik, termasuk abses, *septicaemia*, *endocarditis* dan TBC.



2. Tujuan

- Menyediakan dan memberikan pengobatan dan perawatan berkualitas untuk Penasun yang hidup dengan HIV/AIDS.
- Mengintegrasikan layanan pengobatan dan perawatan AIDS bagi Penasun ke dalam penyediaan dan pemberian perawatan kesehatan umum, dan dengan program-program pencegahan infeksi HIV.
- Membuat dan mengembangkan sebuah pendekatan rangkaian/kesatuan perawatan untuk HIV di kalangan Penasun.

3. Sasaran

Penasun yang hidup dengan HIV/AIDS dan sudah memerlukan layanan kesehatan misalnya pengobatan infeksi oportunistik, terapi ARV atau layanan lain yang berkaitan dengan kesehatannya.

4. Pelaksana

Rumah Sakit

5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

Sarana dan prosedur tatalaksana merujuk pada Buku Pedoman Tatalaksana Klinis Infeksi HIV di Sarana Pelayanan Kesehatan, Depkes 2001 dan Buku Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA, Depkes 2003.

K. Program Pendidikan Sebaya

1. Ruang Lingkup

Keterlibatan baik mantan Penasun maupun Penasun dalam merancang, mempromosikan serta memberikan layanan-layanan kepada Penasun merupakan sebuah prinsip yang penting bagi program pencegahan HIV. Prinsip ini didasarkan pada prinsip umum mengenai keterlibatan masyarakat. Program pendidik sebaya tidak bisa dilepaskan dan mempunyai kaitan erat dengan program penjangkauan dan pendampingan.

Program pendidikan sebaya di kelompok Penasun telah terbukti efektif dalam mengurangi perilaku berisiko HIV, sementara program Pejasun yang berbasis pada

teman sebaya telah terbukti lebih efektif dalam menjangkau Penasun baru dibandingkan dengan program yang dilaksanakan oleh bukan teman sebaya. Intervensi jaringan sosial yang menggunakan teman sebaya ternyata lebih efektif dalam menjangkau Penasun serta dalam memberikan edukasi HIV yang lebih efektif, jika dibandingkan dengan intervensi penjangkauan yang tradisional dan profesional. Keuntungan menggunakan pendidik sebaya antara lain :

- Meningkatkan penerimaan program di kelompok sasaran.
- Menerjemahkan informasi teknis menjadi konsep yang siap dan dapat dimengerti.
- Mengerti norma-norma dan nilai di kelompok Penasun untuk membantu mengidentifikasi strategi perubahan perilaku yang aktif.
- Mengenali hambatan yang kontekstual yang menghalangi kemajuan ke arah pengurangan risiko.
- Membangun kepercayaan dengan kelompok Penasun.
- Meningkatkan akses untuk memelihara kontak dengan Penasun sehingga memperkuat perubahan perilaku.
- Meningkatkan akses di lokasi-lokasi berisiko tinggi.
- Memelihara penerimaan kelompok Penasun yang lebih luas.
- Mengenal situasi dan kondisi lokal yang dapat menjadi lokasi efektif bagi program penjangkauan dan pendampingan.

2. Tujuan

- Mendukung upaya berbagi informasi di dalam jaringan Penasun, dengan demikian menghormati pengetahuan, pengalaman dan ketrampilan yang telah dimiliki para Penasun
- Menyediakan dan memberikan informasi melalui sebuah cara sehingga para Penasun untuk menyebarkan informasi itu lebih lanjut.
- Melibatkan para Penasun pada program intervensi sehingga mempunyai pengetahuan di dalam pencegahan HIV/AIDS untuk diinformasikan kepada Penasun yang lain.

3. Sasaran

- Penasun yang memiliki komitmen yang tinggi untuk terlibat di dalam program.
- Orang-orang tertentu yang dekat dengan Penasun dan memiliki pengaruh yang besar bagi Penasun yang ada di sekitarnya.



4. Pelaksana

- Institusi/lembaga kesehatan
- LSM atau organisasi kemasyarakatan
- Institusi/lembaga pemerintah
- Institusi/lembaga non pemerintah
- Kelompok Masyarakat

5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

- Perekrutan Penasun menjadi pendidik sebaya yang memiliki syarat-syarat antara lain:
 - Kematangan kepribadian yaitu orang yang cukup umur dan telah berpengalaman.
 - Kemapanan yaitu orang yang telah tinggal di lingkungan tersebut selama beberapa lama dan nampaknya akan tinggal untuk waktu lama.
 - Kemampuan berkomunikasi yaitu orang dengan kemampuan komunikasi yang menonjol dan tidak takut untuk mengemukakan pikirannya.
 - Memiliki kepedulian yaitu orang yang menyatakan kepedulian secara terbuka dan bersedia bekerja untuk perbaikan dalam masyarakat.
 - Dihormati atau disegani di suatu lingkungan.
 - Orang kunci yaitu orang yang mempunyai hubungan secara teratur dengan pengguna Napza, misalnya: pekerja bar, pemilik toko minuman keras, dan lainnya.
- Pendidik sebaya akan mendapat pelatihan sebagai bekal untuk beraktifitas. Pelatihan ini akan menitikberatkan pada informasi dasar HIV/AIDS, meskipun sebenarnya sudah pernah diperoleh pada waktu penjangkauan dan pendampingan, tetapi dengan pelatihan ini diharapkan diperoleh pengetahuan yang lebih dalam dan sekaligus dapat memperoleh tehnik-tehnik tentang pemberian informasi.
- Memberikan penugasan kepada pendidik sebaya untuk memberikan informasi kepada Penasun lain termasuk memberikan media informasi dan materi pencegahan seperti kondom, jarum suntik atau paket pemutih. Penugasan lain yang bisa diberikan kepada pendidik sebaya adalah membantu petugas lapangan untuk memperoleh akses kepada Penasun yang belum terjangkau.
- Memberikan supervisi dan monitoring terhadap penugasan kepada pendidik sebaya ini melalui pertemuan bulanan secara rutin. Jika perlu lembaga memberikan penghargaan kepada usaha-usaha pendidik sebaya.



L. Program Layanan Kesehatan Dasar

1. Ruang Lingkup

Pengguna Napza seringkali berada dalam kondisi kesehatan yang buruk sebagai akibat penggunaan Napza, makanan yang tidak memadai, serta kondisi lingkungan yang tidak sehat. Namun pengguna Napza masih enggan untuk mendekati atau menggunakan layanan-layanan kesehatan utama dan umum karena terdapat diskriminasi dan stigmatisasi. Selain itu terdapat rasa ketakutan bila ketahuan menggunakan Napza, yang kemudian akan mengakibatkan diproses secara hukum dan diskriminasi.

2. Tujuan

Program layanan kesehatan dasar berupaya menyediakan dan memberikan layanan-layanan kesehatan, seperti; perawatan abses, rujukan ke layanan-layanan yang tepat yang sesuai dengan kebutuhan-kebutuhan Penasun.

3. Sasaran

Penasun baik yang sudah dijangkau oleh petugas lapangan maupun Penasun yang merasa dirinya memiliki permasalahan kesehatan.

4. Pelaksana

- Klinik LSM
- Puskesmas
- Rumah sakit
- Klinik kesehatan setempat

5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

- Pelayanan kesehatan dasar pada dasarnya adalah layanan yang dimaksudkan untuk memberikan pelayanan lanjutan dari program penjangkauan dan pendampingan. Diharapkan dengan mengembangkan layanan lanjutan seperti ini, program dapat memberikan manfaat langsung terhadap permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh Penasun.
- Penyiapan layanan yang kemungkinan dibutuhkan oleh Penasun, seperti; perawatan nadi, abses, overdosis, dan kesehatan dasar. Jika belum memungkinkan, lembaga perlu mempersiapkan tempat-tempat rujukan jika pada suatu saat para Penasun membutuhkan layanan kesehatan dasar.



- Jika layanan tersebut sudah tersedia baik di dalam lembaga tersebut atau lembaga lain sebagai rujukan, maka petugas lapangan akan menawarkan layanan kepada Pemasun dan merujuk bila ada yang membutuhkan layanan.
- Untuk memperkuat pemberian informasi di lapangan maka petugas lapangan perlu dibekali dengan pengetahuan perawatan nadi, perawatan abses dan overdosis sehingga memungkinkan jika terjadi permasalahan di lapangan dapat memberikan pertolongan pertama. Jika diperlukan merujuk ke layanan kesehatan dasar.
- Dapat merujuk Buku Layanan dan Perawatan Kesehatan bagi ODHA, Depkes, 2003.

IV. PENGORGANISASIAN

A. Penjajakan Situasi Cepat

Penjajakan Situasi Cepat (PSC) atau *Rapid Situation Assessment* (RAR) berpotensi menghasilkan informasi yang bisa digunakan baik untuk merencanakan maupun untuk mengembangkan kebijakan dan program kesehatan. Informasi tersebut dapat digunakan untuk memberikan dan meningkatkan pelayanan kesehatan. Pendekatan PSC umumnya digunakan ketika data dibutuhkan dalam jangka waktu yang sangat cepat, ketika keterbatasan dana serta waktu menghalangi penggunaan tehnik penelitian yang lebih konvensional, serta ketika lembaga membutuhkan data relevan dan terkini guna mengembangkan, menerapkan, mengawasi, serta mengevaluasi program-program kesehatan.

PSC meliputi penjajakan masalah dan sumber daya yang tersedia atau yang mungkin diperlukan untuk menghadapi masalah. Penjajakan masalah berarti mengenal jenis, kedalaman dan hubungan masalah satu dengan yang lain. Penjajakan sumber daya yang tersedia untuk menghadapi masalah berarti menaksir sumber daya yang tersedia (dana, manusia, bangunan, pengetahuan) dan sumber daya yang diperlukan. Berbeda dengan metode penilaian atau *assessment* pada umumnya, PSC memiliki beberapa prinsip antara lain:

1. Singkat waktu

PSC umumnya dilaksanakan dengan cepat (beberapa hari sampai beberapa bulan) karena waktu merupakan faktor penting jika menghadapi masalah sosial dan



kesehatan yang sedang berkembang, terutama HIV yang mampu menyebar dengan cepat ke seluruh lapisan masyarakat.

2. Dana

PSC sering dilaksanakan oleh satu atau dua orang yang bekerja cepat untuk mengumpulkan informasi, karena itu bisa menghindari gaji jangka panjang, membentuk kantor dan lain sebagainya.

3. Memakai data yang ada

Semaksimal mungkin, PSC menggunakan informasi yang telah tersedia.

4. Memakai berbagai sumber

PSC memakai berbagai sumber data dan cara mengumpulkan informasi. Ini berarti PSC tidak tergantung hanya pada satu sumber atau survei. Misalnya, memakai data statistik pemerintah mengenai penangkapan, pusat rehabilitasi, wawancara dengan pengguna Napza serta sumber data yang relevan dengan permasalahan penggunaan Napza.

5. Bekerja dengan kecermatatan yang tinggi

Banyak masyarakat mengingkari keberadaan pengguna Napza di sekitarnya. PSC menyelidiki lebih dalam, mengumpulkan informasi dari bermacam sumber dan memeriksa ulang temuan dengan tokoh kunci, melakukan pengamatan sendiri dan statistik resmi.

6. Relevansi praktis terhadap intervensi

PSC digunakan untuk membantu pengembangan intervensi. Kegunaan sebuah PSC lebih berguna untuk mengembangkan intervensi dibandingkan untuk kepentingan ilmiah.

7. Memperkuat respon lokal

PSC mengidentifikasi dan melibatkan *stakeholders* lokal, termasuk mereka yang bertanggungjawab untuk mengembangkan intervensi. PSC mendorong terjadinya partisipasi masyarakat untuk meningkatkan relevansi praktis serta daya guna dari peninjauan tersebut.

Tujuan PSC adalah untuk menemukan keadaan yang sebenarnya di dalam masyarakat, sehingga memungkinkan perancangan dan pelaksanaan program yang akan berhasil dalam mengurangi dampak buruk Napza suntik dan penyebaran HIV/AIDS. PSC meliputi pengumpulan informasi dari berbagai macam sumber. PSC memanfaatkan data seperti statistik pemerintah dan informasi kurang resmi dari wawancara dengan kelompok sasaran, atau orang yang memiliki hubungan dengan kelompok tersebut. Sejumlah informasi mungkin mudah diperoleh, misalnya jumlah penangkapan. Sedangkan informasi lain yang peka



mungkin tidak mudah diperoleh. Misalnya mengapa orang mulai menyuntikkan Napza. Pelaksana PSC mungkin pada suatu hari akan bergelut dengan: angka-angka resmi dari penegak hukum mengenai penangkapan pengguna Napza terakhir, mewawancarai tokoh masyarakat, dan berbincang-bincang dengan pengguna Napza setempat. Banyak teknik yang dipakai untuk mengumpulkan informasi yang berbeda ini, dan PSC yang baik biasanya meliputi campuran beberapa tehnik berikut:

- Mencari, menyimak dan menganalisis informasi yang ada.
- Melaksanakan wawancara dengan banyak macam orang (tokoh kunci).
- Diskusi kelompok terarah.
- Pembahasan bersama/musyawarah.
- Pengamatan.

1. Sumber Informasi dalam Penjajagan Situasi Cepat

a. Institusi yang Memiliki Data Sekunder

Perencana program dapat menghubungi berbagai sektor di bawah ini untuk memperoleh informasi mengenai jaringan pengguna Napza di masyarakat. Meskipun demikian para perencana program harus menyadari adanya bias dalam data yang telah dikumpulkan oleh sektor-sektor ini.

- **Pusat Terapi Ketergantungan Napza**

Program semacam ini memiliki profil kelompok sasaran yang sangat beraneka ragam tergantung pada kriteria, pola seleksi, dan pelaksana program. Misalnya: apakah program ini dijalankan oleh pemerintah atau swasta; apakah program rawat inap atau rawat jalan.

- **Kejaksaan dan Kepolisian**

Kejaksaan dan kepolisian merupakan institusi yang kompleks. Secara umum dapat dikatakan bahwa informasi mengenai pengguna Napza, pekerja seks komersial dan berbagai macam orang yang terlibat dalam kegiatan kriminal banyak terdapat di sini. Selain itu biasanya orang tidak akan melaporkan perilakunya yang dapat dikaitkan dengan pelanggaran hukum.

- **Penyedia Layanan Kesehatan**

Kelompok sasaran penyedia pelayanan kesehatan beraneka ragam tergantung pada klasifikasinya. Misalnya, unit gawat darurat banyak menerima pasien dalam keadaan kritis, klinik atau praktek dokter swasta menerima pasien yang mampu secara ekonomi.



- **Institusi Pemerintah dan Non Pemerintah terkait**

Lapas, Dinas Kesehatan, BNP/K, Dinsos dan institusi yang mempunyai data-data yang berkaitan dengan permasalahan Napza.

b. Sumber Informasi di Masyarakat yang Dapat Memberikan Data Primer

- **Pengguna Napza**

Pengguna Napza dapat memberikan informasi sebagai data tentang perilaku dari kelompok yang dikenalnya. Perlu diingat bahwa komposisi jaringan sosial ini berbeda satu dengan lainnya. Profil perilaku dari suatu jaringan sosial tergantung pada pola penggunaan Napza, demografi masyarakat dan atribut bersama yang membentuk ikatan sosial di antara anggota kelompok.

- **Individu-individu yang mempunyai memiliki kontak teratur dengan Penasun aktif**

Setelah informasi keanekaragaman pengguna Napza dari daerah sasaran diperoleh, sangat penting untuk mengidentifikasi kunci dari jaringan sosial dan pola distribusinya. Terminologi “jaringan sosial” merujuk pada populasi sasaran yang membentuk hubungan saling-silang diantara Penasun, misalnya pola pembelian dan penggunaan Napza secara bersama-sama. Informasi mengenai berbagai jaringan dapat diperoleh melalui wawancara dengan orang-orang yang secara langsung berurusan dengan kelompok Penasun, misalnya:

- Staf pusat terapi pengguna Napza
- Peneliti yang mempelajari pengguna Napza
- Wartawan yang meliput kisah tentang pengguna Napza

Contoh-contoh pertanyaan yang diajukan kepada individu ini adalah:

- Di mana pengguna Napza dapat ditemukan?
- Di mana tempat pertemuan atau tempat mereka berkumpul? Misalnya, apakah ada rumah makan, bar, taman atau tempat main bilyar tertentu?
- Kira-kira berapa banyak pengguna Napza yang bertemu di tempat tersebut?
- Di mana mereka membeli Napza?
- Di mana mereka biasanya nyuntik?
- Bagaimana pola utama mereka nyuntik? Apakah ada Napza favorit, kombinasi beberapa Napza, atau obat yang diperoleh dari apotik?
- Bagaimana dengan karakteristik yang menonjol dalam jaringan tersebut? Seperti: usia; ras/kesukuan; pola penggunaan Napza dan lingkungan.



c. Pengamatan Secara Kualitatif

Setelah jaringan pengguna Napza diidentifikasi, peneliti harus memahami realitas sosial dari jaringan tersebut. Pengamatan kualitatif dapat membantu peneliti memperoleh pemahaman dari dalam mengenai kelompok. Dalam pengamatan kualitatif, peneliti harus meluangkan waktunya untuk berbicara dengan anggota kelompok, mengamati interaksi yang terjadi dan menganalisa faktor sosial dan kebudayaan yang mempengaruhi fenomena tertentu. Pada perilaku yang berkaitan dengan penularan HIV, misalnya, penggunaan bersama jarum suntik dan hubungan seks tanpa kondom. Hasil analisa dari pengamatan kualitatif, berguna sebagai pedoman pengembangan pendekatan pelayanan bagi masyarakat marjinal, misalnya, pengguna Napza. Selain itu, analisa ini dapat membantu perencana program memperhitungkan norma dan nilai dari kelompok sasaran, yang mungkin sebelumnya tidak diketahui.

Meskipun tidak dilarang untuk menggunakan pengamat yang tidak terlatih, peneliti harus memperoleh pelatihan dalam melaksanakan dan melaporkan pengamatan secara objektif. Hal ini penting mengingat orang cenderung untuk merekam lambang dan arti dari kegiatan yang diamati sesuai *stereotip* kelompok sasaran mengenai kegiatan tersebut. Pengamatan kualitatif yang objektif akan menyajikan informasi, misalnya:

- Karakteristik dan tipe Penasun.
- Karakteristik dan tipe jaringan sosial Penasun termasuk didalamnya setiap hubungan antar jaringan sosial yang satu dengan yang lain.
- Pola-pola hubungan yang dilakukan diantara Penasun, misalnya, hubungan seks diantara Penasun, jumlah pasangan seks dan pola-pola perilaku seks di luar jaringan sosial Penasun.
- Kesadaran dan perhatian terhadap HIV/AIDS diantara Penasun.
- Norma sosial atau keyakinan yang berkaitan dengan praktek-praktek perilaku berisiko baik dalam penggunaan Napza maupun perilaku seks.
- Frekuensi melakukan perilaku berisiko baik dalam penggunaan Napza maupun perilaku seks termasuk didalamnya polanya.
- Pola mobilitas berbagai jenis/tipe Penasun.

Jika sebuah PSC terhadap Penasun dan risiko penularan HIV menunjukkan terdapatnya kebutuhan akan kegiatan intervensi, maka perlu dirancang sebuah program untuk menangani masalah-masalah tersebut. Dalam merencanakan



intervensi, informasi yang dikumpulkan dari PSC hendaknya memberikan pengetahuan mengenai siapa yang harus disasar. Kelompok sasaran dapat mencakup Penasun dan pengguna Napza yang tidak menyuntik, pasangan seksnya, orang-orang kota atau desa, para pemuda, pengguna Napza yang sedang menjalani terapi, Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) dan pekerja seks. Proses selanjutnya adalah mengidentifikasi dan menyasar apa yang menjadi permasalahan. Permasalahan tersebut diantaranya mungkin meliputi rendahnya pengetahuan mengenai HIV/AIDS, fasilitas perawatan yang tidak mencukupi dan stigmatisasi terhadap Penasun. Tempat yang dipilih untuk pelaksanaan kegiatan mungkin meliputi kota kecil, kota, Lapas/Rutan atau rumah pelacuran.

Salah satu hasil dari PSC adalah teridentifikasinya kegiatan-kegiatan organisasi lokal, seperti: LSM dan instansi-instansi tertentu, yang telah melakukan intervensi pada kelompok Penasun. Ini mungkin memunculkan peluang untuk melengkapi program, di mana organisasi-organisasi lokal berperan dan saling memperkuat dalam menyediakan layanan, menghindari terjadinya kesamaan program dan pengulangan layanan. Terdapat kemungkinan bahwa kegiatan-kegiatan akan terletak di dalam sebuah program atau lembaga yang telah ada sebelumnya. Meskipun hal tersebut dapat menjadi sebuah hal yang menguntungkan, namun kerugiannya mungkin adalah organisasi tuan rumah mencoba mempengaruhi kegiatan-kegiatan program. Misalnya, tidak mengizinkan dilakukannya pembagian jarum suntik di tempat itu. Jika sebuah program didirikan secara terpisah, tetapi teramat penting untuk membina jaringan dengan organisasi-organisasi HIV/AIDS yang terkait Napza selama dan sesudah penerapan program.

Untuk memperoleh gambaran lebih jauh tentang pelaksanaan penjajakan cepat ini bisa dilihat pada Buku Pedoman Penjajakan dan Respon Cepat, Depkes 2004

B. Mengembangkan Rencana Program

Selama berlangsungnya proses perencanaan sangatlah penting untuk memiliki kesadaran tentang apa sesungguhnya yang berusaha dicapai oleh program dan bagaimana rencananya untuk mencapai tujuan tersebut. Inilah sebabnya kenapa menetapkan tujuan (apa yang ingin anda capai) dan sasaran (memaparkan perubahan-perubahan yang harus terjadi demi tercapainya tujuan) menjadi hal yang sangat penting. Tujuan dan sasaran kemudian akan dapat berperan sebagai sebuah panduan selama pelaksanaan program.



Kegiatan-kegiatan diterapkan dan dilaksanakan guna tercapainya sasaran. Akhirnya, strategi yang disusun akan menetapkan seperangkat kegiatan yang akan dilaksanakan guna memenuhi sasaran tertentu.

Berdasarkan pada strategi-strategi yang telah disepakati, maka rencana intervensi biasanya akan mengidentifikasi kegiatan-kegiatan yang dibutuhkan agar tujuan dari intervensi tersebut bisa tercapai termasuk didalamnya adalah tahapan untuk masing-masing kegiatan yang akan dilakukan dan pengembangan kegiatannya. Sebuah intervensi selayaknya terdiri dari dua atau lebih kegiatan, sehingga setiap komponen perlu direncanakan terlebih dahulu.

Sebuah rencana intervensi biasanya meliputi:

- Urutan dan waktu pelaksanaan kegiatan.
- Uraian tugas dan tanggung jawab staf individu untuk beragam kegiatan.
- Identifikasi mengenai barang-barang yang dibutuhkan dan bagaimana barang-barang itu nantinya akan didistribusikan.
- Panduan tentang pelaporan program.

Karena beberapa kegiatan program dapat berlangsung pada waktu yang bersamaan mungkin akan dapat membantu jika dibuat sebuah rencana kegiatan beserta jadwal kegiatan untuk menggambarkan perubahan-perubahan yang terjadi selama pelaksanaan program. Grafik tersebut mungkin membantu dalam menjajaki kebutuhan akan beberapa sumber daya lain pada tahapan-tahapan yang berbeda dari program tersebut.

Ketika merencanakan sebuah program penting untuk mengidentifikasi di tempat mana pembiayaan dapat ditemukan, guna memulai dan menjalankan program tersebut. Sumber dana dibutuhkan untuk berbagai pembiayaan, mulai dari menggaji staf hingga untuk membeli peralatan kantor. Kemungkinan akan diperlukan sebuah proposal tertulis yang ditujukan kepada pemberi dana yang potensial terlepas dari di tempat mana pembiayaan itu dicari (misalnya, sumber lokal, nasional, internasional, pemerintah, yayasan dan swasta). Sebuah rencana anggaran akan dapat mengidentifikasi sumber dana yang dapat ditemukan dan menggambarkan dengan cara bagaimana dapat diperoleh. Sejumlah kategori berbeda yang terdapat di dalam anggaran akan mencakup biaya umum (*overhead*), biaya dukungan program, biaya non-staf, serta biaya staf program.



C. Menerapkan Rencana Program

Para staf yang direkrut ke dalam program diharapkan memiliki prinsip tidak menghakimi dan memaksakan kehendak, serta mampu menjaga kerahasiaan. Hal ini penting sekali memperoleh perhatian mengingat kelompok dampingan di dalam program ini adalah orang-orang yang secara sosial terpinggirkan, mengalami stigmatisasi dan terdiskriminasi. Merekrut staf yang sesuai untuk bekerja sebagai pendidik sebaya dan petugas lapangan dapat menjadi sebuah hal yang sulit, sehingga banyak LSM atau suatu institusi mencari di komunitas Pemasun untuk menemukan kandidat-kandidat untuk mengisi kedua posisi itu.

Pelatihan staf sebelum memulai kegiatan dibutuhkan setelah staf direkrut. Sesi-sesi pelatihan tersebut mengenai isu-isu yang meliputi: HIV/AIDS serta perilaku berisiko, penggunaan jarum suntik dan kegiatan seksual dengan lebih aman. Paparan mengenai diskripsi dan tanggung jawab pekerjaan harus dilakukan. Semua staf harus memiliki pertimbangan dan kepekaan terhadap isu-isu yang terkait dengan stereotip, prasangka, diskriminasi dan marginalisasi terhadap pengguna Napza.

Di dalam pelaksanaan program hendaknya selalu ditekankan pada pencapaian target untuk masing-masing kegiatan yang harus dilakukan. Hal ini akan menunjukkan tingkat perubahan situasi yang ingin dicapai dalam suatu periode waktu tertentu. Sejumlah target akan mengindikasikan keberhasilan dari penerapan kegiatan (jumlah staf yang telah dilatih) dan akibat dari kegiatan (target proporsi Pemasun yang menggunakan jarum suntik steril). Keuntungan dari orientasi pada target adalah sebuah program dapat dianalisa kemajuan programnya berdasar pada target. Kalau pencapaian target itu tidak terjadi, maka bisa dimungkinkan untuk melakukan analisis tentang berbagai macam faktor yang berkaitan dengan kegagalan tersebut sehingga di kemudian hari bisa dilakukan penyempurnaan atau perubahan-perubahan dalam baik dari aspek strategi maupun dari aspek teknis operasional kegiatan.

Meski sebagian besar program akan memiliki staf koordinator atau pengawas untuk mengawasi dan mengarahkan pelaksanaan program, namun sebuah tim yang berasal dari pihak lain dapat diundang untuk mengawasi program. Tim dapat terdiri dari beberapa orang pakar dan wakil masyarakat.



D. Monitoring dan Evaluasi

Setiap program dan intervensi memerlukan suatu mekanisme untuk memonitor dan mengevaluasi efektivitas program yang dilaksanakan. Monitoring dan evaluasi memberikan informasi yang berguna untuk penyempurnaan strategi program dan menyampaikan laporan program kepada pihak lain seperti pemerintah, lembaga yang memberikan dana maupun kepada masyarakat. Monitoring dan evaluasi harus dipandang sebagai sebuah bagian integral dari praktek dan pengelolaan sehari-hari.

Evaluasi merupakan sebuah proses yang terstruktur dan bertahap guna mengidentifikasi, mengumpulkan dan mempertimbangkan informasi. Hasil proses evaluasi akan membantu dalam memaparkan dan memahami tujuan, kemajuan serta hasil-hasil dari beragam jenis inisiatif pencegahan dan promosi. Evaluasi merupakan proses menganalisa informasi pada jangka waktu yang tetap, untuk menilai keefektifan dan mengukur akibat yang dihasilkan program serta bagian-bagiannya serta untuk memutuskan, sebagai respon, apakah rencana itu perlu diubah atau dihaluskan.

Sesudah sebuah program direncanakan dan mulai dilaksanakan maka menjadi penting untuk memperhatikan apakah kegiatan-kegiatan dilaksanakan sesuai rencana. Proses inilah yang disebut sebagai monitoring, yang pada intinya merupakan pengumpulan berbagai informasi relevan mengenai program secara terus menerus. Ini merupakan cara untuk memastikan:

- Sebuah jadwal yang tersusun rapi dan terkoordinasi, untuk melakukan pengawasan terhadap pekerjaan dan para pekerja.
- Penyajian informasi yang akan dibutuhkan badan penyanggah dana (dan para *stakeholder* lainnya) dalam laporan-laporan program rutin.

Proses monitoring dan evaluasi berjalan bersamaan dengan pelaksanaan program; proses itu mendorong terjadinya perbaikan secara terus menerus dengan menyediakan dan memberikan kepada para pekerja dan *stakeholder* berbagai umpan balik mengenai kemajuan, mendorong pertimbangan mengenai hasil-hasil serta menyediakan landasan bagi pekerja dan menejer untuk melakukan pertimbangan mengenai strategi-strategi untuk masa yang akan datang.



Proses monitoring dan evaluasi juga akan membantu dalam menjajaki sejauh mana intervensi yang dilakukan berhasil mencapai sasaran-sasarannya. Terdapat tiga fase untuk melakukan monitoring dan evaluasi terhadap sebuah program, sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi indikator-indikator yang dapat digunakan untuk memonitor kemajuan.
2. Mengumpulkan dan menganalisa data.
3. Melakukan perubahan terhadap intervensi yang sudah ada dan/atau membuat dan mengembangkan intervensi baru.

Manfaat dari monitoring dan evaluasi dapat meliputi:

- Menciptakan pendekatan kewilayahan dengan saling berbagi informasi dengan program-program lainnya di wilayah tersebut.
- Menyediakan sebuah kesempatan untuk membuat program menjadi dapat diterima secara budaya (daripada selalu mengadopsi strategi dari program-program yang berlangsung di negara lain).
- Mendirikan kelompok-kelompok yang mampu membantu diri sendiri dengan mengumpulkan para *stakeholder* dan insitusi berbeda yang terlibat dengan program.
- Menyediakan penelitian sosial mengenai situasi tersebut.
- Menyediakan materi untuk diterbitkan.
- Menyediakan peluang-peluang untuk pembentukan jaringan dengan menggunakan informasi serta hasil dari evaluasi yang diselenggarakan secara lokal maupun internasional.

1. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam rangka proses monitoring dan evaluasi perlu dikumpulkan untuk bisa menghasilkan informasi yang bisa digunakan oleh pelaksana program untuk :

- Membantu memutuskan atau mengembangkan strategi.
- Memberikan informasi kepada masyarakat dan *stakeholder*.
- Memberikan informasi kepada penyanggah dana.
- Menyediakan materi untuk kegiatan advokasi.
- Mempublikasikan hasil-hasil intervensi.

Pengumpulan data untuk monitoring rutin program dilakukan oleh staf program. Penting bagi para menejer program untuk memahami bahwa hal ini membutuhkan waktu, kadangkala membutuhkan pelatihan spesifik. Waktu serta biaya pelatihan untuk pengumpulan informasi



ini harus juga dimasukkan ke dalam anggaran program. Partisipan dalam evaluasi program ini dapat berasal dari anggota masyarakat, *stakeholder*, klien, dan orang-orang lainnya untuk berpartisipasi serta memberi sumbangan kepada program. Orang-orang lainnya yang dapat berpartisipasi dalam pengumpulan informasi meliputi:

- Para klien program, contohnya, dengan memiliki catatan pribadi atau catatan harian mengenai penggunaan Napza, praktek-praktek yang dilakukan, pertukaran jarum serta informasi lainnya.
- Evaluator eksternal, contohnya, seseorang yang berasal dari luar program dapat menyumbangkan pandangan yang sangat obyektif pada pelaksanaan peninjauan, serta dapat menerima masukan dari orang-orang yang berpartisipasi di dalam program atau orang-orang di luar program tanpa memiliki pandangan yang bias.

Dalam proses evaluasi, hanya informasi yang dapat dipergunakan yang harus dikumpulkan. Informasi yang dikumpulkan namun tidak dapat dipergunakan akan membuang-buang waktu dan sumber daya para partisipan dan staf. Informasi yang akan dikumpulkan, tergantung pada program yang dilaksanakan, mungkin mengenai:

- Penggunaan jarum suntik steril.
- Jumlah klien yang mengikuti program (metadon, NSP, dll) serta responnya.
- Pengadopsian praktek membersihkan dan penyucihamaan.
- Kondisi kesehatan klien
- Penggunaan kondom, dll.

Informasi yang diperlukan mungkin bisa ditemukan pada catatan pendaftaran-pendaftaran, jadwal-jadwal untuk para pekerja, jurnal/catatan harian lapangan, buku keuangan, program *spreadsheet* komputer, catatan pertemuan, surat-menyurat program, laporan-laporan, dan lainnya.

2. Pengumpulan Informasi

Meski informasi akan dikumpulkan sepanjang masa berlangsungnya program (monitoring) dan secara periodik (evaluasi), namun pengumpulan informasi itu harus direncanakan secara dini. Selama tahap perencanaan, sehingga memungkinkan pengalokasian waktu dan sumber daya bagi kegiatan tersebut di dalam anggaran program.

Survei dasar (*baseline*) biasanya dilaksanakan pada titik paling awal dimulainya sebuah program. Hal ini akan memungkinkan dilakukannya perbandingan, yang kemudian menyediakan sebuah ukuran kemajuan (indikator) menuju tercapainya sasaran-sasaran



program. Monitoring berarti bahwa informasi dikumpulkan secara berkala. Beberapa informasi mungkin dikumpulkan per hari (contohnya, kehadiran Penasun pada fasilitas layanan seperti DIC, lokasi penjangkauan dan pendampingan serta lainnya) atau per bulan (contohnya, catatan pertemuan bulanan staf untuk membahas perencanaan)

3. Analisis Data

Metode analisis tergantung pada bentuk serta isi informasi. Jika informasi tersebut kuantitatif (berupa angka, tingkat, rasio - data yang dapat diukur), maka informasi tersebut dapat dianalisa secara matematik dan statistik, dilakukan secara manual dengan menggunakan sebuah kalkulator atau pada komputer. Informasi kualitatif - kata-kata, cerita, anekdot, kesan dan konteks - biasanya dikumpulkan dalam wawancara, selama percakapan, observasi dan diskusi kelompok. Informasi kualitatif tidak akan bisa dianalisis secara matematik atau statistik. Informasi-informasi ini dapat diolah dengan cara dikategorikan atau diringkas.

4. Evaluasi Proses

Kegiatan ini melibatkan peninjauan mengenai sejauh mana kegiatan-kegiatan intervensi telah berkembang sesuai dengan yang direncanakan. Pertanyaan-pertanyaan yang perlu diajukan adalah:

- Apakah proyek telah didirikan dengan sukses?
- Apakah proyek berhasil menjangkau atau menarik perhatian populasi sasaran?
- Apakah proyek berhasil mencapai sasaran yang diinginkan?

Ada dua komponen dalam evaluasi proses, yaitu:

- Informasi kuantitatif yang berasal dari laporan kegiatan harian dari penjangkau kelompok sasaran.
- Informasi kualitatif melalui wawancara terbuka dan pengamatan secara langsung, untuk memperoleh gambaran mengenai kegiatan yang dilaksanakan. Pihak lain juga memungkinkan dapat memberikan masukan dalam evaluasi ini, tokoh masyarakat, pemerintah, LSM maupun institusi lain yang baik secara maupun tidak langsung terkait dengan program ini.

5. Evaluasi Dampak

Kegiatan ini melibatkan peninjauan mengenai sejauh mana intervensi telah dapat menghasilkan dampak yang diinginkan pada populasi sasaran. Pertanyaan-pertanyaan yang perlu diajukan adalah:



- Apakah perubahan yang diinginkan pada populasi sasaran tersebut terjadi sebagai dampak atau hasil dari pelaksanaan intervensi?
- Apakah intervensi sumberdaya yang ada digunakan secara efektif ?

Melaksanakan evaluasi dampak untuk memperoleh masukan yang konklusif mengenai keluaran dari program yang telah dilaksanakan ini memerlukan waktu dan biaya yang besar. Oleh karena itu evaluasi dampak yang mendalam biasanya dilakukan oleh program yang berorientasi penelitian. Evaluasi dampak bertujuan untuk memberikan verifikasi seberapa jauh pencapaian dari maksud dan tujuan program. Dengan demikian pernyataan yang jelas mengenai rencana dari keluaran program merupakan kunci keberhasilan dari evaluasi dampak. Implikasi dari pernyataan tersebut dalam pengembangan perencanaan program adalah sebagai berikut:

- Menentukan target yang realistis yang dapat dicapai secara sistematis.
- Menghubungkan antara maksud dan tujuan dengan strategi intervensi.
- Mendefinisikan maksud dan tujuan yang dapat diukur.
- Mengumpulkan data pengukuran.

6. Pengembangan Program

Laporan merupakan fitur dari semua program. Sifat dasar serta formatnya akan bervariasi dari satu program ke program lainnya. Permintaan laporan kemungkinan besar akan datang dari sejumlah sumber, termasuk badan-badan donor, pemerintah, masyarakat yang menjadi tuan rumah program bersangkutan, klien dan para sponsor, serta staf program. Program harus dapat dipertanggungjawabkan kepada para donor, kelompok sasaran dan *stakeholder*. Umpan balik kepada mereka yang terkait erat dengan program (seperti para Penasun) menciptakan sebuah peluang bagi keberlangsungan, keterlibatan serta rasa memiliki yang lebih mendalam, juga rasa turut berpartisipasi yang lebih besar.

Proses monitoring dan pengkajian memungkinkan timbulnya umpan balik tersebut, yang dapat dipresentasikan dalam beragam format dan di berbagai kesempatan. Laporan evaluasi memungkinkan untuk menunjukkan keberhasilan program. Sebagai contoh, bahwa sebuah intervensi tidak berlangsung sesuai dengan rencana dan/atau bahwa intervensi tersebut tidak menimbulkan dampak pada kelompok sasaran seperti yang diinginkan. Informasi evaluasi akan membantu menejer, coordinator dan staf program dalam menjajaki kembali intervensi itu atau program yang memayunginya, dan melakukan perubahan-perubahan yang diperlukan, untuk membuat kegiatan-kegiatan tersebut menjadi lebih sesuai dan tepat.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Sebuah evaluasi mengenai kemajuan dari sebuah program menawarkan kesempatan untuk melakukan pengkajian ulang dan gambaran awal. Pelajaran yang didapat (*lesson learn*) ditampilkan ke permukaan oleh sebuah evaluasi, dan pelajaran-pelajaran ini, bersama-sama dengan sebuah pemahaman mengenai kemajuan nyata yang telah berhasil diraih dalam upaya mencapai tujuan-tujuan program, akan membantu dalam perencanaan program untuk masa yang akan datang. Sebuah evaluasi memungkinkan terjadinya perubahan, baik perubahan terhadap tujuan, sasaran serta strategi-strategi, dan memberikan alasan pembenar mengenai perubahan tersebut kepada masyarakat, para klien dan pemberi dana.

MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP(K)