

# ISU PASANGAN KLIEN PADA PELAYANAN VCT: STUDI EKSPLORASI PADA DUA PELAYANAN DI JAKARTA

## *Issue Of VCT Client's Partner In VCT Services: An Exploration Study At Two Services In Jakarta*

Dini Dachlia, Nurul Huriyah Astuti, Luluk Ishardini, Yudarini

Pusat Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia  
Depok, Jawa Barat

Email: dachliadini@yahoo.com

### *Abstract*

**Background:** *Voluntary Counseling and Testing (VCT) means to know the status of HIV infection and further to prevent its spreading. Result of VCT is confidential, but it becomes complicated when someone with HIV has spouse/sexual partner.*

**Objective:** *This article describes clients and their spouse issues in VCT services.*

**Method:** *The study used qualitative method assessed semi-structure interview to 66 post-services clients, employed indepth interview to two program managers, focus group discussion with two counsellor groups, and document review on VCT guidelines. The study took place in a government-owned referral hospital and a non-government organization focuses on HIV and AIDS prevention, both located in Jakarta.*

**Result:** *Result shows that VCT services has not yet optimally considered spouse needs due to barriers from the client itself, besides the counseling process has not put the spouse issue yet. Additionally, this situation was not supported by sufficient VCT guidelines in considering client' spouse issue in VCT services.*

**Conclusion :** *VCT training needs to underline the awareness on the confidentiality matter, differences of HIV infection modes between man and woman, and the success stories of disclosure done by PLWHs to their spouse.*

**Kata kunci:** *VCT, pasangan klien, buka status*

### **Abstrak**

**Latar belakang :** *Voluntary Counseling and Testing (VCT) merupakan sarana mengetahui status infeksi HIV dan pencegahan penularan terhadap orang lain. Hasil VCT dijamin kerahasiaannya. Namun hal kerahasiaan menjadi sulit ketika seseorang sudah mempunyai calon/pasangan seks tetap.*

**Tujuan:** *Tulisan ini mendeskripsikan isu pasangan klien dalam pelayanan VCT.*

**Metoda:** *Studi menggunakan metode kualitatif dengan wawancara semi-terstruktur terhadap 66 klien pasca-pelayanan, wawancara mendalam kepada dua manager program, diskusi kelompok terarah (DKT) dengan dua kelompok konselor, dan telaah pedoman pelaksanaan VCT. Studi dilakukan di satu Rumah Sakit (RS) rujukan pemerintah dan sebuah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) di Jakarta.*

**Hasil:** *Hasil studi memperlihatkan pelayanan VCT belum optimal mempertimbangkan kebutuhan pasangan klien karena hambatan dari klien sendiri, di samping konseling belum optimal memasukkan isu pasangan klien. Situasi ini juga tidak didukung oleh pedoman pelaksanaan VCT yang memadai dalam mempertimbangkan isu pasangan klien.*

**Kesimpulan :** *Studi merekomendasikan Pelatihan yang memperbaiki pemahaman makna konfidensialitas dan memaknai adanya ketimpangan cara penularan HIV antara laki-laki dan perempuan diperlukan guna mendorong ODHA membuka status kepada pasangannya sedini mungkin.*

**Keywords:** *VCT, pasangan klien, buka status*

### **PENDAHULUAN**

*Voluntary Counseling and Testing (VCT) merupakan sarana mengetahui status infeksi*

*Human Immunodeficiency Virus (HIV), guna memungkinkan secara lebih dini mendapatkan pelayanan terkait perawatan,*

dukungan, pengobatan, serta mencegah penularan kepada orang lain.<sup>1</sup> Pemeriksaan HIV melalui VCT mensyaratkan seseorang melakukannya secara sukarela, bukan dipaksa atau diwajibkan. Salah satu prinsip pelayanan VCT menyebutkan bahwa hasil VCT bersifat rahasia dan dijamin kerahasiaannya, serta informasi kasus hanya dapat diketahui seijin klien. Kerahasiaan ini berguna untuk melindungi klien dari diskriminasi.<sup>2,3,4</sup> Namun, isu kerahasiaan ini menjadi penting dalam epidemi HIV ketika seorang klien sudah mempunyai calon/pasangan seksual, terkait dengan pengetahuan bahwa hubungan seks merupakan cara penularan yang angkanya konsisten tinggi dalam beberapa tahun terakhir.<sup>5</sup>

Alasan orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) tidak mau membuka status HIV kepada keluarga atau pasangan seks adalah stigma dan hambatan sosial budaya masyarakat.<sup>6,7,8</sup> Namun demikian, membuka status HIV sangat mungkin dilakukan. Konselor dan proses konseling menentukan klien memutuskan mau membuka status HIV kepada pasangannya.<sup>9,10</sup> Semakin dini ini dilakukan, semakin banyak keuntungannya, misalnya lebih baik dalam menjaga kesehatan, lebih mendapat dukungan, dan lebih dini mendapatkan penanganan bila pasangan terinfeksi.<sup>11,12,13</sup> Dibandingkan laki-laki, tampaknya ODHA perempuan seringkali mendapat kekerasan atau pengusiran dari rumah bila lebih dahulu membuka status HIV kepada pasangan.<sup>14,9</sup> Hal ini karena masyarakat umumnya lebih bertoleransi terhadap perilaku laki-laki yang merugikan seperti hubungan seks di luar nikah, di samping banyak perempuan tergantung secara finansial kepada laki-laki.<sup>15,9</sup> Hambatan budaya membuat perempuan merasa aneh bila harus berdiskusi seksualitas termasuk tentang kondom karena selama ini selalu mempercayai suami.<sup>16,17</sup>

Pengabaian isu pasangan klien telah berdampak dalam epidemi HIV. Diperkirakan lebih dari 90% perempuan ODHA terinfeksi dari pasangan seksual yang telah lama berhubungan.<sup>16</sup> Kebanyakan perempuan menjadi ODHA di masa

perkawinannya, yaitu tertular suami yang berperilaku berisiko.<sup>18,16,19,20,21</sup> Laporan triwulan VCT menggambarkan penambahan jumlah ODHA perempuan lebih cepat dibandingkan ODHA laki-laki dalam tiga tahun terakhir.<sup>4</sup> Melihat situasi HIV dan cara penularannya saat ini, konselor dan pelayanan VCT perlu menganggap penting kebutuhan pasangan klien dan membuka status HIV pada pasangannya agar epidemi menjadi terkendali. Tulisan ini mendeskripsikan tentang belum optimalnya pelayanan VCT mempertimbangkan isu pasangan klien beserta hambatan dalam melaksanakannya.

## METODE

Studi menggunakan rancangan kualitatif yang mencakup wawancara semi-terstruktur kepada klien yang sudah VCT, untuk mengetahui isu pasangan klien dari pandangan klien dan menceritakan proses VCT yang sudah diterima. Temuan tersebut kemudian diklarifikasi dan dieksplorasi melalui wawancara mendalam kepada manager program, diskusi kelompok terarah (DKT) dengan konselor, serta telaah dokumen pedoman pelaksanaan VCT. Wawancara dan diskusi menggunakan acuan daftar pertanyaan. Wawancara semi-terstruktur mencakup 66 klien, diwawancarai saat pascapelayanan pada Juli-September 2009 atau klien sudah VCT dalam 2 bulan terakhir. DKT mengikutsertakan 15 konselor dan wawancara mendalam dilakukan kepada dua manager program. Studi dilakukan di satu RS rujukan pemerintah (pelayanan *statis VCT*) dan satu Lembaga Swadaya Masyarakat/LSM (pelayanan *mobile VCT*) di Jakarta. Proses DKT dan wawancara mendalam direkam dengan *tape recorder*, dan transkripsi rekaman dipetakan dan dianalisis secara tematik. Dokumen yang ditelaah adalah pedoman pelaksanaan pelayanan VCT, modul pelatihan VCT, serta peraturan terkait seperti peraturan pemerintah dan undang-undang. Hasil telaah dianalisis menunjang tema sesuai tujuan seperti tersaji pada tabel 1. Keikutsertaan klien dan informan bersifat sukarela melalui *informed consent* lisan.

Tabel 1. Tema pertanyaan dan diskusi berdasarkan informan/tahapan studi

Informan/tahapan	Tema
Klien	Pendapat tentang anggapan masyarakat bahwa laki-laki wajar mempunyai lebih dari satu pasangan Pendapat perlu tidaknya membicarakan isu seksual dengan pasangan Khusus ODHA: membuka status HIV kepada pasangan tetap
Konselor dan manager program	Pendapat tentang perempuan banyak yang terinfeksi dari laki-laki pasangan Pendapat tentang konfidensialitas Pengalaman tentang alasan klien tidak membuka status HIV kepada pasangannya
Interaksi klien dan konselor	Informasi & penguatan tanggung jawab penggunaan kondom bagi klien laki-laki Informasi & negosiasi penggunaan kondom bagi klien perempuan
Review pedoman VCT	Konfidensialitas klien Membuka status HIV kepada pasangan

## HASIL

### Karakteristik klien dan informan

Seluruh klien VCT berjumlah 66 orang, 19 laki-laki dan 47 perempuan. Namun distribusi klien berdasarkan gender ini berbeda di LSM dan RS, di mana seluruh klien LSM adalah perempuan sedangkan klien RS ada laki-laki dan perempuan. Usia klien laki-laki lebih tua (rata-rata 30 tahun) dibandingkan klien perempuan (rata-rata 26 tahun). Sebagian besar klien laki-laki dan separuh klien perempuan berpendidikan SMP ke atas. Sebagian besar klien perempuan dan separuh klien laki-laki berstatus kawin. Sebagian besar klien perempuan ibu rumah tangga dan sebagian besar klien laki-laki berdagang, sopir/pelaut, pegawai, dan sebagian lainnya mahasiswa/tidak mempunyai pekerjaan.

Konselor dan manager program yang diwawancarai berjumlah 17 orang (7 dari RS dan 10 dari LSM). Sebagian besar konselor pernah mengikuti minimal sekali pelatihan VCT. Sebagian besar konselor menikah, berusia 25-58 tahun, berpendidikan SMA sampai sarjana. Jumlah konselor LSM lebih banyak karena adanya relawan. Pengetahuan HIV dan AIDS diperoleh dari pelatihan, hanya seorang konselor LSM yang mendapat pelatihan khusus tentang analisis gender.

### Perempuan terinfeksi sebagai dampak perilaku pasangan

Dari 66 orang yang melakukan VCT, 23 klien HIV positif (17 laki-laki dan 6 perempuan). Semua klien laki-laki terinfeksi HIV karena perilaku berisiko dirinya seperti

bertukar jarum suntik dan perilaku seks pra atau ekstra-marital tak aman. Semua klien perempuan terinfeksi karena perilaku berisiko dari laki-laki pasangan atau suaminya. Tiga perempuan melakukan VCT setelah suami meninggal (dua bulan sebelumnya), seorang perempuan terjaring melalui *mobile VCT* ibu hamil, satu perempuan disarankan VCT karena suami sedang menjalani rawat inap, serta satu perempuan melakukan VCT karena mengeluh sariawan parah sementara suaminya ODHA.

Konselor mengakui bahwa banyak klien perempuan terinfeksi dari suaminya. Wawancara dengan konselor memperkuat situasi tersebut, seperti terdapat dalam kutipan berikut.

*"Kebanyakan istri tertular suaminya. Nah, yang saya katakan tadi lebih dari tujuh puluh persen faktor risiko tertularnya perempuan itu dari heteroseks". (DKT Konselor RS)*

*"Dulu sekitar belasan persen, sekarang hampir 30 persen. Itu kemungkinan ini kan sudah ada infeksi di dalam keluarga. Ternyata memang betul sehingga dalam hal ini boleh dibilang yang namanya perempuan itu sebagai korban. Gitu. Anggapnya begitulah..". (Manager program RS)*

*"Sebenarnya epidemi HIV ini semakin lama ini, semakin mengarah kepada kelompok perempuan kan? Jadi e.. kalau sebelumnya epidemi itu di lelaki, HIV itu mayoritas lelaki, sekarang itu kan sudah masuk ke pasangannya, perempuan..." (Manager program LSM)*

### Klien laki-laki tidak segera membuka status HIV kepada pasangan

Dari enam klien laki-laki positif HIV yang mempunyai pasangan tetap hanya dua yang kemudian membawa pasangannya untuk VCT. Satu perempuan pasangan klien sudah menjalani dua kali VCT dan hasilnya negatif. Sedangkan satu perempuan pasangan klien terinfeksi karena tidak disiplin menggunakan kondom. Empat klien lainnya beranggapan perempuan pasangannya hingga saat ini terlihat sehat-sehat saja sehingga tidak perlu melakukan VCT.

Konselor mengakui bahwa kebanyakan klien laki-laki tidak segera membuka status HIVnya. Khawatir ditolak, perasaan malu, dan hambatan keluarga merupakan alasan yang diceritakan seperti berikut.

*"Jadi dia (suami, red) belum sempat memberi tahu saya (dia) ini positif. Tapi, sampai meninggal ia tidak sempat memberitahukan ke istrinya. Setelah lama, istrinya sakit. Dokter yang merawatnya bertanya, suaminya mana? Meninggal. Mungkin dokternya curiga. Konseling juga..". (DKT Konselor RS)*

*"Ya kesulitannya gini ya. Dia datang ke sini, udah kitanya gini.. tapi ke kitanya dia nggak mau terbuka. Biasanya keluarga itu bisa bikin kita nggak terbuka masalah seperti itu" (DKT Konselor RS)*

*"Ada yang pengantin baru, waktu pengantin barunya, dia tahu ini dia positif. Tapi tetap aja.. (melakukan hubungan seks, red). Beberapa kasus kita itu begitu" (DKT Konselor RS)*

*"..takut ditinggalin, selama ini, kondisi baik-baik aja, gitu kan. Selama ini, nggak pernah ada sakit. Hal-hal yang seperti itu, dia lebih e.. memikirkan psikososialnya. Masalahnya ada keluarganya, ada anak-anak, kalau sampai istri ninggalin, apa yang akan terjadi". (Konselor LSM)*

### Proses konseling: ketimpangan kebutuhan komunikasi seksual

Kepada subyek ditanyakan pendapat perlu tidaknya membicarakan masalah seksual dengan pasangan, serta anggapan kewajaran laki-laki mempunyai banyak pasangan.

Anggapan tidak perlu membicarakan masalah seksual dengan pasangan disebutkan oleh lebih banyak klien perempuan (41%) daripada klien laki-laki (10%). Namun pada proses konseling VCT, tidak ada klien laki-laki dan sekitar 13% klien perempuan mengakui membicarakan masalah terkait pasangannya dengan konselor. Umumnya masalah yang dikeluhkan adalah perilaku 'jajan' laki-laki pasangan, cara komunikasi dengan pasangan, menjaga jarak kelahiran, bahkan melebar sampai pada cara berbagi tugas di dalam rumah tangga.

DKT dengan konselor menggali kenyataan tidak semua klien terbiasa menyampaikan masalah pribadi yang dihadapi. Diperlukan pendekatan lebih baik selama konseling dan tergantung budaya masing-masing, seperti kutipan berikut.

*"Pertanyaan di awal saya selalu menanyakan bagaimana ibu, siapa yang masak, siapa yang mengantar anak sekolah. Kaitannya dengan suami, emang suami ibu ke mana?". (Konselor LSM)*

*"...Kalau disangkutkan dengan itu ya, kalau pemahaman pribadi saya sendiri itu ya memang hal itu tidak pasti. Kalau dominan, ya nggak cuma suami, ada juga istrinya kan. Kalau saya sih lebih mengembalikan kepada mereka. Kita mengembalikan kepada kultur mereka masing-masing". (Konselor RS)*

Anggapan laki-laki wajar mempunyai banyak pasangan disebutkan oleh sekitar 15% klien perempuan dan sekitar 5% klien laki-laki. Pendapat ini mencerminkan seolah perempuan lebih 'nrimo' daripada laki-laki. Hal yang sama diakui konselor seperti diungkap berikut.

*".. ada seorang wanita yang tidak pernah mempunyai pendapat sendiri, mendapatkan suami pilihan orangtua. Itu suatu contoh...Artinya, perempuan sangat lemah dalam memberikan keputusan." (Konselor LSM, Jakarta)*

*"..perempuan seringkali, bilang, nanya suami, nanya suami. Secara pribadi, saya suka tidak setuju, dalam beberapa hal tidak harus menunggu keputusan suami. Karena kita juga punya hak untuk ngomong. Kalau di konseling sih, kita tidak masukkan hal itu." (Konselor LSM, Jakarta)*

### **Proses konseling: ketimpangan kebutuhan informasi dan penguatan kondom**

Dari semua informan, 63% klien laki-laki dan 85% klien perempuan melaporkan mendapat informasi kondom selama konseling. Dari klien tersebut, sebanyak 41,1% klien laki-laki dan 52,2% klien perempuan menyebutkan konselor telah sangat jelas atau jelas dalam menyampaikannya. Namun, hanya 42% klien laki-laki melaporkan mendapatkan penguatan tanggung jawab dan 17% klien perempuan melaporkan mendapatkan penguatan negosiasi untuk menggunakan kondom.

Memperkuat informasi pentingnya kondom merupakan salah satu bentuk perlindungan bagi pasangan klien, terutama bagi ODHA kepada pasangannya. Dari enam ODHA laki-laki yang mempunyai pasangan tetap, empat orang melaporkan mendapat penguatan tanggung jawab untuk menggunakan kondom selama konseling, sedangkan dua ODHA lainnya tidak. Sedangkan dari tiga ODHA perempuan yang masih mempunyai pasangan tetap, dua orang melaporkan mendapat penguatan dalam konselingnya agar selalu menggunakan kondom. Namun ini bukan termasuk penguatan negosiasi tetapi lebih kepada alasan keharusan 'pakai kondom. Terungkap alasannya ada dua, yaitu *pertama*: karena sedang hamil maka kondom dipakai untuk mencegah perpindahan virus dari suami, dan *kedua*: untuk menjaga kesehatan supaya mendapat ARV gratis. Sedangkan seorang perempuan ODHA lainnya menyebutkan tidak menerima penguatan informasi tentang penggunaan kondom karena suaminya sedang menjalani rawat inap.

Tergali dalam DKT dengan konselor bahwa materi penguatan informasi kondom yang diberikan selama konseling tidaklah sama antara oleh konselor RS dan LSM. Konselor RS tidak membedakan latar belakang klien, sedangkan konselor LSM membedakannya.

*"Kalau panduannya sama... Karena pada prinsipnya itu kan lebih pada faktor resikonya. Pengambilan keputusan dari suami ya. Tapi dari konseling sih enggak berbeda. Pemberian informasi lelaki dan perempuan, prosedurnya sama. (FGD Konselor RS)*

*"Yah, untuk strategi penggunaan kondom itu ada penekanan sendiri. Laki-laki baik perempuan, ada penekanannya. Penekanannya lebih sebagai bentuk tanggung jawab, sebagai bentuk pemutus rantai penularan. Lebih banyak penekanannya gitu.. termasuk persepsi salah yang harus diluruskan. Persepsi selama ini, kondom itu lebih kepada kontrasepsi". (FGD Konselor LSM)*

*"Kalau dalam penggunaan kondom, saya selalu ngomong, paling tidak, tanggung jawab moral untuk tidak menularkan pada orang lain.. (Wawancara Konselor LSM)*

*"Termasuk, teknisnya. Jadi maksudnya gini, e.. Mbak suami saya bilangnya nggak enak, jadi saya males makenya. Itu termasuk, kita ajarin gini. Sekarang kan uda banyak aroma, coba kita pake.. yang aroma duren. Jadi, istrinya juga kita ajarin untuk pintar, untuk ngajak si suami, bahwa kondom itu ada aroma, duren, mint, stroberi. apa gitu." (Wawancara Konselor LSM)*

### **Pedoman dan kebijakan buka status kepada pasangan klien kurang jelas**

Ada dua pedoman pelaksanaan VCT yang digunakan dalam pelayanan di lokasi studi: 'Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela' dari Depkes Tahun 2002 dan 'Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS secara Sukarela' dari Depkes Tahun 2006. Buku Pedoman VCT 2006 menguraikan isu membuka status kepada pasangan klien pada halaman 28. Ditulis dalam sub 'VCT dan etik pemberitahuan kepada pasangan', uraiannya lebih mengaran kepada konfidensialitas bagi petugas, bukan memuat manfaat membuka status bagi klien, pasangan, dan keluarga pada masa mendatang. Buku Modul VCT (2002) menguraikan pemberitahuan kepada pasangan klien pada halaman 214. Ditulis dalam sub 'Diskusi tentang strategi pengurangan risiko', uraiannya kurang jelas karena tidak memuat seperti apa strateginya serta tidak ada contoh cara buka status bagi ODHA laki-laki dan ODHA perempuan.

Konfidensialitas menurut ketentuan di Indonesia terdapat dalam UU Kesehatan No. 36/2009<sup>22</sup> pasal 1 dan Peraturan Pemerintah No. 10/1966<sup>23</sup> tentang Wajib Simpan Rahasia

Kedokteran. Kedua peraturan sudah jelas menguraikan maksud konfidensialitas dan tidak ada kaitannya dengan strategi membuka status. UU No.36/2009 pasal 57 menyebutkan “Setiap orang berhak atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggaraan pelayanan kesehatan”. Selanjutnya dijelaskan lebih rinci dalam pasal 2 “Ketentuan mengenai hak atas rahasia kondisi kesehatan pribadi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku dalam hal: perintah undang-undang; Perintah pengadilan; Izin yang bersangkutan; Kepentingan masyarakat; atau Kepentingan orang tersebut”. Sedangkan PP No. 10/1966 menyebutkan dalam pasal 1 “Yang dimaksud dengan rahasia kedokteran ialah segala sesuatu yang diketahui oleh orang-orang tersebut dalam pasal 3 pada waktu atau selama melakukan pekerjaannya dalam lapangan kedokteran.” Penjelasan pasal ini terdapat dalam pasal berikutnya “Pengetahuan tersebut pasal 1 harus dirahasiakan oleh orang-orang yang tersebut dalam pasal 3, kecuali apabila suatu peraturan lain yang sederajat atau lebih tinggi daripada Peraturan Pemerintah ini menentukan lain” Petugas yang dimaksud dijelaskan dalam pasal 3 yang berbunyi “(a) Tenaga kesehatan menurut pasal 2 UU tentang tenaga kesehatan (LN/1963 No.78); (b). Mahasiswa kedokteran, murid yang bertugas dalam lapangan pemeriksaan, pengobatan dan/atau perawatan, dan orang lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.”

Berlainan dengan isi peraturan tersebut, sebagian konselor enggan memberikan dorongan kepada klien untuk membuka status HIV justru karena alasan konfidensialitas. Dibandingkan konselor RS, konselor LSM mempunyai pendapat lebih baik tentang konfidensialitas, seperti kutipan berikut:

*“Ya, kerahasiaannya. Karena.. e.. pra sebelum konseling itu, itu catatan pertama, bahwa konseling ini, kerahasiaannya kita jamin. Karena, kalau tidak begitu, mereka tidak mau nemui. Nggak terbuka. Jadi itu sudah kita garansi dubi. Jadi ini terjaga kerahasiaannya.” (FGD Konselor RS)*

*“Ya. Kalau suami positif. Kita sebagai konselor kita kan mengingatkan aja. Mereka ini kan yang ngasih tahu ke istri, mereka sendiri. Kalau suami positif, suami kasih tahu istri. Kalau istri yang positif, istri kasih tahu suami. Nanti kalau kita yang kasih tahu nanti jontok-jontokkan..” (FGD Konselor RS)*

*“Di masyarakat, stigma pada ODHA masih sangat tinggi. Cuman kita mengajarkan bahwa sebagai seorang ODHA tidak perlu terbuka yang tidak pada tempatnya. Terbuka itu ada tempatnya sendiri-sendiri. Terbuka di luar pun akan menimbulkan stigma” (FGD Konselor LSM)*

*“Kita bukan menyarankan ya. Tetapi, kita memotivasi si klien ini, baik kalau dia laki-laki ataupun perempuan, yang sudah punya pasangan, untuk membuka statusnya kepada e.. pasangannya. Dalam hal ini tentu kita e.. menggambarkan lebih ke hal positifnya. Misalnya, kalau positif, kan suatu saat mungkin dia memerlukan bantuan, yang paling dekat dengan dia adalah pasangannya.” (Wawancara Konselor LSM)*

*“Jadi kita memberikan motivasi yang positif. Meskipun buka status ada yang rugi buat dia kita sampaikan juga. Reaksi positif adalah dia menerima, mensupport. Reaksi negatif, itu dia akan marah-marah, bahkan yang paling ekstrim, pisah. Hal-hal seperti itu, kita siapkan mental dia, kalau hal itu terjadi. solusi apa yang bisa kita tawarkan. Itu aja. (Wawancara Konselor LSM)*

## PEMBAHASAN

Secara biologis perempuan mempunyai risiko lebih besar terinfeksi HIV daripada laki-laki karena bentuk anatomi organ seksual perempuan yang luas dibandingkan laki-laki.<sup>24,25</sup> Risiko ini meningkat karena perempuan bergantung secara ekonomi kepada laki-laki dan sikap perempuan yang lebih ‘nrimo’ merupakan nilai lazim di masyarakat.<sup>26</sup> Bila melihat cara penularannya, sebagian besar perempuan risiko rendah seperti ibu rumah tangga ternyata terinfeksi dari laki-laki pasangannya.<sup>16,20,27</sup> Studi ini juga memperlihatkan ketimpangan cara penularan tersebut. Sebab ketimpangan pertama: laki-laki terlambat mengetahui status HIV dirinya,

*kedua*: laki-laki ODHA tidak segera membuka status HIV kepada pasangannya, dan *ketiga*: laki-laki ODHA tidak membawa pasangan sedini mungkin untuk mengikuti VCT. Sebab pertama dapat dijawab dengan memperluas akses VCT bagi laki-laki berisiko sehingga dapat segera mendapat pelayanan. Namun perluasan akses VCT tidak berarti bagi pengendalian infeksi HIV bila tidak diiringi konseling yang mendorong klien membuka status HIVnya sedini mungkin kepada pasangannya mengingat adanya sebab ketimpangan kedua dan ketiga.

Konseling yang berupaya mendorong klien untuk membuka status HIV kepada pasangannya memang bukan hal mudah, dan tantangan terbesar berasal dari nilai di masyarakat. Kebanyakan masyarakat Indonesia tidak terbiasa membicarakan isu berbau seksual/sensitif dengan pasangannya, seperti masalah penularan HIV, membuka status HIV, bahkan seringkali perempuan merasa risih bila berinisiatif untuk suami menggunakan kondom karena terbiasa mempercayai suami.<sup>28,16,29</sup> Studi ini memperlihatkan adanya hambatan tersebut, terutama pada klien perempuan. Dengan demikian dapat difahami bila klien laki-laki juga mengalami hambatan yang sama pada saat harus membuka status HIVnya kepada perempuan pasangannya. Situasi ini memperlihatkan konseling perlu membedakan kebutuhan dan latar belakang yang bervariasi pada klien dan pasangannya, konseling bukan semata pemberian informasi. Studi ini juga memperlihatkan bahwa konselor LSM yang lebih banyak terpapar isu gender akan lebih baik dalam memotivasi klien untuk berubah. Sebenarnya dengan pendekatan yang tepat maka seorang konselor akan mampu mempengaruhi seorang klien mengambil keputusan.<sup>30</sup> Dengan demikian sangat dimungkinkan konseling mendorong klien, terutama ODHA laki-laki, untuk sedini mungkin membuka status HIVnya dan mengajak pasangannya untuk VCT.

Beberapa studi lain melaporkan bahwa membuka status HIV kepada pasangan merupakan tahapan sulit, dan cara menyampaikannya memerlukan strategi yang berbeda untuk membuka status antara ODHA perempuan dan ODHA laki-laki.<sup>31,10,32</sup> Disepakati bahwa semakin dini ODHA

membuka status HIV kepada pasangannya justru menguntungkan diri sendiri dan pasangannya. Klien yang membuka status HIVnya lebih mendapat dukungan untuk patuh minum ARV, menjaga kesehatan, mengubah perilaku tidak aman, meningkatkan dukungan sosial, dan menguatkan hubungan. Sedangkan pasangan: klien yang lebih dini mengetahui status HIV dirinya, akan lebih dini mencari pengobatan, termasuk pelayanan PMTCT bila diperlukan.<sup>5,8,9,12</sup> Dengan demikian, ketika kecenderungan penularan HIV terjadi dalam keluarga seperti saat ini, tidak ada alasan bagi pelayanan VCT untuk tidak mendorong dan memastikan klien sedini mungkin membuka status HIV kepada pasangannya.

Konselor VCT bekerja berdasarkan pedoman. Bila pedoman tidak tegas menyampaikan suatu hal, maka hal tersebut menjadi semakin tidak jelas dalam pelaksanaannya. Studi ini memperlihatkan bahwa konfidensialitas menjadi salah satu alasan konselor kurang termotivasi untuk mendorong klien membuka status HIVnya. Sebenarnya UU Kesehatan No.36/2009 khususnya pasal 57 dan PP No.10/1966 pasal 1 telah menyatakan secara jelas bahwa konfidensialitas berlaku bagi petugas kesehatan dan tidak berlaku bila terkait kepentingan masyarakat atau kepentingan klien tersebut. Konfidensialitas yang dimaksud melindungi klien karena kasus AIDS kental dengan stigma dan diskriminasi, tidak mengartikan konselor boleh tidak mempedulikan klien yang tidak membuka status HIV kepada pasangannya. Buku Pedoman Pelaksanaan VCT (2006) memang menempatkan konfidensialitas bersamaan dengan cara pemberitahuan hasil VCT sehingga konselor memahaminya sebagai salah satu pembatasan dalam mendorong klien untuk membuka status HIV. Ketidakjelasan pedoman dan keterbatasan pemahaman konselor tentang hal ini berpotensi melanggengkan berbagai alasan sehingga proses konseling tidak mendorong klien untuk membuka status HIV kepada pasangannya.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Studi ini memperlihatkan bahwa isu pasangan klien, termasuk membuka status HIV, belum optimal menjadi pembicaraan

dalam konseling VCT, terutama bagi ODHA laki-laki kepada pasangannya. Dorongan untuk membuka status ODHA laki-laki kepada pasangan sangat diperlukan sehubungan semakin banyaknya perempuan terinfeksi dari pasangannya dalam hubungan perkawinan. Pengambil kebijakan pada pelayanan VCT diharapkan dapat memperhatikan rekomendasi berikut: *pertama*, perlu pelatihan yang memperbaiki pemahaman makna konfidensialitas dan memaknai adanya ketimpangan cara penularan HIV antara laki-laki dan perempuan agar konselor lebih baik dalam mendorong ODHA membuka status kepada pasangannya sedini mungkin. *Kedua*, perlu memperkaya modul pelatihan dan pedoman pelaksanaan VCT dengan mengangkat berbagai kisah sukses ODHA laki-laki membuka status HIV kepada pasangannya atau sebaliknya agar konselor memahami kesulitan dan cara penanganannya di lapangan.

#### UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada KPAN-HCPI atas dukungan Dana Penelitian HIV Tahun 2009, bimbingan Prof. Budi Utomo dan Dr. Sabarinah Prasetyo, serta Balitbangkes Depkes.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Secara Sukarela (Voluntary Counselling and Testing). Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL), Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela HIV (Voluntary Counselling and Testing = VCT). Jakarta. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL), Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002.
3. Family Health International (FHI) & United State Agency for International Development (USAID). VCT Toolkit: A Guide to Establishing Voluntary Counseling and Testing Services for HIV. Arlington: FHI & USAID, 2002.
4. World Health Organization (WHO). The Right To Know: New Approaches to HIV Testing and Counselling. Geneva: WHO, 2003
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Kasus HIV/AIDS sampai Juni 2010. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL), Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2010.
6. Ford, K., Wirawan D.N., Sumantera G.M., Sawitri A.A.S., Stahre M. Voluntary HIV Testing, disclosure, and stigma among injection drug users in Bali, Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 2004, 16 (6), 487-498.
7. Dadye V., Kilemann K., Sheikh K., Deshmukh D., Deshpande S., Porter J., Rangan S. Private practitioners' communications with patients around HIV testing in Pune, India. Oxford University Press and The London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2006.
8. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Men and AIDS – A Gendered Approach, 2000 World AIDS Campaign. Geneva: UNAIDS, 2000.
9. Maman S, Mbwambo, J.K., Hogan, N.M., Weiss E., Kilonzo G.P., & Sweat M.D. High rates and positive outcomes of HIV-serostatus disclosure to sexual partners: reason for cautious optimism from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS and Behavior*. 2002, 7 (4).
10. World Health Organization (WHO). Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers, and Outcomes, A Review Paper. Geneva: WHO, 2004.
11. Kalichman S.C., Rompa D., DiFonzo K., Simpson D., Kyomugisha F., Austin J., & Luke W. Initial development of scales to assess self-efficacy for disclosing HIV status and negotiating safer sex in HIV-positive persons. *AIDS and Behavior*. 2001, 5(3).
12. Stirratt M.J., Remien R.H., Smith A., Copeland O.Q., Dolezal C., & Krieger D. The Role of HIV serostatus in antiretroviral medication adherence. *AIDS Behavior*, 2006, 10, 483-493.
13. Grau L.E., White E., Nicolai L.M., Toussova O.V., Vevevchkin S.V., Kozlov A.P., & Heimer, R. HIV disclosure, condom use, and awareness of HIV infection among HIV-positive, heterosexual druginjectors in St.Peterburg, Russian Federation. *AIDS Behavior*, 2010.
14. Gari T., Habte D., & Markos E. HIV positive status disclosure to sexual partner among women attending ART clinicat Hawassa university Referral Hospital, SNNPR, Ethiopia. *Ethiopia J. Health Dev.* 2010, 24 (1).
15. World Health Organization (WHO). Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections – Intimate partner violence and HIV/AIDS, Information Bulletin Series, 2001, Number 1
16. Interagency Gender Working Group. How To Integrate Gender into HIV/AIDS Program, Using Learned From USAID and Partner Organization. Washington: IGWG, 2004.
17. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). HIV Transmission in Intimate Partner Relationship in Asia, Geneva: UNAIDS, 2009.
18. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Operational Guide on Gender & HIV/AIDS: A Right-based Approach. Amsterdams: Interagency Task team on Gender & HIV/AIDS-UNAIDS, 2005.



19. Newmann, et al., Marriage, Monogami, and HIV: a Profile of HIV Infected Women in South India [cited 2010 Jan 14] Available from:URL: <http://ijsa.rsmjournals.com/cgi/content/abstract/11/4/250?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&searchid=1&FIRSTINDEX=0&miscscore=5000&resourcetype=HWCIT>.
20. Australian Government's overseas aid program (AusAid) & Indonesia HIV/AIDS Prevention and Care Project (IHPCP), Perempuan di Lingkar Napza Suntik, Penelitian Eksploratif di Delapan Kota di Indonesia Tahun 2007. Jakarta: IHPCP and AusAid, 2009
21. Baby Jim Aditya, Kerentanan Perempuan Terhadap HIV/AIDS dalam Jurnal Perempuan No. 43: Melindungi Perempuan dari HIV/AIDS. Jakarta; September 2005
22. Republik Indonesia. Undang Undang No.36/2009 tentang Kesehatan
23. Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah No. 10/1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran
24. AIDS Community Research Initiative of America (ACRIA). Treatment Issues for Women. 2005. New York: 2001
25. Gender-specific Problems Available from:URL: <http://www.womenshealth.gov/hiv/gender/index.cfm>
26. World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The HIV/AIDS Pandemic and Its Gender Implications. New York: United Nations Division for The Advancement of Women,WHO and UNAIDS, 2000
27. Indah, S. Mekanisme Koping Wanita yang Terinfeksi HIV dari Suaminya (Studi Kualitatif di Yayasan Pelita Ilmu Jakarta). Jakarta: RSPN Cipto Mangunkusumo, Departmen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2007.
28. World Health Organization. Document Summary HIV status disclosure to sexual partner: rates, barriers and outcomes for women. Geneva: WHO, 2004
29. Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Koordinator Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Departemen Kesehatan (Depkes), dan Macro International Inc., United State Agency for International Development (USAID). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007. Jakarta: BPS, BKKBN, Depkes. ORC Macro, USAID, 2008.
30. Relf M.V., Bishop T.L., Lachat M.F., Schiavone D.B., Pawlowski L., Bialko M.F., Boozer D.L., & Dekker D. A qualitative analysis of partner selection, HIV serostatus disclosure, and sexual behaviors among HIV-positive urban men. AIDS Education and Prevention, 2009, 21 (3), 280-297.
31. Waddell E.N. & Messeri P.A. Social support, disclosure, and use of antiretroviral therapy. AIDS and Behavior, 2006, 10 (3).
32. Sullivan K.M. Male self-disclosure of HIV-positive serostatus to sex partner: a review of the literature, JOURNAL OF THE ASSOCIATION OF NURSES IN AIDS CARE, 2005, 16 (6), 33-47.