

HIV/AIDS

D A N

PENGURANGAN

RISIKO

DARI PERSPEKTIF PEKERJAAN SOSIAL





Editor: Prof. Adi Fahrudin, PhD

HIV/AIDS

DAN

PENGURANGAN

RISIKO

DARI PERSPEKTIF PEKERJAAN SOSIAL

2011/12
HIV/AIDS
PENGURANGAN
RISIKO
DARI PERSPEKTIF PEKERJAAN SOSIAL

HIV/AIDS
DAN
PENGURANGAN
RISIKO
DARI PERSPEKTIF PEKERJAAN SOSIAL

**BUKU INI DEDIKASIKAN UNTUK
GURU SEKALIGUS KOLEGA KAMI**

PROF. DR. ISMAIL BABA

Perpustakaan Nasional: Katalog dalam Terbitan (KDT)

Adi Fahrudin, dkk

HIV/AIDS DAN PENGURANGAN RISIKO DARI PERSPEKTIF
PEKERJAAN SOSIAL., Adi Fahrudin, dkk Idea Press Yogyakarta. 2020. x + 194
hal., 15.5 cm x 23.0 cm

ISBN: 978-623-7085-55-3

1. Ilmu Sosial

I. Judul

@ Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Memfotocopy atau memperbanyak dengan cara apapun sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa seizin penerbit, adalah tindakan tidak bermoral dan melawan hukum.

HIV/AIDS DAN PENGURANGAN RISIKO DARI PERSPEKTIF
PEKERJAAN SOSIAL

Editor: Prof. Adi Fahrudin, PhD.

Penulis: Adi Fahrudin, Azlinda Azman,

Ellya Susilowati, Husmiati Yusuf,

Moh Zainal Hakim, Nurulhuda Sarnon,

Paramjit Singh, Peter Voo

Desain Cover: Achmad Mahfud

Setting Layout: Tim Layout Idea Press

Cetakan : ke 1 Februari (2020)

Diterbitkan oleh:

Idea Press Yogyakarta

Jl. Amarta Diro RT 58 Pendowoharjo Sewon Bantul Yogyakarta

Email: ideapres.now@gmail.com/idea_press@yahoo.com

Anggota IKAPI DIY

©Copyright @2020 Penulis

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

All Right Reserved.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Ilahi Robbi, akhirnya buku yang tertunda sekian lama akhirnya bisa terwujud sehingga sampai di tangan pembaca. Buku ini sedari awal dimaksudkan sebagai penerbitan buku hadiah dari anak-anak murid dan rakan sekerja Prof Dr Ismail Baba sempena pesaraan beliau ketika itu mengakhiri tugas sebagai Profesor Kerja Sosial di Universiti Utara Malaysia. Bab-bab buku ini telah dikumpulkan dan melalui proses seleksi dan penyuntingan beberapa kali agar sesuai dengan tajuk buku, kepakaran dan konsen Prof Dr Ismail Baba terhadap masalah HIV/AIDS. Pekerjaan menulis buku termasuk menjadi editorial buku pada dasarnya pekerjaan yang gampang-gampang susah. Gampang karena sebagai editor hanya mengumpulkan bahan-bahan penulis yang berkompeten dalam satu topik namun pekerjaan yang amat sukar karena menarik benang merah dari satu tema ke tema yang lain memerlukan analisis dan nalar. Apatah lagi tema besar dalam buku ini menyangkut penyalahgunaan narkotika, HIV/AIDS dan pengurangan resiko dari perspektif pekerjaan sosial. Kita sedia maklum masalah penyalahgunaan narkotika pada masa ini merupakan masalah serius yang dihadapi oleh banyak Negara termasuk Indonesia dan Malaysia. Masalah ini tidak berdiri sendiri. Banyak faktor penyebab yang turut serta mempengaruhi masalah penyalahgunaan narkotika. Pun begitu masalah penyalahgunaan narkotika terkait dengan penularan penyakit HIV/AIDS. Penggunaan jarum suntik dikalangan pengguna/penagih narkotikase cara bertukar-tukar sesama mereka turut mempengaruhi penularan HIV/AIDS. Oleh

sebab itu penularan HIV/AIDS yang tadinya banyak bersumber dari hubungan seksual kini semakin kompleks karena juga bisa disebabkan dari pertukaran jarum suntik. Masalah penyalahgunaan narkotika dan HIV/AIDS perlu dilihat secara interdisiplin dan salahsatunya adalah pekerjaan sosial. Pekerjaan sosial berkepentingan karena ketika seseorang terlibat dengan penyalahgunaan narkotika terlebih jika sudah terjangkiti HIV/AIDS maka yang bersangkutan telah mengalami penurunan kualitas hidup dan keberfungsian sosialnya. Penyalahguna narkotika dan pesakit HIV/AIDS adalah korban dari sebuah sistem sosial yang timpang dan sakit. Sebagai sebuah profesi pertolongan, pekerjaan sosial konsen pada upaya mempertahankan dan memperkuat kualitas hidup dan keberfungsian sosial seseorang. Untuk itu peranan pekerjaan sosial dirasakan sangat perlu untuk membantu individu-individu yang kerana sesuatu sebab telah menjadi penyalahguna narkotika dan pesakit HIV/AIDS. Bekerja dengan orang yang terlibat dengan penyalahgunaan narkotika dan HIV/AIDS sudah barang tentu memerlukan sistem nilai dan kompetensi professional agar pertolongan yang diberikan dapat memperbaiki, mempertahankan dan meningkatkan keberfungsian sosial mereka. Semoga buku yang belum sempurna ini selain menjadi kenangan untuk Prof Dr Ismail Baba juga dapat menjadi rujukan dan bahan bacaan para mahasiswa pekerjaan sosial khususnya dan mahasiswa program studi lain yang memerlukan informasi mengenai HIV/AIDS dari perspektif pekerjaan sosial. Insha Allah.

Chiba-si, Japan, 12/12/2019

Editor

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	v
BAB 1 SEJARAH DAN EPIDEMI HIV/AIDS	
• Adi Fahrudin, PhD	1-12
BAB 2 WANITA DAN RISIKO HIV/AIDS	
• Ellya Susilowati, PhD	13-38
BAB 3 PENGETAHUAN DAN SIKAP MAHASISWA TERHADAP HIV/AIDS	
• Adi Fahrudin, PhD	39-48
BAB 4 HARM REDUCTION DAN PROGRAM NEEDLE SYRINGE EXCHANGE	
• Norulhuda Sarnon, PhD	49-70
BAB 5 MODEL-MODEL DALAM HARM REDUCTION	
• Norulhuda Sarnon, PhD	71-86
BAB 6 DUKUNGAN STAKEHOLDER DALAM PERLAKSANAAN PROGRAM HARM REDUCTION	
• Peter Voo, PhD	87-96
BAB 7 PENDIDIKAN DAN PELATIHAN HIV/AIDS BAGI PEKERJA SOSIAL	
• Moch Zaenal Hakim, PhD	97-112

- BAB 8 BEBAN KELUARGA DALAM PERAWATAN HIV/ AIDS
• *Husmiati Yusuf, PhD* 113-124
- BAB 9 SISTEM SOKONGAN SOSIAL BAGI PENJAGA
PESAKIT HIV/AIDS
• *Paramjit Singh Jamir Singh, PhD & Azlinda Azman, Ph.D* 125-140
- BAB 10 KERJA SOSIAL DAN HIV/AIDS
• *Norulhuda Sarnon, PhD* 141-160
- BAB 11 KETERAMPILAN DASAR BEKERJA DENGAN ORANG
DENGAN HIV/AIDS
• *Adi Fahrudin, PhD* 161-190

Sejarah dan Epidemi HIV/AIDS

Adi Fahrudin, PhD
Universitas Muhammadiyah Jakarta

Pendahuluan

AIDS bersumber daripada virus HIV yang dapat melumpuhkan daya tahan tubuh bagi mengelakkan daripada penyakit. Pada mulanya AIDS adalah penyakit yang tersebar melalui perilaku seks. Namun kini penularannya juga dapat kerana; hubungan darah yang tercemar, tranfusi, dan perkongsian jarum suntik; dan ibu yang HIV/AIDS ke bayi semasa mengandung, kelahiran dan menyusui. Di banyak negara Asia, penularan HIV/AIDS terjadi melalui hubungan seks di kalangan heteroseksual. Perubahan dan pergeseran nilai-nilai budaya di Asia telah pula memberi peluang yang besar terjadinya epidemi HIV/AIDS. Keruntuhan institusi keluarga, sekolah, politik bahkan agama telah memperburukkan lagi situasi ini. Di Indonesia, berdasarkan kasil kajian, epidemi AIDS tidak hanya satu pola. Namun ada lebih dari satu pola yang berbeda-beda berdasarkan geografis dan subtype HIV yang ditemukan di beberapa daerah. Daley et.al (1998) menunjukkan data bahwa pasien HIV/AIDS di Indonesia tidak lagi terfokus kepada heteroseksual, melainkan telah ditemukan dalam jumlah yang cukup besar kasus HIV/AIDS di kalangan homoseksual dan biseksual. Pergeseran ini sama halnya dengan yang terjadi di

Amerika Serikat ketika pertama kali ditemukan virus HIV/AIDS. Kini di Amerika Serikat, kasus HIV/AIDS lebih banyak ditemukan di kalangan heteroseksual.

Di Indonesia pula, cara penularan HIV mulai bergeser dari melalui hubungan seks yang selama ini kasusnya sangat sering ditemui kepada berbagai cara seperti tranfusi darah, perkongsian jarum suntik di kalangan pecandu narkotika, dan penularan *pre* dan *post natal* serta penyusuan Ibu kepada bayi. Pergeseran di atas sebenarnya menunjukkan bahawa epidemi HIV/AIDS di Indonesia sudah memasuki fasa lanjut dan bahkan lebih rawan jika dibandingkan dengan negara-negara lain seperti India, Tanzania, Uganda, dan Zimbabwe. Berbanding dengan negara lain, jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia yang tidak dilaporkan dan tidak tercatat merupakan "*negatif potential*" kepada wujudnya "*boming*" AIDS di masa mendatang. HIV/AIDS merupakan satu daripada penyakit menular dan melibatkan masalah kesihatan yang kompleks untuk ditangani. Meskipun pengetahuan manusia kini tentang virologi dan epidemiologi semakin meningkat dan telah tiga dekade dunia memerangi penyakit ini namun sehingga kini vaksin untuk penyakit ini masih belum ditemui (Callahan, 2006). Penyakit ini bermula apabila dunia digemparkan tentang penyakit *kaposi sarcoma* dan *pneumocystis carinii pneumonia* yang dialami oleh sekumpulan homoseksual di Los Angeles pada tahun 1981 (Fan, Conner & Villarreal, 2004; Herek & Glunt, 1998). Sejak saat itu, banyak teori telah dikemukakan seperti anggapan bahawa HIV telah didapat secara tidak sengaja dari kuman laboratorium perang (Umeh, 1997), daripada monyet Afrika (Miyoshi et al., 1982 dalam Marlink & Kotin, 2004) dan dijangkiti akibat memakan daging monyet (Umeh, 1997). Memandangkan orang pertama yang didiagnosis HIV adalah lelaki homoseksual, pada mulanya terdapat mitos yang mengatakan bahawa hanya kaum lelaki gay yang mempunyai kecenderungan untuk dijangkiti HIV. Berbeda dengan pada masa awal, dewasa ini secara umum dunia lebih bersikap adil dan mengakui bahawa penularan HIV tidak memandang jenis kelamin, melainkan boleh menyebar dan

menjangkiti siapa saja melalui darah dan cairan (Johanson, 2007). Sehubungan itu, bahagian ini mengulas kajian-kajian berkaitan HIV/AIDS dan perkembangannya di dunia, Asia dan Indonesia.

Epidemiologi: Statistik dan Populasi

Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang pola penyebaran penyakit atau kejadian yang berhubungan dengan kesehatan, serta faktor-faktor yang dapat memengaruhi keadaan tersebut. Dalam epidemiologi, ada istilah yang disebut epidemik, endemik, pandemik, dan wabah. Semua ini berhubungan dengan penyakit-penyakit serius. Berikut penjelasan dari istilah-istilah epidemiologi tersebut:

Wabah

Wabah adalah terjadinya suatu penyakit dalam masyarakat, di mana jumlah orang terjangkit lebih banyak daripada biasanya, pada komunitas tertentu atau di musim-musim tertentu. Wabah ini bisa terjadi secara terus menerus, mulai hitungan hari hingga tahun. Tidak hanya di satu wilayah, tetapi bisa juga meluas ke daerah atau negara lain. Masyarakat sering menganggap bahwa jika terjadi penyakit menular, itu berarti telah terjadi wabah. Padahal, tidak selalu begitu. Penyakit dikatakan wabah ketika penyakit itu:

- Sudah lama tidak pernah menjangkiti masyarakat,
- Datang penyakit baru yang sebelumnya tidak diketahui,
- Penyakit tersebut adalah penyakit yang baru pertama kali menjangkiti masyarakat di daerah itu.

Epidemi adalah kondisi yang mirip dengan wabah. Keadaan dikatakan epidemi jika suatu kelompok masyarakat atau wilayah terkena penyakit menular dan kejadiannya terjadi secara cepat. Salah satu contoh epidemi adalah di tahun 2003 ketika terjadi penyakit SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) yang mewabah di seluruh dunia dan menelan korban ratusan jiwa.

Pandemi adalah wabah penyakit yang terjadi secara luas di seluruh dunia. Dengan kata lain, penyakit ini sudah menjadi masalah bersama warga dunia. Contoh pandemi adalah HIV/AIDS. Tidak hanya itu, influenza yang saat ini tampak ringan pun dahulu pernah menjadi penyakit yang masuk ke dalam kategori pandemi dan menjadi masalah penyakit tingkat dunia.

Endemi adalah keadaan atau karakteristik wilayah atau lingkungan tertentu yang ada hubungannya dengan penyakit. Misalnya, daerah tertentu adalah tempat yang dikenal sebagai lingkungan yang masyarakatnya mudah terjangkit penyakit tertentu. Penyakit ini selalu ada di daerah tersebut tapi frekuensinya rendah. Di Indonesia, contohnya, ada daerah yang merupakan endemik malaria.

Jadi HIV/AIDS merupakan pandemi global. Pandemi HIV secara global sangat mengejutkan. UNAIDS (2008) memperkirakan pada akhirnya tahun 2007 ada 33 juta orang yang hidup dengan HIV di seluruh dunia, peningkatan yang dramatis dari perkiraan 8 juta yang dilaporkan pada tahun 1990. Kull (2010) juga melaporkan statistik penting tentang pandemi sebagai berikut;

- a. Sekitar 67% orang yang hidup dengan HIV tinggal di Afrika sub-Sahara.
- b. Lebih dari 2,5 juta orang dewasa dan anak-anak terinfeksi HIV pada tahun 2007.
- c. Lebih dari 25 juta orang telah meninggal karena AIDS sejak tahun 1981.
- d. Ada sekitar 11 juta anak yatim piatu karena HIV di Afrika.
- e. Orang-orang di bawah usia 25 mencapai hampir setengah dari semua infeksi baru.
- f. Perempuan mewakili setengah dari semua infeksi HIV.
- g. 31% orang di negara berpenghasilan rendah dan menengah yang membutuhkan pengobatan antiretroviral. Satu dari tiga anak-anak cenderung memiliki akses ke obat penyelamatan nyawa ini

- h. Kurang dari 40% orang di bawah usia 15 tahun mengetahui informasi dasar tentang HIV.

Tren penularan HIV/AIDS semakin berkembang. Pada tahun 2018 terdapat sebanyak 1.7 juta orang baru terinfeksi HIV, sementara itu terdapat 37,9 juta hidup dengan HIV serta sebanyak 770 ribu orang mati karena penyakit berkaitan dengan AIDS (<https://www.unaids.org/en>). Pada tahun 2007, kelompok wanita merupakan setengah dari jumlah manusia yang hidup dengan HIV di dunia. Afrika Selatan masih mencatatkan angka tertinggi dimana 35% dari penularan HIV di dunia dan 38% penyebab kematian AIDS di dunia. Hampir 60% daripadanya adalah di Sub-Sahara Afrika (UNAIDS, 2008). Secara keseluruhan, Sub-Sahara Afrika merupakan pusat dimana 67% manusia yang hidup dengan HIV/AIDS (UNAIDS, 2008). Dewasa ini diperkirakan 33.4 juta manusia yang hidup dengan HIV/AIDS di seluruh dunia (UNAIDS, 2009). Jumlah keseluruhan manusia yang hidup dengan virus tersebut adalah 20% lebih tinggi berbanding pada tahun 2000 dan tiga kali lipat lebih tinggi dari tahun 1990.

Manakala di Indonesia pula terdapat 640.000 orang hidup dengan HIV. Insiden HIV per 1000 yang tidak terinfeksi — jumlah infeksi HIV baru di antara populasi yang tidak terinfeksi lebih dari satu tahun — di antara semua orang dari segala usia adalah 0,17. Prevalensi HIV - persentase orang yang hidup dengan HIV - di antara orang dewasa (15-49 tahun) adalah 0,4%. Data menunjukkan 46.000 orang baru terinfeksi HIV, dan 38.000 orang meninggal karena penyakit terkait AIDS. Jumlah kematian terkait AIDS telah meningkat 60% sejak tahun 2010, dari 24.000 kematian menjadi 38.000 kematian. Namun, jumlah infeksi HIV baru telah menurun, dari 63.000 menjadi 46.000 pada periode yang sama. Target 90-90-90 target membayangkan bahwa pada tahun 2020, 90% orang yang hidup dengan HIV akan mengetahui status HIV mereka, 90% orang yang mengetahui status HIV-positif mereka akan mengakses pengobatan dan 90% orang yang menggunakan pengobatan akan memiliki *viral load* yang ditekan. Dalam semua hal orang yang hidup dengan HIV, mencapai target 90-

Pandemi adalah wabah penyakit yang terjadi secara luas di seluruh dunia. Dengan kata lain, penyakit ini sudah menjadi masalah bersama warga dunia. Contoh pandemi adalah HIV/AIDS. Tidak hanya itu, influenza yang saat ini tampak ringan pun dahulu pernah menjadi penyakit yang masuk ke dalam kategori pandemi dan menjadi masalah penyakit tingkat dunia.

Endemi adalah keadaan atau karakteristik wilayah atau lingkungan tertentu yang ada hubungannya dengan penyakit. Misalnya, daerah tertentu adalah tempat yang dikenal sebagai lingkungan yang masyarakatnya mudah terjangkit penyakit tertentu. Penyakit ini selalu ada di daerah tersebut tapi frekuensinya rendah. Di Indonesia, contohnya, ada daerah yang merupakan endemik malaria.

Jadi HIV/AIDS merupakan pandemi global. Pandemi HIV secara global sangat mengejutkan. UNAIDS (2008) memperkirakan pada akhirnya tahun 2007 ada 33 juta orang yang hidup dengan HIV di seluruh dunia, peningkatan yang dramatis dari perkiraan 8 juta yang dilaporkan pada tahun 1990. Kull (2010) juga melaporkan statistik penting tentang pandemi sebagai berikut;

- a. Sekitar 67% orang yang hidup dengan HIV tinggal di Afrika sub-Sahara.
- b. Lebih dari 2,5 juta orang dewasa dan anak-anak terinfeksi HIV pada tahun 2007.
- c. Lebih dari 25 juta orang telah meninggal karena AIDS sejak tahun 1981.
- d. Ada sekitar 11 juta anak yatim piatu karena HIV di Afrika.
- e. Orang-orang di bawah usia 25 mencapai hampir setengah dari semua infeksi baru.
- f. Perempuan mewakili setengah dari semua infeksi HIV.
- g. 31% orang di negara berpenghasilan rendah dan menengah yang membutuhkan pengobatan antiretroviral. Satu dari tiga anak-anak cenderung memiliki akses ke obat penyelamatan nyawa ini

- h. Kurang dari 40% orang di bawah usia 15 tahun mengetahui informasi dasar tentang HIV.

Tren penularan HIV/AIDS semakin berkembang. Pada tahun 2018 terdapat sebanyak 1.7 juta orang baru terinfeksi HIV, sementara itu terdapat 37,9 juta hidup dengan HIV serta sebanyak 770 ribu orang mati karena penyakit berkaitan dengan AIDS (<https://www.unaids.org/en>). Pada tahun 2007, kelompok wanita merupakan setengah dari jumlah manusia yang hidup dengan HIV di dunia. Afrika Selatan masih mencatatkan angka tertinggi dimana 35% dari penularan HIV di dunia dan 38% penyebab kematian AIDS di dunia. Hampir 60% daripadanya adalah di Sub-Sahara Afrika (UNAIDS, 2008). Secara keseluruhan, Sub-Sahara Afrika merupakan pusat dimana 67% manusia yang hidup dengan HIV/AIDS (UNAIDS, 2008). Dwaas inidiperkirakan 33.4 juta manusia yang hidup dengan HIV/AIDS di seluruh dunia (UNAIDS, 2009). Jumlah keseluruhan manusia yang hidup dengan virus tersebut adalah 20% lebih tinggi berbanding pada tahun 2000 dan tiga kali lipat lebih tinggi dari tahun 1990.

Manakala di Indonesia pula terdapat 640.000 orang hidup dengan HIV. Insiden HIV per 1000 yang tidak terinfeksi — jumlah infeksi HIV baru di antara populasi yang tidak terinfeksi lebih dari satu tahun — di antara semua orang dari segala usia adalah 0,17. Prevalensi HIV - persentase orang yang hidup dengan HIV - di antara orang dewasa (15-49 tahun) adalah 0,4%. Data menunjukkan 46.000 orang baru terinfeksi HIV, dan 38.000 orang meninggal karena penyakit terkait AIDS. Jumlah kematian terkait AIDS telah meningkat 60% sejak tahun 2010, dari 24.000 kematian menjadi 38.000 kematian. Namun, jumlah infeksi HIV baru telah menurun, dari 63.000 menjadi 46.000 pada periode yang sama. Target 90-90-90 target membayangkan bahwa pada tahun 2020, 90% orang yang hidup dengan HIV akan mengetahui status HIV mereka, 90% orang yang mengetahui status HIV-positif mereka akan mengakses pengobatan dan 90% orang yang menggunakan pengobatan akan memiliki *viral load* yang ditekan. Dalam semua hal orang yang hidup dengan HIV, mencapai target 90-

90-90 berarti bahwa 81% dari semua orang yang hidup dengan HIV sedang dalam pengobatan dan 73% dari semua orang yang hidup dengan HIV ditekan secara viral. Tahun 2018 di Indonesia, 51% orang yang hidup dengan HIV mengetahui status mereka, dan 17% orang yang hidup dengan HIV menjalani pengobatan. Dari semua orang dewasa berusia 15 tahun dan lebih yang hidup dengan HIV, hanya 17% yang menggunakan pengobatan, sementara 22% anak-anak berusia 0-14 tahun yang hidup dengan HIV menggunakan pengobatan. Lima belas persen wanita hamil yang hidup dengan HIV mengakses obat antiretroviral untuk mencegah penularan virus ke bayi mereka. Diagnosis bayi dini persentase bayi yang terpajan HIV yang dites HIV sebelum delapan minggu adalah 1% pada 2018.

Dari 620.000 orang dewasa yang hidup dengan HIV, 220.000 (35,48%) adalah perempuan. Infeksi HIV baru di kalangan wanita muda berusia 15-24 tahun adalah lebih dari setengah di antara pria muda: 9600 infeksi baru di antara wanita muda, dibandingkan dengan 14.000 di antara pria muda. Pengobatan HIV adalah sama antara perempuan dan laki-laki, dengan 17% perempuan dewasa dan laki-laki dewasa hidup dengan HIV pada pengobatan. Hanya 11,37% perempuan dan laki-laki berusia 15-24 tahun yang mengidentifikasi dengan benar cara pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual. Pada 2017, persentase orang yang hidup dengan HIV dan TBC yang dirawat untuk kedua penyakit ini adalah 5,4%, naik dari 1,6% pada 2015.

Epidemik HIV/AIDS di Asia

Penyebaran HIV/AIDS di Asia bermula agak lambat berbanding dengan wilayah lain di seluruh dunia. Kasus pertama HIV di Asia dilaporkan pada tahun 1984 dan 1985 (Ruxrungtham, Brown & Phanuphak, 2004), namun penyebarannya kurang diberi perhatian sampai penyebaran mendadak berlaku di Thailand, India, dan kawasan *golden triangle* yaitu pertemuan antara Myanmar, China dan Thailand di awal era 1990an (Fan et al., 2004; Naraian, 2004; Nepal, 2007). Sehingga kini seramai 4.7 juta penduduk di Asia

hidup dengan HIV (UNAIDS, 2009). Meskipun prevalensi HIV di Asia seperti di Asia Selatan dan Tenggara (0.6%), Asia Timur (0.1%) adalah lebih rendah berbanding Sub-Sahara Afrika (6.1%), namun Asia didapati mempunyai jumlah kasus HIV yang disebabkan oleh IDU yang tertinggi di dunia (MAC & Burnet Institut, 2004). Prevalens HIV di Asia dapat dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu kategori pertama merupakan negara di mana prevalensi HIV adalah tinggi dan telah mencapai 1% seperti di Cambodia, Thailand dan beberapa kawasan di India (Ruxrungtham et al., 2004). Negara India menyumbang sekitar setengah dari tersebar luasnya HIV di Asia (UNAIDS, 2009). Pola kedua adalah negara-negara dalam transmisi di mana epidemik HIV berkembang dalam tempoh masa lima tahun seperti di China, Indonesia, Nepal dan Vietnam. Pola ketiga pula melibatkan negara-negara yang mempunyai prevalensi yang sangat rendah seperti di Laos, Bangladesh dan South Korea (Ruxrungtham et al., 2004). Secara global, banyak negara-negara di dunia termasuk Malaysia yang mengalami masalah HIV/AIDS dan ia merupakan penyebab keempat kematian dunia serta penyebab pertama kematian di Afrika (Neimeyer, Stewart & Anderson, 2005). Oleh sebab itu, isu ini perlu perhatian yang tinggi kerana HIV/AIDS boleh merebak tanpa pandang umur, jenis kelamin, pangkat, jabatan dan etnik melalui tiga cara yaitu darah, seks dan kelahiran.

HIV/AIDS dan Narkotika

Laporan pertama HIV/AIDS yang berkaitan dengan IDU telah dilaporkan di Amerika Serikat pada tanggal 5 Juni 1982 dalam buletin *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* [Centre for Disease Control and Prevention (CDC), 2001] dengan jumlah kasus sebanyak 13% pada saat itu. Sehingga saat ini, pemindahan HIV di kalangan IDU berlaku dengan cepat yaitu sekitar 40% hingga 90% dalam kalangan komunitas IDU sendiri seperti mana yang berlaku di New York, Milan, Edinburgh, Bangkok, Santos, Odessa, Ho Chi Minh City, Yunnan, China dan India (Deany, 2000). IDU merupakan kelompok

90-90 berarti bahwa 81% dari semua orang yang hidup dengan HIV sedang dalam pengobatan dan 73% dari semua orang yang hidup dengan HIV ditekan secara viral. Tahun 2018 di Indonesia, 51% orang yang hidup dengan HIV mengetahui status mereka, dan 17% orang yang hidup dengan HIV menjalani pengobatan. Dari semua orang dewasa berusia 15 tahun dan lebih yang hidup dengan HIV, hanya 17% yang menggunakan pengobatan, sementara 22% anak-anak berusia 0-14 tahun yang hidup dengan HIV menggunakan pengobatan. Lima belas persen wanita hamil yang hidup dengan HIV mengakses obat antiretroviral untuk mencegah penularan virus ke bayi mereka. Diagnosis bayi dini persentase bayi yang terpajan HIV yang dites HIV sebelum delapan minggu adalah 1% pada 2018.

Dari 620.000 orang dewasa yang hidup dengan HIV, 220.000 (35,48%) adalah perempuan. Infeksi HIV baru di kalangan wanita muda berusia 15-24 tahun adalah lebih dari setengah di antara pria muda: 9600 infeksi baru di antara wanita muda, dibandingkan dengan 14.000 di antara pria muda. Pengobatan HIV adalah sama antara perempuan dan laki-laki, dengan 17% perempuan dewasa dan laki-laki dewasa hidup dengan HIV pada pengobatan. Hanya 11,37% perempuan dan laki-laki berusia 15-24 tahun yang mengidentifikasi dengan benar cara pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual. Pada 2017, persentase orang yang hidup dengan HIV dan TBC yang dirawat untuk kedua penyakit ini adalah 5,4%, naik dari 1,6% pada 2015.

Epidemik HIV/AIDS di Asia

Penyebaran HIV/AIDS di Asia bermula agak lambat berbanding dengan wilayah lain di seluruh dunia. Kasus pertama HIV di Asia dilaporkan pada tahun 1984 dan 1985 (Ruxrungtham, Brown & Phanuphak, 2004), namun penyebarannya kurang diberi perhatian sampai penyebaran mendadak berlaku di Thailand, India, dan kawasan *golden triangle* yaitu pertemuan antara Myanmar, China dan Thailand di awal era 1990an (Fan et al., 2004; Naraian, 2004; Nepal, 2007). Sehingga kini seramai 4.7 juta penduduk di Asia

hidup dengan HIV (UNAIDS, 2009). Meskipun prevalensi HIV di Asia seperti di Asia Selatan dan Tenggara (0.6%), Asia Timur (0.1%) adalah lebih rendah berbanding Sub-Sahara Afrika (6.1%), namun Asia didapati mempunyai jumlah kasus HIV yang disebabkan oleh IDU yang tertinggi di dunia (MAC & Burnet Institut, 2004). Prevalens HIV di Asia dapat dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu kategori pertama merupakan negara di mana prevalensi HIV adalah tinggi dan telah mencapai 1% seperti di Cambodia, Thailand dan beberapa kawasan di India (Ruxrungtham et al., 2004). Negara India menyumbang sekitar setengah dari tersebar luasnya HIV di Asia (UNAIDS, 2009). Pola kedua adalah negara-negara dalam transmisi di mana epidemik HIV berkembang dalam tempoh masa lima tahun seperti di China, Indonesia, Nepal dan Vietnam. Pola ketiga pula melibatkan negara-negara yang mempunyai prevalensi yang sangat rendah seperti di Laos, Bangladesh dan South Korea (Ruxrungtham et al., 2004). Secara global, banyak negara-negara di dunia termasuk Malaysia yang mengalami masalah HIV/AIDS dan ia merupakan penyebab keempat kematian dunia serta penyebab pertama kematian di Afrika (Neimeyer, Stewart & Anderson, 2005). Oleh sebab itu, isu iniperlu perhatian yang tinggi kerana HIV/AIDS boleh merebak tanpa pandang umur, jenis kelamin, pangkat, jabatan dan etnik melalui tiga cara yaitu darah, seks dan kelahiran.

HIV/AIDS dan Narkotika

Laporan pertama HIV/AIDS yang berkaitan dengan IDU telah dilaporkan di Amerika Serikat pada tanggal 5 Juni 1982 dalam buletin *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* [Centre for Disease Control and Prevention(CDC), 2001] dengan jumlah kasus sebanyak 13% pada saat itu. Sehingga saat ini, pemindahan HIV di kalangan IDU berlaku dengan cepat yaitu sekitar 40% hingga 90% dalam kalangan komunitas IDU sendiri seperti mana yang berlaku di New York, Milan, Edinburgh, Bangkok, Santos, Odessa, Ho Chi Minh City, Yunnan, China dan India (Deany, 2000). IDU merupakan kelompok

fokus utama yang perlu diberi perhatian dalam penyebaran HIV/AIDS (International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies, 2003; UNODC et al., 2004). Penelitian yang dijalankan sekitar tahun 1988 sehingga tahun 1993 di United Kingdom menemukan bahwa tingkah laku IDU perlu diubah untuk mengurangkan penyebaran HIV/AIDS agar tidak terus berleluasa (Stimson, 1995). Tingkah laku menyuntik yang tidak aman melalui perkongsian jarum suntik dan *paraphernalia* telah dikenalpasti sebagai penyumbang terbesar kepada *booming* HIV/AIDS di luar Amerika Utara dan Eropah Barat sejak tahun 1980an (Hien, Giang, Binh & Wolffers, 2000). Oleh sebab itu kajian-kajian HIV yang berkaitan dengan IDU mula aktif dilaksanakan selepas tahun 1981 (Des Jarlais & Friedman, 1998).

Di Asia pula, fenomena ini muncul pada hujung tahun 1990an, yaitu di negara seperti Thailand, Myanmar, India, Nepal, Malaysia dan China (Hien et al., 2000). Di kebanyakan negara, tingkah laku menyuntik yang tidak aman terutama berkongsi jarum suntik bukan saja merupakan faktor secara langsung penyebaran HIV, tetapi juga mengarahkan terjadinya transmisi di kalangan heteroseksual yaitu melalui pasangan seksual mereka (Hien et al., 2000). Tingkah laku menyuntik telah didokumentasikan sebagai tingkah laku yang paling berisiko di kalangan IDU untuk menyebarkan HIV/AIDS di Asia (Crofts, 1997; Deany, 2000; Hunt, 2003; International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies, 2003; UNODC et al., 2004). Pada umumnya, jenis narkotika yang digunakan untuk disuntik ialah heroin, amphetamine, kokain dan juga napza-napza lain termasuk tranquilliser dan pharmaceuticals (Deany, 2000). Bagaimanapun, tren di Asia Tenggara menunjukkan napza yang paling sering digunakan oleh penyalahguna narkotika apabila menyuntik ialah heroin (Crofts, 1997; Deany, 2000; Habil & Mohd, 2003; Othman & Yusoff, 2009). Kajian oleh Fuecht et al., (1993) dan Setiawan, Patten, Triadi, Yulianto, Adyana dan Arif (1999) menemukan bahwa 65% sampai 97% dari penyalahguna napza telah menggunakan heroin dan memakainya dengan suntikan.

Daftar Pustaka

- Crofts, N. (1997). Drug use in Asia: Patterns, impact on HIV transmitted through injection and sexually, directions for enhanced surveillance and monitoring of prevention programs. *International Journal of Drug Policy*, 9(3), 195-202.
- Cynthia Cannon Poindexter. *Handbook of HIV and social work : principles, practice, and populations*. New Jersey: Wiley and Sons
- Deany, P. (2000). *HIV and injecting drug user: A new challenge to sustainable human development*. Diakses daripada UNDP HIV and Development Programme: <http://www.undp.org/hiv/publications/deany.htm>.
- Des Jarlais, D. C., & Friedman, S. R. (1998). Fifteen years of research on preventing HIV infection among injecting drug users: What we have learned, what we have not learned, what we have done, what we have not done. *Public Health Reports*, 113(1), 182-190.
- Fan, H., Conner, R. F. & Villarreal, L. P. (2004). *AIDS: Science and Society* (4th ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Hien, N. T., Giang, L. T., Binh, P. N. & Wolffers, I. (2000). The social context of HIV risk behaviour by drug injectors in Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS Care*, 12(4), 483-495.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2003). *Spreading the light of science: Guidelines on harm reduction related to injecting drug use*. Geneva:penulis.
- Johanson, P. (2007). *HIV and AIDS. Coping in a changing world*. New York: Rosen Publication.
- Kull, R.M. (2010). *HIVhistory, illness, transmission, and treatment*. Hoboken, New Jersey. John Wiley & Sons, Inc
- Majlis AIDS Malaysia. (2007). *2006 Annual Report*. Diakses daripada <http://www.mac.org.my/attachment/report2006.pdf>

|| HIV/AIDS dan Pengurangan Resiko dari Perspektif Pekerjaan Sosial

- Majlis AIDS Malaysia. (2009, Disember 30). Statistik Malaysia. Diakses daripada http://www.mac.org.my/statistics_m.htm
- Naraian, J. P. (2004). *Aids in Asia: The challenge ahead*. New Delhi, India: SAGE Publications.
- Neimeyer, R.A., Stewart, A., E., & Anderson, J.R.. (2005). *AIDS related death anxiety: a research review and clinical recommendations*. In, Gendelman, H.E., Grant, I., Everall, I.P., Lipton, S.A., Swindells, S., *The neurology of AIDS* (2nd ed, ms.785). New York: Chapman & Hall.
- Nepal, B. (2007). AIDS denial in Asia: Dimensions and roots. *Health Policy*, 84, (2-3), 133-141.
- Othman & Yusoff, M.B. (2009, April). *Behavior Changes Among IDU and Their Current Environment After NSEP*. Kertas kerja yang dibentangkan di Harm Reduction 20th International Conference, International Harm Reduction, Bangkok, Thailand.
- Ruxrungtham, K., Brown, T. & Phanuphak, P. (2004). HIV/AIDS in Asia. *Lancet*, 3-9 (364), 69-82.
- Setiawan, Patten, J., Triadi, A., Yulianto, S., Adnyana, T. & Arif, M. (1999). Report on injecting drug use in Bali (Denpasar and Kuta): Results of an interview survey. *International Journal of Drug Policy*, 10, 109-116.
- Stimson, G. V. (1995). AIDS and injecting drug use in the United Kingdom 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science & Medicine*, 41(5), 699-716.
- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2008). *2008 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva: Penulis.
- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2009). *UNAIDS annual report 2008 towards universal access*. Diakses daripada http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1736_2008_annual_report_en.pdf

- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/indonesia>
- Umeh, D.C. (1997). *Confronting the AIDS epidemic: Cross-cultural perspectives on HIV/AIDS education*. Trenton, New Jersey: Africa World Press.
- The United Nations Children's Fund. (2009). *AIDS in Malaysia*. Diakses daripada //http:www.unicef.org/Malaysia/aids.html.
- United Nations General Assembly Special Seating. (2008). *Country progress report 2008 – Malaysia reporting period: January 2006 – December 2007*. Kuala Lumpur: Penulis.
- United Nations General Assembly Special Seating. (2010). *Country progress report 2009 – Malaysia Reporting period: January 2008 – December 2009*. Kuala Lumpur: Penulis.
- World Health Organization. (2004). *Evidence for Action: Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva: WHO
- World Bank. (1997). *In Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic*. Washington, D.C: Oxford University Press.
- World Drug Report.(2004). *Injecting Drug Use And HIV/AIDS*. Diakses daripada UNODP http://www.unodc.org/pdf/WDR_2004/Chap1_injecting_drugs.pdf

Wanita dan Risiko HIV/AIDS

Ellya Susilowati, PhD

Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung

Pendahuluan

Wanita merupakan kumpulan yang mudah dijangkiti oleh wabak HIV/AIDS. Salah satu punca yang menyebabkan wanita di seluruh dunia dijangkiti oleh wabak HIV/AIDS adalah melalui hubungan seks secara heteroseksual (Aditya, 2005; Baba, 1995, 2002, 2005, 2010; CDC, 2008; UNAIDS, 2006; Zastrow, 2000). Wanita yang menjalinkan hubungan seks dengan lelaki yang telah dijangkiti oleh virus HIV adalah 14 kali lebih tinggi untuk dijangkiti oleh virus HIV berbanding dengan lelaki yang melakukan hubungan seks dengan wanita yang telah dijangkiti oleh virus HIV (Zastrow, 2000). Salah satu kumpulan wanita ini adalah yang mempunyai pasangan suami yang berisiko terjangkit HIV/AIDS yaitu mereka menyuntik dadah.

Kajian mengenai penggunaan dadah dan keganasan mendapati bahawa kaum wanita biasanya terdedah kepada jangkitan HIV melalui keganasan dan kuasa dalam hubungan yang rendah dengan pasangan mereka dalam isu-isu seperti penggunaan ubat-ubatan bagi mengurangkan risiko dalam hubungan seksual dimana isu-isu tersebut memberi impak ke atas kemampuan mereka untuk berunding (Gaskins, 1999; Shannon, 2008). Walaupun terdapat banyak kajian

mengenai keganasan dalam kalangan wanita yang menggunakan dadah dalam hubungan seks dengan pasangan intim mereka, pemahaman kontekstual tentang bagaimana keganasan dan hubungan kuasa mendatangkan risiko HIV di antara golongan wanita sewaktu mereka bekerja sebagai pekerja seks adalah terhad (Maher, 1997; Nencel, 2001). Kajian telah menunjukkan bahawa jangkitan HIV dapat menyebar dengan cepat bagi pengguna dadah suntik, kemudiannya kepada suami seks serta anak-anak mereka. Sebahagian besar jangkitan ini berasal daripada penggunaan jarum suntik yang telah tercemar hasil daripada penggunaannya secara berkongsi. Berikut akan dijelaskan tentang risiko HIV/AIDS kepada wanita terutama kepada mereka yang mempunyai pasangan yang menyuntik dadah.

Risiko HIV/AIDS Kepada Wanita

Hasil beberapa kajian mendapati bahawa wanita memiliki pengalaman yang berbeza daripada lelaki dalam menghadapi HIV/AIDS. Hal ini demikian kerana wujudnya perbezaan dari segi fizikal, kejiwaan dan sosial antara perempuan dengan lelaki. Dari segi biologikal dan fisiologikal juga, wanita didapati sekurang-kurangnya dua kali lebih mudah untuk dijangkiti virus HIV berbanding dengan lelaki (Aditya, 2005; Carney, 2003; CDC 2008; Wandita, 1997). Setiap wanita juga memiliki pengalaman hidup yang berbeza antara satu sama lain, dimana kecenderungan untuk menjangkiti virus HIV bergantung kepada kombinasi faktor biologi dan ketaksamaan jantina (Ciambrone, 2003; WHO, 2009).

Jangkitan HIV/AIDS ke atas lelaki memberi impak kepada aspek-aspek biopsikososial, stigma, diskriminasi dan mempengaruhi peranan sosial wanita samada dalam keluarga mahupun masyarakat (CDC, 2004; Rodney et al., 2010). Dalam sebuah kajian, Ciambrone (2003) mendapati bahawa impak HIV/AIDS terhadap wanita lebih menyamai penyakit dari segi kejiwaan dan ianya mempunyai kaitan dengan jantina. Hasil beberapa kajian yang lain pula mendapati bahawa sebahagian besar golongan wanita tidak sedar sebelum ini

akan risiko atau impak jangkitan HIV daripada suami yang mampu mempengaruhi kehidupan mereka samada dari segi keadaan fizikal, kesihatan, kejiwaan dan peranan-peranan mereka dalam keluarga.

Risiko Biologikal/Fizikal. Risiko jangkitan virus HIV dari segi biologikal mempunyai kaitan dengan keadaan kesihatan wanita. Setelah dijangkiti HIV, kumpulan wanita cenderung mengadu mengenai beberapa simptom penyakit yang mereka rasai. Nicholas (2004) mendapati bahawa simptom yang dialami oleh wanita yang dijangkiti HIV berbeza dengan yang dialami oleh lelaki. Golongan wanita antara lain lebih cenderung sakit kepala, cepat lelah, memiliki keluhan pada bahagian perut dan pinggul, penurunan berat badan, perubahan dalam komposisi lemak tubuh disebabkan oleh penggunaan ART, ruam kulit, mulut kering dan gangguan dalam sistem reproduktif wanita seperti jangkitan kulat pada bahagian vagina secara berulang (Poindexter, 2010; Myer & Akugizibe, 2009; Nicholas, 2004).

Kesihatan reproduksi dan hak reproduksi. UNAID (2006) telah mengemukakan laporan bahawa jangkitan HIV menjejaskan tahap kesihatan seksual seseorang wanita melalui beberapa cara yaitu dari segi penurunan keinginan melakukan hubungan seks; perasaan bersalah atau malu; hubungan seksual yang negatif; benci kepada pasangan seksual; gangguan kesihatan mental yang dapat mengganggu kefungsian seksual; meningkatkan kecenderungan terhadap keganasan seksual dan 'Infeksi Menular Seksual' (IMS); dan ketidaksuburan.

Wanita yang dijangkiti HIV juga lebih terdedah untuk dijangkit jangkitan saluran kelamin dan memiliki kelaziman yang lebih tinggi untuk dijangkiti kanser pangkal rahim. Mereka juga mempunyai risiko untuk mendapat penyakit-penyakit yang berkaitan dengan sistem reproduktif seperti Penyakit Menular Seksual (PMS), dan kewujudan lendir pada bahagian faraj yang di sebabkan oleh jangkitan HIV selepas terlibat dalam amalan pelbagai perilaku yang berisiko (Nasronudin, 2007).

Penyakit Memular Seksual (PMS) merupakan peramal bebas yang kuat bagi jangkitan HIV, terutamanya apabila ianya melibatkan luka

kelamin. Perkara ini dapat dilihat dari kajian ke atas 25 juta kes herpes kelamin di Amerika Syarikat (Aral & Wasserheit 1995; Nasronudin, 2007). Beberapa kajian lain juga mendapati bahawa risiko HIV adalah antara tiga hingga lima kali lebih tinggi untuk kes PMS bagi wanita berbanding dengan lelaki (Aral & Wasserheit, 1995). Permasalahan kesihatan pada sistem reproduktif telah mempengaruhi hak reproduktif wanita iaitu: (1) hak untuk membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap jumlah masa rehat dan masa untuk mempunyai anak serta hak ke atas maklumat yang berkaitan dengan hal tersebut; (2) hak untuk mendapatkan kehidupan seksual dan kesihatan sistem reproduktif yang terbaik; (3) hak untuk mendapatkan perkhidmatan dan maklumat agar hal tersebut wujud; dan (4) hak untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan reproduksi yang bebas daripada diskriminasi, pemaksaan dan kekerasan, juga harus dijamin (Hanifah & Kumala, 2005).

Hak reproduksi termasuk akses untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan reproduksi adalah penting. Namun begitu, ianya masih menjadi masalah kerana ramai wanita yang tidak mengetahui dan tidak dapat mengakses perkhidmatan kesihatan, termasuk para wanita yang dijangkiti dengan HIV/AIDS (Wijaksana, 2005). Komponen yang termasuk dalam perkhidmat kesihatan reproduksi antaranya ialah; (1) kaunseling mengenai isu seksualiti, kehamilan, alat kontraseptif, pengguguran, ketidaksuburan, jangkitan dan penyakit; (2) pendidikan seks dan jantina; (3) kaunseling mengenai pencegahan, pemeriksaan dan perubatan jangkitan saluran reproduksi, penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS dan masalah materniti yang lain; (4) pemberian maklumat yang benar sehingga secara sukarela memilih alat kontraseptif yang ada; (5) pencegahan dan perubatan bagi masalah ketidaksuburan; (6) perkhidmatan pengguguran janin yang selamat; (7) perkhidmatan kesihatan, kehamilan dan persalinan oleh tenaga perkhidmatan kesihatan, perkhidmatan pasca kelahiran; serta (8) perkhidmatan kesihatan untuk bayi dan anak-anak. Melalui akses kepada perkhidmatan kesihatan

reproduksi yang menyeluruh, golongan wanita akan dapat memiliki kehidupan seks yang sehat dan bebas daripada penyakit seperti HIV/AIDS, keganasan, ketidakmampuan, ketakutan, kesakitan, atau kematian yang disebabkan oleh masalah reproduksi dan seks. Selain itu, mereka juga dapat merancang kehamilan supaya ianya selamat dan efektif serta sesuai dengan keinginan diri, dapat menghentikan kehamilan yang tidak diinginkan, dan menjaga kehamilan dengan baik sehingga masa persalinan. Hal tersebut juga dapat mendorong untuk membesarkan anak-anak mereka dengan sehat sepertimana mereka menginginkan kesihatan yang baik bagi diri mereka sendiri.

Risiko menghadapi kehamilan. Wanita yang telah dijangkiti HIV/AIDS juga memiliki risiko kesihatan ketika mereka hamil (*pregnancy*). Mereka harus melakukan pencegahan terhadap jangkitan HIV/AIDS kepada bayi ketika mereka hamil dan juga ketika menyusu. Salah satu usaha pencegahan yang boleh dilakukan ialah mengikuti program pencegahan HIV/AIDS kepada bayi/anak. Beberapa contoh program untuk mencegah jangkitan HIV daripada ibu kepada bayi adalah dengan menggunakan empat kaedah atau strategi yang berikut; (1) strategi pertama, mencegah dari berlakunya jangkitan HIV kepada perempuan dalam usia reproduktif; (2) tahap kedua adalah mencegah kehamilan yang tidak dirancang oleh ibu berstatus HIV positif; (3) tahap ketiga adalah pencegahan jangkitan HIV daripada ibu hamil yang mempunyai HIV positif kepada bayi yang dikandungnya; dan (4) tahap keempat, iaitu memberi sokongan kejiwaan, sosial dan rawatan kepada ibu berstatus HIV positif dan bayi serta keluarga mereka (Departemen Kesihatan Republik Indonesia, 2007).

Kaunseling dan ujian antibodi HIV menjadi salah satu piawaian yang perlu diikuti di klinik kesihatan ibu dan anak dan program khidmat "perancangan keluarga" bagi setiap perkhidmatan kesihatan di Indonesia. Pelaksanaan kaunseling dan ujian HIV untuk pencegahan jangkitan HIV daripada ibu kepada bayi di Indonesia mengikuti Pedoman Nasional Kaunseling dan ujian HIV. Sukarela. Ujian HIV dilakukan keatas semua ibu hamil (*routine HIV testing*) di

seluruh hospital rujukan ODHA yang telah ditetapkan oleh kerajaan. Ibu hamil diberikan perkhidmatan kaunseling dan diberi kesempatan untuk membuat keputusan samada mereka ingin menjalani ujian HIV atau tidak (Departemen Kesihatan Republik Indonesia, 2007).

Di kawasan yang mempunyai kekerapan kejadian kes HIV yang tinggi tetapi tidak mempunyai perkhidmatan pencegahan jangkitan HIV dari ibu kepada bayi, beberapa kriteria akan digunakan untuk menentukan faktor-faktor risiko bagi ibu yang hamil seperti; menghadapi penyakit seksual yang menular, suami seks yang pelbagai dan pengguna dadah. Perkhidmatan ujian HIV dipromosikan dan dimungkinkan bagi lelaki dan wanita yang merancang untuk mempunyai bayi. Dalam setiap tahap perkhidmatan kesihatan pemberian khidmat kaunseling dan ujian HIV secara percuma dalam pakej perkhidmatan kesihatan ibu dan anak dan khidmat program "perancangan keluarga" harus mempunyai tenaga petugas yang mampu memberi kaunseling sebelum dan selepas ujian antibodi HIV.

Dalam perkhidmatan kesihatan ibu dan anak serta khidmat program "perancangan keluarga" yang memberi khidmat kaunseling dan ujian HIV sukarela, kaunseling ujian pasca (*post-test counseling*) dapat memberi bimbingan kepada wanita yang didapati berstatus HIV negatif untuk mengekalkan status kesihatan sebagai HIV negatif sepanjang kehamilan, penyusuan, dan seterusnya. Pada setiap tahap perkhidmatan kesihatan tersebut aspek kerahsiaan ibu hamil sewaktu mengikuti proses kaunseling sebelum dan selepas ujian HIV harus terjamin. Bagi program pencegahan jangkitan HIV daripada ibu kepada bayi, Kerajaan Indonesia memberi bantuan kewangan untuk kaunseling dan ujian HIV bagi ibu hamil pada setiap tahap khidmat kesihatan.

Melahirkan anak dengan selamat. Ibu hamil yang berstatus HIV positif perlu mendapatkan khidmat kaunseling untuk menentukan keputusan mereka samada untuk menjalankan persalinan secara operasi *seksio sesarea* (bedah sesar) ataupun melahirkan anak dengan kaedah yang normal. Keputusan untuk melahirkan anak, samada secara

pembedahan (cesar) ataupun persalinan normal, harus memberi perhatian kepada keadaan fizikal wanita hamil yang mempunyai HIV positif. Tindakan menolong persalinan ibu hamil yang berstatus HIV positif, samada secara pembedahan mahupun persalinan normal, akan mengikut piawaian kewaspadaan antarabangsa yang biasanya digunakan dalam kelahiran bagi ibu hamil yang mempunyai HIV negatif. Melalui program pencegahan jangkitan HIV daripada ibu kepada bayi, kerajaan Indonesia memberi bantuan perkhidmatan persalinan percuma kepada ibu hamil yang mempunyai HIV positif.

Pemberian makanan bayi. Ibu hamil yang berstatus HIV positif perlu mendapatkan perkhidmatan kaunseling yang diperlukan bagi menentukan kesesuaian untuk menggunakan samada susu formula ataupun Air Susu Ibu (ASI). Untuk mengurangkan risiko jangkitan HIV melalui pemberian ASI, ibu yang berstatus HIV positif boleh memberi susu formula kepada bayinya (Departemen Kesihatan Republik Indonesia, 2007).

Strategi pencegahan. Antara strategi pencegahan jangkitan daripada ibu kepada anak adalah dengan mengurangkan jumlah ibu hamil yang mempunyai virus HIV melalui penggunaan kontrasepsi; penurunan kadar 'viral load' melalui terapi ART; kehidupan yang sihat, penggunaan kondom; mengurangkan peluang janin atau bayi daripada terkena cairan badan ibu melalui kelahiran sesar atau meminimalkan pembedahan dan pengganti ASI, serta mengoptimalkan kesihatan bayi dengan ibu berstatus HIV melalui pemberian ART dan pemantauan bayi yang berisiko.

Impak Terapi Antiretroviral (ART). ART meninggalkan kesan yang berbeza kepada lelaki dan wanita, dimana kesan sampingan terhadap wanita adalah lebih berbanding dengan lelaki. Beberapa wanita telah melaporkan kedatangan haid yang lebih berat dan lebih sakit dari biasa selepas mendapatkan rawatan perubatan yang baru. Sebaliknya, kedatangan haid juga dapat berhenti sama sekali bila menggunakan ubat ART (Gunung et al, 2002). Antara kesan sampingan yang sering wujud hasil daripada penggunaan ART adalah rasa kembung, mual,

diarea atau cirit-birit buat sementara waktu ataupun tetap. Kesan sampingan yang lain adalah rasa lelah dan sakit kepala yang disebabkan oleh AZT dan mimpi buruk akibat 'Efavirenz'. Beberapa kesan sampingan lain yang jarang berlaku tetapi serius adalah anemia disebabkan oleh AZT, neuropati perifer akibat D4T, toksisiti retinoid disebabkan oleh PI dan reaksi hipersensitiviti akibat penggunaan ART tersebut (Nurs & Kurniawati, 2007).

Antiretroviral terapi (ART) memiliki fungsi sebagai pencegah jangkitan HIV daripada ibu kepada anaknya (Brinkhof & Boule, Weige, 2009; Kalichman, 1998; WHO, 2006). WHO telah mencadangkan bahawa wanita yang sedang hamil perlu memberi keutamaan dan dengan segera mengambil keputusan untuk menggunakan ART. Sturt, Dokubo & Sint (2010) telah menyimpulkan dalam kajian mereka mengenai jangkitan HIV daripada ibu kepada anak bahawa ART adalah cara yang selamat dan efektif untuk memberi penekanan virologi ke atas ibu, mengurangkan kematian bayi, dan mengurangkan jangkitan HIV. Setakat ini regimen rawatan ART yang dicadangkan oleh WHO adalah kombinasi daripada tiga ubat ART iaitu kombinasi zidovudin (ZDV), lamivudin (3TC), dan nevirapin (NVP). Kombinasi ubat antiretroviral barisan pertama yang umumnya digunakan di Indonesia adalah kombinasi zidovudin (ZDV), lamivudin (3TC), dengan nevirapin (NVP).

Risiko Psikososial. Wanita yang hidup dengan HIV/AIDS biasanya akan mengalami perubahan dalam menjalani kehidupan seharian samada dari aspek taraf kesihatan cenderung menurun dan kesukaran dalam menjalinkan hubungan seks dengan suami disebabkan oleh permasalahan seks yang tidak selamat. Ketakutan akan adanya *rejection* atau penolakan dan stigma, menghadapi kematian dan permasalahan kewangan untuk menjalani hidup mereka (Baba, 1995, 2002, 2004, 2006, 2010; Baba & Yusuf, 2010; Ciambrone, 2003) juga merupakan antara perubahan yang wanita-wanita tersebut akan alami.

Perubahan dalam kehidupan wanita setelah dijangkiti HIV/AIDS juga berkait rapat dengan risiko psikososial yang bermula dengan perasaan cemas, keraguan, stress, depresi, *hopelessness*; dan putus asa (Ciambrone, 2003; Nasronudin, 2007; Naqiyah, 2004; Simoni & Ng, 2000). Tekanan persekitaran sosial akan membuatkan wanita kehilangan penghargaan terhadap dirinya. Tambahan lagi, jangkitan HIV yang sangat pantas menyebabkan wanita mengalami kebimbangan dan keterkejutan yang tinggi.

Permasalahan kejiwaan akan dirasai sejak mula mengetahui akan jangkitan HIV/AIDS. Situasi ini menyumbang kepada berlakunya reaksi penolakan sehingga mereka berasa murung dan perasaan ini mungkin akan berlanjutan selama beberapa bulan. Keadaan sebegini berpotensi untuk menyebabkan jangkitan HIV menular sehingga menjadi penyakit AIDS. Dengan adanya hubungan antara sistem saraf pusat dengan sistem imun, pengaruh psikososial semestinya akan mempengaruhi jangkitan HIV untuk menjadi penyakit AIDS (Nasronudin, 2007).

Antara tekanan psikososial dalam diri orang yang dijangkiti HIV diantaranya ialah, pertama, perasaan cemas. Hal ini terjadi kerana mereka tidak pasti akan penyakit yang dialami, keadaan diri serta dan cara perubatannya. Perasaan cemas juga boleh terjadi ketika wujud gejala-gejala penyakit baru yang mula dirasai, merasa cemas dengan prognosis dan juga dengan ancaman kematian. Dapatan kajian Ciambrone (2003) mendapati bahawa wanita dengan HIV/AIDS mengalami kebimbangan yang berkaitan dengan kematian, nasib anak-anak mereka, penolakan (*rejection*) dan stigma yang akan bakal diterima samada daripada ahli keluarga ataupun dari pemberi perkhidmatan kesihatan dan sosial.

Kedua, kemurungan. Kemurungan ini ditunjukkan melalui perasaan sedih, tidak perkasa, merasa rendah diri, merasa bersalah, merasa tidak berharga, putus asa, berkeinginan untuk bunuh diri, menarik diri, sukar tidur, hilang nafsu makan; merasa terisisih dan merasa diketepikan oleh ahli keluarga dan masyarakat serta ketiadaan

sokongan sosial. Keadaan kemurungan juga dapat ditunjukkan melalui sifat marah ke atas diri sendiri dan orang lain dengan menunjukkan sikap bermusuhan terhadap pemberi rawatan, menolak untuk bekerjasama dengan pemberi rawatan, merasa takut apabila orang lain mengetahui penyakit yang diderita, dan merasa malu dengan adanya stigma sebagai penderita HIV, menolak dari mengadakan hubungan seksual dan terhadap penggunaan ubat-ubat yang dilarang (Baba, 1995, 2002, 2004, 2006, 2010; Baba & Yusuf, 2010; Nasronudin, 2007).

Jenkins dan Coons (1996) mendapati skor kemurungan kumpulan yang dijangkiti HIV/AIDS adalah lebih tinggi berbanding dengan populasi sakit kronik yang lain (misalnya, pesakit kanser). Hal ini kerana penderita AIDS mempunyai tahap morbiditi yang lebih tinggi, tekanan emosi yang lebih besar dan daya penanganan yang tidak mencukupi disebabkan oleh ketiadaan rawatan, kewujudan penolakan, serta sokongan sosial yang tidak mencukupi.

Stigma dan Diskriminasi. Salah satu impak sosial HIV/AIDS adalah berkaitan dengan stigma dan diskriminasi. Stigma di definisikan sebagai tanda aib, noda, atau cop buruk/ pandangan negatif terhadap seseorang atau kumpulan berdasarkan prasangka dan kecurigaan yang bermula daripada ketidaktahuan yang melahirkan diskriminasi. Selanjutnya, Pardasani, Moreno, Forge (2010) mengemukakan stigma yang dialami seseorang dengan HIV/AIDS sebagai ketakutan, kecemasan, rasa malu, pencabutan hak, permusuhan, pengetepian, dan ancaman bagi kelangsungan hidup. Stigma dapat dipengaruhi oleh pengalaman sosial budaya dan norma-norma yang mempengaruhi pengungkapan diri, perlindungan diri, tingkahlaku *coping* dan penerimaan daripada seseorang (Baba, 1995, 2002, 2004, 2006, 2010; Baba & Yusuf, 2010; Poindexter, 2010).

Stigma dialami seseorang wanita pasangan IDUs bukan hanya kerana status HIV tetapi juga disebabkan oleh isu-isu yang berkaitan dengan penerimaan wanita pasangan IDUs terhadap peranan yang harus dimainkan seperti sebagai isteri pengguna dadah suntik atau sebagai pengguna dadah atau sebagai pekerja seks. Ianya juga berkait

dengan keperluan untuk menyesuaikan diri untuk mendapatkan keselamatan dan sokongan (Baba, 1995, 2002, 2004, 2006, 2010; Cree, Kay, Tisdall & Wallace, 2004; Poindexter, 2010)

UNAID (2008) telah mengemukakan bahawa epidemik HIV juga merupakan epidemik stigma. Stigma terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA) berkait dengan penyakitnya iaitu: (1) HIV/AIDS sebagai penyakit yang membawa kematian, tiada penawar, penuh dengan penderitaan dan mengerikan; (2) cara jangkitan penyakitnya melalui aktiviti hubungan seks, penggunaan dadah suntik, dan melalui perhubungan homoseksual. Stigma pada ODHA mempunyai impak kepada penderita HIV, keluarga, kawan, perawat atau doktor.

Ciambrone (2003) melalui kajiannya telah mengemukakan bahawa wanita yang telah lama hidup dengan HIV/AIDS juga memiliki pengalaman yang lama terhadap stigma, atau telah belajar tentang penolakan terhadap persekitaran sosial, atau mereka memiliki respons yang biasa terhadap penolakan (*rejection*). Oleh itu, wanita yang sebelum dijangkiti HIV/AIDS memiliki kawan yang ramai akan cenderung menarik diri dari perhubungan dan pergaulan mereka, kerana takut ditolak dan akan stigma selepas dijangkiti HIV/AIDS. Pengalaman wanita yang mempunyai HIV/AIDS menyebabkan mereka merasa takut untuk menerima perilaku stigma dan diskriminasi daripada orang-orang dipersekitaran mereka sehingga mereka cenderung untuk menjauhkan diri daripada keluarga, rakan sekolah dan rakan dari tempat kerja mereka. Stigma ini akan mewujudkan satu masyarakat yang membataskan antara mereka yang normal dan tidak normal, antara "kita" dan "mereka". Stigma muncul apabila elemen-elemen memberi label, stereotaip, pemisahan, status kehilangan dan diskriminasi wujud bersama dalam suatu situasi hubungan kekuasaan yang mereka benarkan.

Pandemik HIV/AIDS telah mewujudkan pelbagai reaksi seperti perasaan simpati, tidak memberi rawatan, menolak, takut, marah dan keganasan daripada individu, komuniti, dan juga ahli masyarakat sesebuah negara. Parker dan Aggleton (2003) dan Baba (1995, 2002,

2004, 2006, 2010) berpendapat bahawa stigma mesti dipandang sebagai sebuah proses sosial kerana orang merasa takut terhadap penyakit dan ingin memelihara kawalan sosial dengan membezakan siapa yang dipandang "normal" dan "tidak normal". Stigma dan diskriminasi sedemikian mampu menghasilkan kepincangan sosial.

Stigma berganda. Stigma wanita pasangan pengguna dadah suntik. Stigma, selain terhadap orang dengan HIV/AIDS juga diberi kepada pengguna dadah suntik. Masyarakat seringkali memberi stigma kepada mereka sebagai pesalah laku aktiviti jenayah dan berkelakuan antisosial. Wanita pasangan pengguna dadah suntik yang telah dijangkiti HIV/AIDS akan memiliki dua stigma iaitu sebagai pasangan pengguna dadah suntik dan sebagai orang dengan HIV/AIDS (Poindexter, 2010; Susilowati 2012).

Diskriminasi. Salah satu hak wanita adalah hak untuk tidak di diskriminasi. Akibat diskriminasi dan stigma negatif biasanya orang dengan HIV/AIDS akan kehilangan pekerjaan, tempat tinggal, menghadapi pelbagai cemuhan dan perlakuan yang tidak berperikemanusiaan akibat ketakutan yang tidak masuk akal daripada masyarakat yang kurang faham tentang HIV/AIDS. Namun begitu, bagi wanita yang mempunyai HIV/AIDS, diskriminasi dan stigma negatif ini lebih dirasai (Arifin, 2005).

Erben (1990) mengemukakan bahawa wanita masih dipandang sebagai 'reservoir' jangkitan yang menjadikan wanita sebagai penghidap HIV yang berpotensi sehingga mendatangkan ancaman kepada suami dan bayi mereka. Pandangan ini seolah menafikan kenyataan bahawa wanita sebenarnya lebih banyak dijangkiti HIV melalui hubungan seks dengan lelaki yang berstatus HIV positif.

Bentuk diskriminasi lain yang dialami oleh mereka yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) diantaranya adalah keterasingan secara fizikal dan sosial daripada keluarga ibu-bapa, kawan, dan komuniti dalam bentuk cemuhan, gosip, nama panggilan yang tidak menyenangkan, kehilangan hak, diabaikan dalam pembuatan keputusan, disekat dari mengakses sumber kekuatan dan sumber-sumber kehidupan yang

lain. ODHA kemudian menyimpan pengalaman-pengalaman tersebut dalam diri yang boleh menyebabkan mereka rasa bersalah, malu, dan rendah diri. Akhirnya, mereka akan mengasingkan diri sendiri sehingga mengalami kehilangan harapan. Mereka yang berhubungan erat dengan ODHA, terutamanya anggota keluarga, ibu bapa, kawan dan orang-orang yang merawatnya juga menghadapi stigma yang sama. Stigma terhadap orang yang rapat dengan ODHA ini biasanya disebut stigma sekunder (*secondary stigma*) (Wijaksana, 2005)

Stigma dan diskriminasi juga telah menyebabkan penamatan hubungan sosial kemasyarakatan, hubungan saudara dan juga penolakan dari penyedia perkhidmatan sosial dan kesihatan. Diskriminasi dalam masyarakat seperti inilah yang membuatkan golongan yang mempunyai HIV/AIDS (ODHA) takut untuk mendedahkan status mereka kepada orang ramai (Baba, 1995, 2002, 2004, 2006, 2010; Campbell, 1999).

Diskriminasi telah secara automatik menurunkan kepercayaan diri ODHA untuk mengubah tingkahlaku dan kembali menjalani kehidupan. Sebuah kajian kualitatif tentang pengalaman ODHA yang sedang sakit di China mendapati bahawa walaupun pengetahuan ODHA tentang HIV/AIDS sudah cukup tinggi, namun begitu, persepsi dan respon mereka terhadap penyakit ini dipengaruhi oleh pengalaman berinteraksi dengan pihak lain seperti keluarga, kawan, dan tenaga kerja penjagaan kesihatan. Konflik antara pengetahuan tentang HIV/AIDS yang mereka miliki pada dari segi, dan reaksi mereka dalam kehidupan seharian dari segi yang lain telah menyiratkan bahawa pendidikan HIV/AIDS seharusnya tidak terhad kepada peningkatan pengetahuan semata-mata, tetapi juga harus memperhatikan aspek peribadi (interpersonal) dan hubungan diskriminasi dengan usaha-usaha untuk melawan hal-hal seperti itu (Zhou, 2007).

Perspektif Kerja Sosial Ke atas Wanita HIV/AIDS

Wanita yang berisiko atau telah dijangkiti HIV/AIDS memiliki permasalahan dan keperluan yang berkaitan dengan aspek kesihatan

dan psikososial sehingga mereka juga memerlukan akses untuk rawatan/khidmat kesihatan dan sosial, perlindungan sosial serta pemerksaan wanita. Untuk itu bantuan pertolongan profesional diantaranya diperlukan dari profesion kerja sosial (Heffernan, 1997; Kalichman, 1998; Kamy, 2010; Poindexter, 2010; Zastrow, 2000). Berikut adalah bpenanganan HIV/AIDS bagi wanita:

Pendekatan pencegahan dan rawatan HIV. Mason dalam pembahasan *Women and HIV in The US: from invisible to self determined* telah mengemukakan kepentingan pendekatan pencegahan dan rawatan HIV bagi wanita. Hal ini perlu dilakukan kerana berdasarkan kajian yang dijalankan, faktor-faktor sosial, ekonomi dan budaya mempengaruhi wanita berisiko atau yang hidup dengan HIV (Poindexter, 2010). Wanita memilikikeperluan dalam menghadapi HIV/AIDS. Namun begitu, seringkali, keperluan tersebut tidak dipenuhi disebabkan oleh faktor gender dan stigma. Mereka kurang memiliki akses dan kualiti untuk perkhidmatan kesihatan dan sosial kerana wujudnya jurang jantina dan stigma.

Kelompok Sokongan Wanita

Penggunaan kekuatan hubungan wanita dapat membangunkan sistem sokongan dalam memudahkan tingkahlaku yang sihat. Jika keluarga dan rakan-rakan sebagai sistem sokongan mengalami gangguan disebabkan oleh stigma, adalah penting untuk memikirkan cara bagaimana dan dengan siapa kumpulan wanita ini akan berhubung kembali. Jika sistem sokongan mereka rosak dan tidak dapat diperbaiki lagi, maka kumpulan wanita ini memerlukan jaringan yang baru. Membentuk kelompok sokongan wanita sebagai kelompok psikopendidikan terbukti efektif dalam pencegahan dan rawatan HIV (Poindexter, 2010).

Jaringan sokongan wanita dengan HIV pada kebanyakan masa terdiri daripada wanita-wanita yang lain, khususnya ibu, saudara atau teman baik. Para wanita ini dapat menjadi pengasuh informal

ketika wanita dengan HIV sakit dan ketika anak-anak mereka memerlukan rawatan.

Pemeriksaan Wanita

Permasalahan wanita dengan HIV/AIDS tidak hanya berkait dengan permasalahan stigma dan status ketidaksamaan wanita dalam pendekatan penanganan HIV. Namun begitu, pembangunan dan promosi kemahiran-kemahiran yang diperlukan oleh wanita-wanita ini adalah penting supaya mereka dapat mengeluarkan pendapat mereka mengenai penjagaan diri mereka sendiri. Bused & Stevens berpendapat bahawa stigma, kejahilan dan ketakutan orang lain mengenai HIV dapat dielakkan dengan memberi maklumat yang benar mengenai HIV ini. Hal ini dapat dijalankan dengan meningkatkan kemahiran sehingga wanita yang dijangkiti HIV dapat memberi sokongan kepada orang lain. Seterusnya, rancangan untuk advokasi dan pernyataan keperluan wanita untuk menangani masalah sendiri sehingga mereka dapat merawat anak-anak mereka juga dapat dijalankan. Adalah juga penting untuk menyokong kepentingan rawatan diri wanita dan mengakui bahawa mereka adalah sama penting dengan orang-orang lain dalam rawatan mereka (Mason, 2010).

Adalah penting untuk mengetahui bahawa wanita dapat mengawal dalam pencegahan HIV, seperti menggunakan kondom wanita atau gel mikrobisida (belum tersedia) atau menggunakan kondom sebelum melakukan hubungan seks untuk mengelak daripada dijangkiti HIV. Untuk berbuat demikian, pekerja sosial harus bekerja dengan kedua-dua lelaki dan wanita untuk mengenali serta mewujudkan hubungan dimana kedua-dua mereka dapat menjadi suami dan boleh berunding mengenai praktis seks yang selamat.

Strategi pencegahan HIV yang berasaskan hubungan antara pasangan heteroseksual boleh dilaksanakan secara efektif dan dengan terhad. Oleh kerana, secara amnya wanita mempunyai jangka hayat yang lebih tinggi berbanding dengan lelaki, kemahiran untuk bekerja dan peningkatan keyakinan diri perlulah dipromosikan supaya mereka

tidak bergantung sepenuhnya kepada pasangan lelaki, khususnya dari segi kewangan untuk meneruskan kehidupan. Antara usaha yang diambil untuk memerkasa wanita yang memberi manfaat kepada mereka yang berada dalam sistem perkhidmatan dan jaringan rasmi adalah dengan menawarkan latihan dan perbincangan secara berterusan untuk para profesional yang memberi perkhidmatan kepada wanita dengan mempertimbangkan masyarakat dan organisasi tradisional untuk menyokong kumpulan wanita ini.

Berdasarkan pendekatan 'strength' atau kekuatan, wanita asalnya memiliki kekuatan kerohanian atau keyakinan dalam agama. Wanita dengan HIV melalui pelbagai pengalaman yang menguji keyakinan diri mereka, di antaranya perasaan ditolak dan tersisih daripada fahaman agama membantu mereka memperbaharui iman dan menemukan kekuatan baru bagi mereka. Golongan wanita ini yang berfungsi sebagai 'role model' yang kuat, sehingga terdapat wanita dengan HIV yang memainkan peranan sebagai pendidik, pemudahcara kelompok, pendidik kesihatan, dan aktivis masyarakat (Mason, 2010).

Peningkatan kesihatan seksual wanita.

Dalam usaha untuk meningkatkan tahap kesihatan seksual wanita, UNAIDS (2006) telah mencadangkan strategi-strategi pencegahan penularan virus HIV yang dirancang khas untuk orang yang mempunyai HIV yang sering mengalami halangan untuk menjalankan atau mengekalkan kefungsi seks yang lebih selamat. Antara usaha yang dapat diambil adalah; (1) kaunseling yang berkaitan dengan isu-pendedahan terhadap jangkitan HIV kepada pasangan seksual; (2) membantu mengenalpasti dan mengatasi halangan untuk tingkahlaku seks yang lebih selamat; (3) penggunaan kondom secara konsisten (wanita dan lelaki) dan kaunseling mengenai cara penggunaan yang betul dan konsisten; (4) mempromosikan akses untuk pemeriksaan IMS dan pengurusan kes; dan (5) pendidikan mengenai potensi jangkitan HIV ketika menerima rawatan ART.

Ramai wanita yang hidup dengan HIV/AIDS mempunyai kesukaran untuk menjalinkan hubungan seks yang lebih selamat disebabkan oleh isu-isu ketaksamaan gender yang berkait rapat dengan ketidakseimbangan kuasa, keganasan rumahtangga dan ancaman untuk ditinggalkan oleh suami atau suami mereka (UNAID, 2006). Bagi wanita yang mengalami keganasan, pemberi perkhidmatan kesihatan harus menyediakan perkhidmatan; (1) kaunseling, sokongan dan tindak lanjut; (2) rawatan untuk kecederaan fizikal; dan (3) perubatan untuk masalah kesihatan seksual dan reproduksi, termasuk ujian kehamilan, profilaksis dan perubatan IMS, serta rujukan kepada penyedia perkhidmatan yang diperlukan seperti lembaga kesejahteraan sosial serta bantuan dari segi undang-undang dan tempat yang selamat bagi golongan wanita ini.

Kontrasepsi dan perlindungan yang lebih selamat. Wanita yang hidup dengan HIV/AIDS harus dibantu dalam memilih kaedah kontrasepsi yang paling sesuai dengan situasi dan keperluan mereka, termasuk tahap penyakit, situasi perubatan, gaya hidup dan keinginan peribadi. Setiap wanita harus dapat menafsir dengan tepat akan risiko dan manfaat setiap jenis kontrasepsi sehingga mereka dapat membuat pilihan akhir tentang kaedah kontrasepsi yang akan di gunakan.

Untuk menentukan pilihan kaedah kontrasepsi, mereka memerlukan maklumat mengenai: (1) kaedah relatif yang efektif; (2) mod tindakan; (3) kaedah penggunaan yang betul; (4) risiko dan manfaat; (5) kesan sampingan; (6) isu pembiayaan dan keselesaan; (7) kesan kepada jangkitan dan IMS, termasuk HIV, dan (8) interaksi ubat yang berpotensi untuk mempengaruhi kontrasepsi hormonal.

WHO telah membuat kriteria kelayakan kontrasepsi perubatan bagi wanita dengan jangkitan HIV dan wanita dengan AIDS supaya mereka dapat menggunakan kaedah kontrasepsi dengan selamat dan efektif. Namun begitu, pencegahan transmisi jangkitan HIV dan IMS adalah penting sama seperti pencegah kehamilan, dan ianya perlu dipertimbangkan untuk disertakan dalam program kaunseling "perancangan keluarga". Penggunaan kondom merupakan satu-

satunya kaedah kontrasepsi yang dapat melindungi seseorang daripada jangkitan HIV dan IMS lain.

Keluarga yang merancang harus mendorong dan memudahcarakan wanita yang hidup dengan HIV/AIDS untuk menggunakan kontrasepsi secara konsisten dan betul. Ianya akan memberikan perlindungan yang berganda. Perlindungan yang berganda merujuk kepada perlindungan yang menyeluruh terhadap kehamilan yang tidak dirancang, IMS serta jangkitan HIV. Hal ini dapat dicapai dengan penggunaan kondom bersendirian atau dengan menggunakan kondom bersama dengan yang lain. Ianya dapat meningkatkan keberkesanan kaedah kontrasepsi, termasuk kontraseptif kecemasan. Perlindungan sedemikian juga dapat diwujudkan sebagai alternatif kepada penetrasi seks.

Kaunseling dan sokongan untuk perlindungan pelbagai harus dipromosikan melalui kempen yang dijalankan oleh agensi-agensi perkhidmatan kesihatan seksual dan reproduksi, perkhidmatan untuk rawatan HIV, serta pengubatan dan sokongan. Perlindungan yang lebih selamat adalah penting bagi wanita yang hidup dengan HIV/AIDS untuk melindungi diri mereka terhadap kehamilan yang tidak diinginkan; untuk mencegah IMS yang lain, dan juga untuk mencegah jangkitan berulang dengan jenis HIV yang lain (UNAID, 2006).

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, B, J. (2005). Kerentanan perempuan terhadap HIV/AIDS. *Jurnal Perempuan*. No. 43 September 2005.
- Alleyne, B., & Gaston, G. (2010). Gender disparity and HIV risk among young black women in college. *Affilia Journal of Women and Social Work*. 25 (2), 135- 145.
- Aral, S.O., & Wesserheit, J.N. (1995). Interactions among HIV, other sexually transmitted diseases, socioeconomic status, and poverty in women. In A. O'Leary & L.S. Jemmott (Eds), *Women at risk: Issues in the primary prevention of AIDS*, 13-42.
- Arifin, N. (2005). Membuka mata masyarakat: menghapus diskriminasi dan stigma perempuan dengan HIV/AIDS. *Jurnal Perempuan*. No. 43. 7 - 21
- Azman, A. (2010). An overview: nurturing care in HIV/AIDS response in Malaysia. In *HIV/AIDS: Prevention, Treatment and Care: The Way Forward*. Azman, A; Baba, I; Sulaiman, J. & Paramaswari, J. (Editors). Universiti Sains Malaysia: AIDS Action Research Group.
- Baba, I (1995). *Social work students' readiness to work with persons with HIV/AIDS and their families in Malaysia, Singapore and Thailand*. UMI Number: 9533814. U.M.I Dissertation Services: Ann Arbor, USA.
- Baba, I (2002). Psychological aspects of HIV/AIDS prevention: a look at community AIDS service Penang. In *HIV/AIDS: The Realities, The Challenges*. Edited by Haliza Mohd Riji & Kerry Joseph Pataki-Schweizer. Ministry of Health Malaysia.
- Baba, I. (2004). Pendidikan HIV/AIDS: sebagai pendekatan alternatif dalam menangani HIV/AIDS. *ISM Minda*, Dis 04/ Vol. 01. Institut Sosial Malaysia, Kementerian Pembangunan Perempuan, Keluarga & Masyarakat, Malaysia.

- Baba, I. (2005). HIV/AIDS: cabaran dan kesan kepada masyarakat malaysia. In Omar, Rozial & Pandian, Sipamurugan (Eds). *Malaysia isu-isu sosial semasa*. Malaysia: Unit penerbitan ISM kementerian pembangunan, wanita, keluarga dan masyarakat.
- Baba, I. (2006). Caring for people living with HIV/AIDS and their families in Malaysia. In *Challenge of Social Care in Asia*. Edited by Vasoo and Tan Ngoh Tiong. Eastern Universiti Press.
- Baba, I. (2010). Building partnership in HIV/AIDS prevention, care and support sustenancein Malaysia. In *HIV/AIDS:Prevention, Treatment and Care:The Way Forward*. Azman, A; Baba, I; Sulaiman, J. & Paramaswari, J. (Editors). AIDS Action Research Group: Universiti Sains Malaysia.
- Baba, I. & Yusuf, A. (2010). Institutional response and the people living with HIV/AIDS in Nigeria: The Gap in Sustainable Prevention, Mitigation, Care and Support. In *European Journal of Social Sciences*, 17, (3)
- Barbara, D.L., Yu-Li, H., Kathleen, S.C., Kennedy, A., Spencer, B., & Asford, D. (2009). African american adolecent females: mother-involved HIV risk-reduction intervention. *Journal Of HIV/AIDS & Social Servive*. 8, 219 – 237.
- Brems, C., Mark, E. J., Teddy, D.W. & Roberts, L.W. (2012). Health care providers' reports of perceived stigma associated with HIV and AIDS in rural and urban communities. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 10 (7), 29-54.
- Brinkhoft, MWG & Boule, A., Weigel, R, Marthers, C. (2009). Mortality of HIV - infected patient starting antireroviral therapy in sub Sahara Africa : comparison with HIV-unrelated mortality, *Plos Med*, 6 (4): 1371
- Brown, S & Lewis, V, M. (1999). *The alcoholic family in recovery: a developmental model*. New York: Guilford Press.
- Cambell, C. (2002). *Women, families, and HIV/AIDS: asociological perspective on the epidemic in America*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Campbell, C., Foulis, C., Maimane, S., & Sibiya, Z. (2005). The impact of social environments on the effectiveness of youth HIV prevention. *AIDS Care*, 17(4), 471- 476.
- Catherine, K.M. (2009). Beyond routine HIV testing: beliefs, perceptions, and experiences of low income women of color. *Journal Of HIV/AIDS & Social Service*,(9), 219 – 237.
- Carney, J,S. (2003). Understanding the implications of HIV disease in women. *The Family Journal* ,(11), 84-88.
- Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Mother to child (perinatal) HIV transmission and prevention*, Retrived 18 July 2011 from <http://www.cdc.gov/hiv>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008). *HIV/AIDS among women*. Retrived 25 June 2012 from <http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/resources/factsheets/pdf/women.pdf>.
- Cree, V.E., Kay, H., Tisdall, K & Wallace, J (2004). Stigma and parental HIV. *Qualitatitative sosial work*, 3(1), 7-25.
- Chu, T. X.,& Levy. A.J. (2005). Injection drug use and HIV/AIDS transmission in China . *Cell Research*,15, 865–869.
- Ciambrone, D. (2003). *Women's experiences with HIV/AIDS mending fractured selves*. London: The Harworth Press.
- Clark, Shelley, Judith, Bruce, & Annie, Dude. (2006). Protecting young women from HIV/AIDS: the case against child and adolescent marriage. *Journal International Family Planning Perspectives*. 32 (2), 79-88.
- Cournoyer, B.R. (2003). *The social work skills workbook*, Belmont: Thomson Brooks/Cole.
- Dane. B.,O. (2002). The Voices of Thai women living with HIV/AIDS. *International social work* (45), 185-204
- Erben,R. (1990). The special threat to women. *World Health*, 13, 7-9.

- Gaskins, S.(1999). Issues for women with heterosexually transmitted HIV disease. *AIDS patient care*. 13(2), 89-96.
- Gender Mainstreaming in HIV/AIDS (2002). Taking a multisectoral approach. *Journal New Gender Mainstreaming series on Gender Issues*. Commonwealth Sekretariat.
- Glasier, A. (2001). Sexual and reproductive health: a matter.A Alboulafia C, Themme A. *The context of women's health: results from the Demographic and Health Surveys*.
- Granich, R. & Jonathan, M. (2003). *Ancaman HIV dan kesehatan masyarakat*. Yogyakarta: Insist Press.
- Gunung, I.K., Sumantera, I.G.M., Sawitri, A. G.S., & Wirawan, N, D,. (2002). *Buku pegangan konselor HIV/AIDS*. Denpasar: Yayasan Kertipraja dan Yayasan Burnet Indonesia.
- Hackl, K.L., Somlai, A.M., Kelly, J.A. & Kalichman, S.C.(1997). Women living with HIV/AIDS: the dual challenge of being a patient and care giver. *Health and Social Work*. 22, 187-209
- Hanifah, L., & Kumala, D.S. (2005). Masalah kesehatan reproduksi perempuan, ketimpangan gender dan HIV/AIDS. *Jurnal Perempuan*. 43, 49-59
- Heffernan, J., & Shuttlesworth, G. (1997). *Social work and social welfare. an introduction*. Minneapolis: West Publishing Company.
- Helend, L., dalam Poindexter, Cannon, C. (2010). HIV- affected caregivers. *Handnook of and Social Work. Principles, Practice, and Population*. New Jersey: John Willey & Sons, Inc. Hoboken.
- Hong, R. & Chhea, V. (2009). Changes in HIV-related knowledge, behaviours, and sexual practices among Cambodian women from 2000-2005. *Journal of Women's Health*, 1281-1285.
- Jenkins, S.R. and Coons, H.L. (1996). Psychosocial stress and adaptation Processes for women coping with HIV/AIDS. In A, O'Leary and L.S Jemmott (Eds). *Women and AIDS: Coping and care*. 33 - 86

- Kalichman, S.C.(1998). *Preventing AIDS, asourcebook for behavioral interventions*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Kementrian Kesehatan RI.(2010). Laporan Ditjen Penyebaran Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan tentang Kes HIV/AIDS di Indonesia. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kull, M., dalam Poindexter, C.C. (2010). HIV history, illness, transmission, and treatment. *Handbook of and Social Work. Principles, Practice, and Population*. Hoboken, New Jersey: John Willey & Sons, Inc.
- Kumar(2008). A rapid situation and response assessment of the female regular seks partners of male drug users in South Asia: Factors associated with condom use during the last seksual intercourse. *International Journal of Drug Policy*. 19, 148-158.
- Liamputtong, P., Haritavorn, N., & Angsulee, N. K. (2009). HIV and AIDS, Stigma and AIDS support group: Perspectives from womwn living with HIV and AIDS in central Thailand. *Social Science & Medicine*, 30, 1-7.
- Li, Xiaoming ; Yan Hong and Dudley Poston (2011). Preventing HIV in women: a top priority in China's efforts in fighting AIDS. *AIDS Care*. 23 (1), 1- 4.
- Liu, C., Haihong Hu, Goparaju, L., Plankey, M., Bacchetti, P., Weber, K., Correa, G., Nowicki, M., Wilson, T.E. (2011). Sexual serosorting among women with or at risk of HIV infection. *Journal AIDS and Behavior*.;15(1), 9-15.
- Maher, Lisa. (1997). *Sexed work: gender, race, and resistance in a Brooklyn Drug Market*. Oxford: Oxford University Press
- Malcolm, A. (1998). HIV- related stigmatization and discrimination. Its forms and contexts. *JournalCritical public health*, 8 (4), 347-370.
- Mason, S., dalam Poindexter, C.C. (2010). Women and HIV in the U.S.: from inveseible to self-determined. *Handbook of and*

|| HIV/AIDS dan Pengurangan Resiko dari Perspektif Pekerjaan Sosial

- Social Work. Principles, Practice, and Population*. Hoboken, New Jersey: John Willey & Sons, Inc.
- Myer, L., & Akugizibe, P. (2009). Impact HIV treatment scale-up on women reproductive rights in southern Africa, *J. Acquired Immune Def. Synd.*, 52 (1):52-53.
- Nasronudin (2007). *HIV & AIDS: pendekatan biologi molekuler, klinis dan sosial*. Surabaya: Airlangga Universiti Press.
- Naqiyah, N (2004). Perempuan, dogma dan HIV/AIDS. Retrived 5 Januari 2010 from najlah.blogspot.com/2004.
- Nicholas, D,N,Sc. (2004). *Women and HIV: symptoms and quality of life in women*. Retrived 10 Februari 2011 from www.thebody.com/content/art2529.html
- Nencel, L., (2001). *Etnography and prostitution in Peru*. London :Pluto Press
- Nyamathi, A., Ravi Raj, W.F., & Kalyan, K.G. (2010). Perceptions of women living with AIDS in rural India related to the engagement of HIV-trained accredited social health activists for care and support. *Journal of HIV/AIDS, Social Services*. 9, 385-404.
- Nurs, Nursalam, M. & Kurniawati, Ninuk, D. (2007). *Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta. Salemba Medika.
- Panda, S.A. Chatterjee., Bhattacharya, B.M., Singh, P.N., Sakar, TN., Chakrabarti S., and Detels, R. (2000). Transmission of HIV from injecting drug users to their wives in India. *International Journal of STD & AIDS*. The Royal Society & Medicine Press, 11(7), 468 - 473.
- Pardasani, M., Moreno, C.L., & Robertson, F.N dalam Poindexter, C.C. (2010) Cultural competence and HIV. *Handbook of and Social Work. Principles, Practice, and Population*. Hoboken, New Jersey: John Willey & Sons, Inc.
- Parker, R, & Agleton, P. (2003). HIV and AIDS related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social science & Medicine*, 57, 13-24.

- Parker, R. (2001). Sexuality, culture, and power in HIV. *Research, Annual Review of Antropology*, 30, 163 – 179. .
- Patrice, K.N. (2005). *Women and HIV: symton and quality of life in women. center for women*, Winter 2004/2005. The Body, The Complete HIV/AIDS Resource.
- Poindexter, C.C. (2010). Underlying principles of helping in the HIV field. *Handbook of and Social Work. Principles, Practice, and Population*. Hoboken, New Jersey: John Willey & Sons, Inc.
- Philips, U., K., Rosenberg, M. G., Dobroszycki, J., Katz, M., Sansary, J., et al. (2011). Pregnancy in women with perinatally aquired HIV-infection: outcomes and challenges. *AIDS Care*, 23(9): 1076-1082.
- Premillad, D. (2003). Moments of truth: The experiences of wives in HIV/AIDS affected nuclear household in Mumbai. *Journal of Comparative Family Studies*, 34 (2), 255 – 282.
- Price, A. & Simmel, C.D. (2002). *Partners' influence on women's addiction and recovery: the connection between substance abuse, trauma, and intimate relationships*. Berkeley, CA: National Abandoned Infants Assistance Resource Center, University of California at Berkeley.
- Rodney, P., Ndjakani, Y., Ceesay, F.K., & Wilson, N. O. (2010). Adressing teh impact of HIV/AIDS on women and children in sub-Saharan Africa: Pefpar, the U.S Strategy. *Africa today* , 57 (1), pp 65-76.
- Shannon, K., Thomas, K., Shari, A., Jill, C., Jean Shoveller , Mark W. Tyndall (2008). Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Social Science & Medicine*. 66, 911- 921.
- UNAIDS (2006). *Report on global AIDS epidemic*. UNAIDS : Executive summary.
- UNAIDS (2008). *Report on global AIDS epidemic*. UNAIDS : Executive summary.

- UNAIDS (2009). HIV Transmission in intimate partner relationships in India. *Population Council*. Retrived 20 November 2011 from <http://www.unaids.org>.
- UNAIDS (2010) Aids Out of Isolation: Supporting the aternal and child health movement. *Unaid Outlook Report July 2010*. Retrived 2 July 2010 from <http://www.unaids.org>.
- UNDP Regional in Colombo (2008). *HIV vulnerabilities of migrant women: from Asia to the Arab States*. Colombo: United Nations Development Regional Centre in Colombo. Retrived 18 July 2009 from http://www2.undprcc.lk/resource_centre/pub_pdfs/P1105.pdf.
- Wandita, G. (1997). *Kerentanan perempuan dan pewabahan HIV/AIDS, dalam etika, hak asasi, dan pewabahan AIDS*. Editors : Yulius R. Siyaranamual. Jakarta: PT Penebar Swadaya
- WHO (2009). Executive summary, women and health. today's evidence tomorrow's. *Agenda, publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, 20 Avenue Appia*.
- Zastrow, C. (2000). *Social problems, issues and solutions*. Fifth Edition. Australia: Wadsworth.
- Zhou, Y.R. (2007). *Memahami konstruksi sosial HIV/AIDS di China*. Elsevier Ltd. *All Social Science and Medicine Journal*, 65. 284-295.
- Zhou, Y.R. (2008). *Endangered womanhood: women's experiences with HIV/AIDS in China*. *Qualitatif health research*, 18, 1115- 1126.

Pengetahuan dan Sikap Mahasiswa Terhadap HIV/AIDS

Adi Fahrudin, PhD
Universiti Muhammadiyah Jakarta

Pengenalan

Pada amnya pelajar-pelajar di Institusi Pengajian Tinggi berada pada fasa perkembangan iaitu masa remaja. Masa remaja merupakan masa transisi dari masa kanak-kanak ataupun remaja awal kepada remaja akhir. Pada masa transisi, remaja merupakan 'vulnerable group' yang mana mereka sangat mudah terdedah kepada gejala-gejala sosial tidak sihat seperti pelacuran, dadah, seks sebelum perkahwinan, dan HIV/AIDS (Feldman, 1996; Steinberg, 1993). Memandangkan seriusnya perkara ini terutama kerana membabitkan remaja maka pendidikan HIV/AIDS kepada pelajar Institusi Pendidikan Tinggi merupakan salah satu dari banyak cara untuk mengurangkan jangkitan HIV/AIDS di negara ini. Untuk dapat menjalankan pendidikan pencegahan HIV/AIDS maka diperlukan pemahaman yang baik di kalangan remaja mengenai tahap pengetahuan dan sikap terhadap HIV/AIDS. Oleh sebab itu, kajian berkenaan dengan pengetahuan dan sikap pelajar terhadap HIV/AIDS adalah amat diperlukan. Hal ini disebabkan oleh kerana pelajar merupakan potensi kepada pembangunan bangsa di masa depan. Kedua, kerana pelajar merupakan kelompok masyarakat

terdidik yang berpeluang menjadi 'role model' dalam pendidikan HIV/AIDS.

Pengetahuan dan Sikap Mahasiswa Terhadap HIV/AIDS

Stein (1993) dalam kajiannya menyatakan bahawa hampir separuh daripada 500.000 orang yang dijangkiti HIV/AIDS di Amerika Syarikat adalah berumur 25 tahun kebawah dan kebanyakan daripada mereka dijangkiti semasa remaja. Stein (1993) juga mengatakan bahawa ramai pelajar terbabit tidak memiliki pengetahuan yang memadai mengenai HIV/AIDS.

Baldwin dan Baldwin (1988) telah mengkaji tahap pengetahuan pelajar kolej tentang AIDS. Sebanyak 19 soalan telah dibentuk untuk mengukur pengetahuan pelajar tentang bagaimana HIV/AIDS boleh dipindahkan. Hasil kajian Baldwin dan Baldwin (1988) juga menunjukkan bahawa sekalipun pelajar mempunyai pengetahuan yang agak baik tetapi ini tidak semestinya mendorong mereka melakukan hubungan seks yang selamat. Pengetahuan sahaja tidak mencukupi untuk menghindarkan remaja daripada jangkitan secara penuh. Hasil kajian yang dilakukan oleh Jabatan Pendidikan Iowa (1989) yang dipetik oleh Lamport dan Andre (1993) menunjukkan bahawa sekalipun pelajar mempunyai pengetahuan yang tinggi tetapi mereka masih mengamalkan tingkah laku berisiko di mana 54% daripada mereka mempunyai hubungan seks yang aktif dan 66% daripada mereka tidak memakai sebarang pelindung dari dijangkiti HIV/AIDS.

Trezza (1994) dalam kajiannya ke atas 660 orang pelajar Ijazah Pertama dalam Bidang Psikologi dan 596 orang ahli psikologi dan kaunseling klinikal mendapati kedua-kedua kumpulan mempunyai pengetahuan yang sederhana (moderate) mengenai informasi dan pencegahan AIDS secara umum. Kajian tersebut juga mendapati sikap mereka sederhana positif (positive moderate) terhadap pesakit AIDS, dan homophobia merupakan prediktor utama sikap stigma mereka terhadap orang yang mempunyai HIV/AIDS.

Hasil kajian Sachdev (1998) ke atas pelajar-pelajar di University of Delhi, India, mendapati lebih separuh (55.5%) daripada pelajar yang dikaji mempunyai pengetahuan yang kurang iaitu kurang daripada 70% dari soalselidik yang dijawab dengan benar dan hanya 30.6% menjawab dengan tepat melebihi 80% yang dikategorikan mempunyai pengetahuan yang baik. Kajian Sachdev (1998) juga mendapati sikap terhadap HIV/AIDS secara amnya pelajar-pelajar mempunyai rasa belas kasih yang sederhana terhadap mangsa HIV/AIDS dimana 55.6% mempunyai sikap yang positif dan 44.6% bersikap negatif ataupun tidak pasti. Sachdev (1998) juga mendapati pelajar perempuan dan lebih berumur dalam kerja sosial dan kejururawatan mempunyai skor tinggi untuk jawapan yang benar. Pelajar-pelajar kerja sosial lebih bersikap positif terhadap orang yang dijangkiti HIV/AIDS berbanding pelajar kejururawatan dan kemanusiaan. Akhir sekali, Sachdev juga menemukan adanya korelasi positif yang signifikan antara pengetahuan dan sikap terhadap HIV/AIDS.

Kajian berkenaan dengan pengetahuan dan sikap remaja terhadap HIV/AIDS adalah amatlah penting. Ini terutama bagi memastikan remaja khususnya pelajar-pelajar di Institusi Pengajian Tinggi mempunyai pengetahuan yang memadai berkenaan dengan HIV/AIDS. Selain itu diharapkan pelajar institusi pengajian tinggi lebih bersikap terbuka dan toleran terhadap pesakit HIV/AIDS berbanding orang awam.

Selain itu kajian seumpama ini belum banyak dilakukan. Kajian yang telah ada seperti dilakukan oleh Ismail Baba (1995) yang mengkaji pengetahuan, sikap dan kesediaan bekerja dengan pesakit HIV/AIDS di kalangan pelajar kerja sosial di Malaysia, Singapura, dan Thailand. Kajian Samsudin A. Rahim dan Iran Herman (1997) pula masih terbatas kepada remaja terutama yang menyangkut media, nilai, personaliti, dan tingkah laku pelajar-pelajar di sekolah menengah. Oleh itu, hasil kajian boleh melengkap hasil-hasil kajian yang sedia ada dan menambahkan lagi wacana mengenai pendidikan HIV/AIDS khususnya di kalangan pelajar-pelajar Institusi Pengajian

Tinggi. Selain itu hasil kajian ini boleh dijadikan rujukan bagi menyusun rangka program pendidikan HIV/AIDS di kalangan remaja secara umumnya.

Hasil Kajian Terdahulu

Kajian yang pernah penulis lakukan di Universiti Malaysia Sabah pada tahun 2002 mengindikasikan bahawa purata pelajar program psikologi mempunyai pengetahuan sederhana mengenai HIV/AIDS. Kajian-kajian terhadap sampel pelajar universiti dalam program-program profesional di luar negara seperti di Amerika Utara dan India menunjukkan pengetahuan mereka lebih baik. Dari keseluruhan responden kajian ini hanya 17.5% pelajar yang menjawab dengan benar (80% atau lebih) daripada soalan-soalan. Manakala kajian serupa di India misalnya 16.9% pelajar menjawab dengan benar (80%). Hasil kajian ini menunjukkan pelajar-pelajar dalam kajian ini masih lebih baik berbanding dengan pelajar di India sebagaimana kajian yang dilakukan Sachdev 91998). Bagaimanapun jika dibandingkan dengan kajian serupa di Amerika Utara, pengetahuan pelajar dalam kajian ini masih jauh ketinggalan. Kajian di Amerika Utara menunjukkan 80% hingga 90% pelajar menjawab dengan betul (Barr et.al, 1992; Gray & Saracino, 1991; DiClemente, et.al, 1987; Gringer, et. al, 1993; Lanmann, et.al, 1994; Owens, 1995; Wexler, 1989; Wiener & Siegel, 1990).

Majoriti pelajar lemah pengetahuan mereka dalam masalah krusial seperti pencegahan HIV. Temuan kajian ini boleh mengambil ingatan bahawa pelajar institusi pengajian tinggi secara umumnya dan pelajar-pelajar dalam program psikologi khususnya harusnya mempunyai pengetahuan lebih baik tentang HIV/AIDS berbanding pelajar program lain dan orang awam. Jika pelajar-pelajar psikologi tidak mempunyai pengetahuan yang secukupnya dalam bidang yang berkaitan dengan peranan utama mereka sebagai profesion menolong dan dalam konteks pembangunan negara maka mereka akan berdepan dengan kesukaran memahami implikasi perkhidmatan jagaan kesihatan

dan pemahaman mengenai keperluan psikososial individu-individu yang terjangkit HIV/AIDS.

Terbatasnya pendidikan HIV/AIDS di kalangan pelajar institusi pengajian tinggi menyebabkan mereka kurang terdedah dengan maklumat mengenai HIV/AIDS. Padahal pelajar institusi pengajian tinggi terutama dalam bidang-bidang profesional khidmat manusia mempunyai potensi untuk terlibat dalam pendidikan pencegahan kepada masyarakat awam dan membantu memberikan khidmat sokongan terhadap individu-individu yang terjangkit HIV/AIDS. Pesakit AIDS secara umumnya menghadapi masalah psikososial seperti kemurungan, kedukaan, kehilangan status dan sokongan sosial, merasa distigmatisasi, dan pengisolasian yang ekstrim. Dengan kemahiran yang dimiliki pelajar-pelajar dalam program psikologi seperti advokasi klien, kaunseling, mobilisasi masyarakat, para ahli psikologi mempunyai kualifikasi yang unik seperti juga kerja sosial sebagai ahli dalam tim jagaan kesihatan dalam mengurangkan konsekuensi personal dan sosial daripada penyakit yang dialami klien.

Kajian ini juga mendapati cukup ramai pelajar-pelajar program psikologi yang masih moderat dalam lima item sikap terhadap HIV/AIDS. Contoh, pelajar psikologi kurang menyukai terlibat bersama dengan orang yang HIV/AIDS dalam satu sekolah, tidak mahu berinteraksi dengan orang HIV/AIDS. Hasil kajian ini terutamanya sikap mereka terhadap HIV/AIDS bercanggah dengan pembelajaran dan pengalaman mereka dalam kelas dan tutorial yang mengajarkan perlunya membangun hubungan positif dengan klien, terbuka, tidak menilai, dan hubungan yang mesra dengan klien tidak kira latarbelakang klien tersebut samada pesakit AIDS dan Gay.

Kajian ini juga menunjukkan hubungan pengetahuan yang akurat mengenai HIV/AIDS berkorelasi yang positif dengan sikap terhadap HIV/AIDS. Kajian ini sejalan dengan kajian-kajian lain yang dijalankan di luar negara seperti yang dilakukan oleh Gray dan Saracino, 1991; Riley dan Greene, 1993; Royse et.al., 1987; Silberman, 1991; Temoshok et.al., 1987; Wexler, 1989; Wiener dan Siegel, 1990).

Begitu pula berdasarkan analisis regresi berganda diperoleh satu variabel yang memberi pengaruh paling kuat ke atas sikap terhadap HIV/AIDS iaitu pengetahuan mengenai HIV/AIDS.

Rumusan penting kajian ini adalah hasil kajian memberi indikasi awal kepada kita tentang perlunya pelajar-pelajar psikologi memiliki pengetahuan yang lebih baik daripada purata amnya untuk mempengaruhi perubahan sikap mereka. Selain itu perluasan pengetahuan tidak dapat sepenuhnya menjelaskan sikap pelajar insititisi pengajian tinggi secara keseluruhan. Ini kerana mesej pendidikan tidak mudah dan akurasi mesej kerap tidak tepat dan ini boleh meneruskan keyakinan orang awam selama ini yang HIV boleh ditularkan melalui kontek biasa. Apa yang diperlukan dalam konteks ini ialah program pendidikan komprehensif yang tidak hanya terbatas kepada agihan bahan-bahan bacaan mudah seperti pamflet, brosur, dan risalah, tetapi juga pertunjukan filem dan video dan sesi-sesi perbincangan, seminar, simposium dengan pakar-pakar perubatan.

Kajian-kajian terdahulu seperti yang dilakukan oleh Barr, et.al, (1994), Becker dan Joseph (1988), Fineberg (1988), Wiese, et al. (1995) menunjukkan yang program pendidikan HIV/AIDS yang mendedahkan informasi HIV/AIDS secara berulang-ulang atau pendidikan secara berperiodik lebih efektif dalam perubahan sikap pelajar daripada program minimum yang sifatnya *one shot* sahaja (seperti ceramah umum, pemasangan ribon, dan agihan risalah). Ini menunjukkan yang kandungan (*content*) pendidikan harus menyangkut informasi faktual mengenai penyakit, risiko penularan, dan pendedahan pelajar kepada pesakit HIV secara langsung. Kontak langsung dengan pesakit AIDS akan memberi kesan yang sangat efektif kepada perubahan sikap pelajar yang memiliki tahap keintelektualan bagi peningkatan kesensitifan dan mengukuhkan pemahaman mereka dan empati terhadap pesakit (Bliwise et.al, 1991).

Harus diakui bahawa sikap dan prasangka adalah sukar untuk diubah. Young (1988) mencadangkan perlunya penggunaan latihan kepekaan (*sensitivity training*) yang mana peserta berpeluang untuk

menyatakan perasaan negatif mereka dan membuka kesempatan untuk berkongsi perasaan dalam persekitaran psikologikal yang selamat dimana kelompok latihan tersebut berada. Satu perkara yang harus disedari ialah dalam latihan pendidikan seperti ini tidak bermaksud memberikan informasi terkini mengenai penyakit melainkan menilai dan menyalurkan perasaan mereka mengenai klien dan kesan emosional daripada latihan tersebut. Dalam program pendidikan psikologi, latihan kepekaan seperti ini boleh dimasukkan dalam mana-mana kursus yang relevan seperti kemahiran asas kaunseling, kesihatan mental, kaunseling individu, kaunseling kelompok, psikologi kesihatan, dan lain-lain. Selain itu, pendidikan HIV/AIDS tidaklah mencukupi jika tidak mengkaitkannya dengan seksualiti manusia. Kita tak dapat membincangkan aspek medikal mengenai penularan HIV dan pencegahannya tanpa merujuk kepada anatomi seksual dan aspek seksual penularan HIV. Persoalan umum dalam kurikulum pendidikan psikologi di institusi pengajian tinggi tempatan adalah kekurangan kandungan kursus yang membincangkan seksualiti manusia dan kemahiran pertolongan kepada orang-orang yang mempunyai masalah khusus seperti pesakit HIV/AIDS ini.

Daftar Pustaka

- Agensi Dadah Kebangsaan. (1999). *Laporan dadah 1998*. Kuala Lumpur : Kementerian Dalam Negeri.
- Agensi Dadah Kebangsaan. (1991). *Laporan dadah 1998*. Kuala Lumpur : Kementerian Dalam Negeri.
- Barr, J. et al. (1992). Knowledge and attitude about AIDS among corporate and public services employees. *American Journal of Public Health*, 82(2): 255-228.
- Becker, M. H. & Joseph, J. G. (1988). AIDS and behaviors change to reduce risk: A Review. *American Journal of Public Health*, 78: 394-410.
- Bliwise, N., Grade, M., Irish, T., & Ficarroto, T. (1991). Measuring medical and nursing students' attitudes toward AIDS. *Health Psychology*, 10 (4): 289-295.
- Diclemente, R., Zorn, J. & Temoshok, L. (1987). The association of gender, ethnicity, and length of residence in the Bay Area of adolescents' knowledge and attitudes about Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*, (17), 216-230.
- Feldman, R. S (1996). *Understanding psychology (fourth edition)*. New York : McGraw-Hill Companies.
- Fineberg, H.(1988). Education to prevent AIDS: Prospect and obstacles. *Science*, 239: 592-596.
- Gray, L. & Saracino, M. (1991). AIDS on campus: A preliminary study of college students' knowledge and behavior. *Journal of Counseling and Development*, 68: 199-202.
- Gringer, W., Marks, S., Allen, W., & Armstrong, K. (1993). Knowledge, attitude and behavior related to condom use and stds in a high risk population. *Journal of Sex Research*, 30(1): 75-83.
- Kementerian Kesihatan Malaysia. (1991). *Laporan tahunan 1991*. Kuala Lumpur : Kementerian Kesihatan Malaysia.

- Laumann, E. et al. (1994). *The Social organization of sexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Owens, S. (1995). Attitudes toward and knowledge of AIDS among African American social work students. *Health and Social Work, 20* (2): 110-115.
- Riley, J., & Greene, R. (1993). Influence of education on self-perceived attitudes about HIV/AIDS among human services providers. *Social Work, 38*(4): 396-401.
- Rubin, A. & Babbie, E. (1997). *Research methods for social work (3rd Edition)*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Royse, D. & Birge, B. (1987). Homophobia and attitudes toward AIDS patients among medical, nursing, and paramedical students. *Psychological Report, 61*: 867-870.
- Stein, J. G. (1993). *AIDS Update*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Sachdev, P. (1998). AIDS/HIV and University Students in Delhi, India: Knowledge, beliefs, attitudes and behaviors. *Social Work in Health Care, 26*(4), 37-57.
- Samsudin A Rahim & Iran Herman (1997). *Remaja dan AIDS: Media, nilai, personaliti, dan tingkah laku*. Kuala Lumpur: Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Silberman, J. (1991). The AIDS epidemic: Professional and personal concerns of graduate social work students in field placement. *Social Work in Health Care, 15*(3): 77-100.
- Steinberg, L. (1993). *Adolescence (Third Edition)*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Stall, R. & McKusick, L. (1988). *AIDS Survey Instrument: Unpublished instruments*. San Francisco: University of California, Center for AIDS Prevention Studies.
- Temoshok, L., Sweet, D., & Zich, J. (1987). A three city comparison of the public's knowledge and attitudes about AIDS. *Psychological Health, 1*: 43-60.

- Wiener, L. & Siegel, K. (1990). Social workers' confort in providing services to AIDS patients. *Social Work*, 35: 18-25.
- Wiese, C., Turbiasz, A., & Whitney, D. (1995). Behavioral training and AIDS risk reduction: Overcoming barriers to condom use (50-58). In J. Edwards, et al. (eds.), *Social influence processes and prevention*, New York: Plenum Press.
- Wexler, S. (1989). Social welfare students and AIDS: A survey of knowledge, attitudes, and professional preparation. *Journal of Teaching in Social Work*, 3(1): 131-149.
- Young, E. (1988). Nurses' attitude toward homosexuality: Analysis of change in AIDS workshops. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 19 (1): 9-12.

Harm Reduction dan Program Needle Syringe Exchange

Norulhuda Sarnon, PhD
Universiti Kebangsaan Malaysia

Pengenalan

Pengurangan kemudaran atau lebih dikenali sebagai *Harm Reduction* dalam bahasa Inggeris merupakan paradigma baru dalam bidang dadah (Ritter & Cameron, 2005). Walau bagaimanapun, Mesquita et al., (2008) berpendapat bahawa pengurangan kemudaran sebenarnya adalah nama baru bagi konsep yang lama. Salah satu aktiviti pengurangan kemudaran yang tertua ialah di Great Britain, pada tahun 1926 apabila Sir Humphrey Rolleston, Presiden Royal College of Physicians mencadangkan penggunaan morfin atau heroin sebagai rawatan kepada pengguna dadah opiat. Keputusan ini merupakan titik permulaan bagaimana idea yang pragmatik dan kemanusiaan ini muncul dalam rawatan pemulihan dadah (Mesquita et al., 2008). Pada tahun 1984, kes Hepatitis B yang meningkat di Netherlands dan tekanan daripada Association of Drug Addicts (Junkies' Union), menyebabkan Unit Kesihatan di bandar Amsterdam melaksanakan NSEP. Apabila kes pertama jangkitan HIV daripada perkongsian jarum dikenalpasti pada tahun 1985, pendekatan pengurangan kemudaran turut dilaksanakan dan ia turut memperoleh kejayaan (Buning et al., 1986 dalam Mesquita et al., 2008). Pada tahun

1990 pula, Seminar antara bangsa pertama tentang pengurangan kemudaran telah diadakan di Liverpool. Negara seperti Australia, Switzerland, United Kingdom, Netherlands, dan Canada merupakan antara negara awal yang melaksanakan pendekatan ini. Mulai tahun 2000, fokus pengurangan kemudaran adalah kepada menyebarkan dasar dan Program Pengurangan Kemudaran di Asia, Latin Amerika, dan di Timur Eropah Tengah (Ritter & Cameron, 2005). Bahagian ini menerangkan dengan lebih mendalam tentang pengurangan kemudaran dan NSEP.

Falsafah dan Prinsip Pengurangan Kemudaran

Pengurangan kemudaran merujuk kepada dasar, program dan pengamalan yang bertujuan untuk mengurangkan kemudaran yang berkait rapat dengan penggunaan dadah yang psikoaktif oleh individu yang tidak mampu atau tidak ingin berhenti menggunakannya (IHRA, 2010). Ia merupakan usaha untuk mengurangi kesan buruk yang diakibatkan daripada penggunaan dadah secara suntikan (MAC & Burnet Institute, 2005). Ia merupakan langkah yang neutral dan amat bermoral kepada pengguna dadah dan berasaskan usaha pada tahap di mana mereka berada dengan mengambil kira maruah dan hak kemanusiaan pengguna dadah (Ritter & Cameron, 2005). Terdapat dua tonggak utama yang memandu pengurangan kemudaran iaitu yang pertama ialah pendekatan yang pragmatik tentang kesihatan awam dan yang kedua ialah pendekatan hak kemanusiaan. Kedua-duanya menekankan bahawa untuk mengubah manusia, memerlukan proses bekerjasama dengan rasa hormat pada hak dan maruah setiap individu (Stimson, 2007). Pengurangan kemudaran mempunyai falsafahnya yang tersendiri iaitu untuk menggalakkan pengambil dadah berusaha ke arah mengurangkan risiko bahaya dan kesihatan pada satu kadar yang dapat diterima oleh mereka (MAC & Burnet Institute, 2005; Marlatt, 1996). Ini dapat digambarkan melalui hierarki objektif yang didokumenkan oleh International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2003) iaitu;

- Libatkan diri dalam rawatan pembebasan dadah. Ia menawarkan perubatan secara jangka masa panjang seperti methadone yang lebih efektif.
- Jika tidak mahu memilih rawatan pembebasan dadah dan perlu mengambil dadah gunakan cara yang betul dan wajar selain daripada menyuntik.
- Jika perlu menyuntik, jangan sesekali berkongsi jarum suntikan dan peralatan lain yang digunakan untuk menyuntik.
- Jika perlu juga menggunakan jarum suntikan dan peralatan lain dengan berkongsi, maka ia perlu dibersihkan terlebih dahulu dengan menggunakan cara yang disyorkan oleh perubatan.
- Elakkan daripada seks tanpa perlindungan. Gunakan kondom selalu.

Pengurangan kemudaran juga mempunyai prinsip-prinsip tertentu yang menjadi asas kepada pelaksanaan intervensi. Berdasarkan artikel oleh Pauly (2008) dan British Columbia Ministry of Health (2005), terdapat enam prinsip pengurangan kemudaran. Pertama ialah prinsip pragmatisma yang mengakui bahawa setiap aktiviti dalam hidup mempunyai risiko tertentu. Pengurangan kemudaran menerima pandangan bahawa penggunaan dadah yang bukan bertujuan untuk perubatan iaitu dadah psikoaktif dan pengubahan mood adalah menghampiri fenomena budaya manusia yang universal. Seterusnya prinsip kedua iaitu hak kemanusiaan pula mengakui bahawa pengurangan kemudaran menghormati asas dan hak manusia yang menggunakan dadah. Ia menerima keputusan pengguna dadah sebagai fakta dan tidak ada penghukuman dilakukan sama ada untuk menidakkan atau menyokong penggunaan dadah. Bagi prinsip ketiga iaitu berfokus kepada kemudaran pula, ia melihat jumlah pengambilan dadah sebagai bukan tujuan utama, sebaliknya menekankan kemudaran yang diakibatkan oleh penggunaan dadah itu sendiri. Keutamaan adalah untuk mengurangkan kesan negatif kepada pengguna dadah dan orang lain berbanding usaha untuk mengurangkan pengambilan dadah. Justeru, pengurangan

kemudahan menekankan kepada perubahan tingkah laku dan pola pengguna dadah yang merupakan pelengkap kepada model bebas dadah. Melalui prinsip memaksimumkan pilihan intervensi sebagai prinsip keempat pula, pengurangan kemudahan mengenalpasti bahawa individu dengan masalah penagihan dadah mendapat manfaat daripada pendekatan yang pelbagai dan berbeza. Prinsip kelima iaitu keutamaan kepada matlamat segera pula menekankan bahawa pengurangan kemudahan adalah berlandaskan tahap hierarki yang boleh dicapai pada satu-satu masa iaitu boleh memandu kepada kehidupan pengguna dadah yang lebih sihat dan komuniti yang lebih selamat. Akhirnya prinsip penyertaan yang aktif menuntut bahawa penyertaan yang aktif daripada pengguna dadah adalah penting bagi pengurangan kemudahan. Pengguna dadah dilihat sebagai sumber terbaik memberi informasi tentang penggunaan dadahnya sendiri dan berkuasa untuk melibatkan diri dengan perkhidmatan yang ditawarkan dalam menentukan intervensi terbaik untuk dirinya. Pengurangan kemudahan mempercayai kemampuan pengguna dadah untuk memilih dan menggubah dirinya. Selain daripada itu, pengurangan kemudahan meniadakan stigma, pernyataan yang menghukum dan tidak bermoral termasuklah bahasa yang kesat seperti 'penagih dadah'.

Intervensi dalam Pengurangan Kemudahan

Terdapat beberapa intervensi dalam pengurangan kemudahan. Intervensi ini merupakan langkah praktis bagaimana pengurangan kemudahan dilaksanakan. Berdasarkan kenyataan oleh UNODC et al., (2004); International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute (2006) dan World Health Organization (WHO) (2004), pengkaji menyimpulkan bahawa terdapat beberapa intervensi major pengurangan kemudahan iaitu;

- a) Program Pertukaran Jarum dan Picagari (NSEP)

Program ini menyediakan IDU dengan peralatan menyuntik yang bersih dan mengeluarkan peralatan yang tercemar daripada lingkungan jaringan pengguna dadah.

Ini dapat mengurangkan risiko HIV dan Hepatitis B dan C daripada tersebar dalam kalangan IDU.

b) Terapi Gantian Methadone (MMT)

Ia merupakan kajian terbaik dan rawatan yang sangat efektif untuk pengguna dadah yang bergantung dengan dadah jenis opiat. Dengan menggunakan methadone atau buprenorphine, untuk mencegah sindrom tarikan dan mengurangkan ketagihan, rawatan gantian menggalakkan pengguna opiat memberhentikan amalan menyuntik, menstabilkan kehidupan dan melindungi kesihatan mereka.

c) Rawatan Antiretroviral

Rawatan ini adalah untuk IDU yang HIV positif bukan sahaja meningkatkan kesihatan untuk pesakit, individu, tetapi untuk meningkatkan kesediaan untuk ujian HIV dan keberkesanan pencegahan HIV/AIDS. Protokol WHO menetapkan bahawa setiap orang yang memerlukan ARV perlu menerimanya termasuk pengguna dadah.

d) Temu Seru Komuniti

Ia merupakan pendekatan berasaskan komuniti dan untuk meningkatkan kesihatan dan mengurangkan risiko penyakit untuk individu dan kumpulan yang sukar untuk ditemui melalui perkhidmatan yang sedia ada. Pekerja temu seru (*outreach worker*) perlu menemui IDU dalam komuniti tempatan, iaitu luar daripada setting perkhidmatan. Dalam masa yang sama, ia dapat membina hubungan dengan populasi sasaran dalam persekitaran semulajadinya. Ia juga menyediakan informasi tingkah laku tidak selamat dan mempromosikan tingkah laku selamat.

e) *Information Education And Communication* (IEC)

IEC menyediakan informasi yang sesuai untuk meningkatkan pengetahuan dan dijangka dapat mengubah tingkah laku pengguna dadah. Sumber IEC ialah kempen

media masa, jaringan hubungan pengguna dadah dan rakan sebaya, para profesional kesihatan dan pekerja temu seru. Informasi akan disebarkan dalam pelbagai cara seperti poster, makalah, video, radio dan televisyen.

f) Pendekatan Berasaskan Jaringan

Strategi ini cuba untuk membangunkan budaya di mana IDU dan kumpulan sokongannya menyokong sesama mereka dalam usaha untuk mengurangkan bahaya. Matlamat utama adalah untuk budaya pengekal diri di mana IDU dan rakannya akan secara aktif menggalakkan sesama mereka ke arah melakukan tingkah laku selamat.

g) Strategi Mengurangkan Jangkitan Seksual

Intervensi yang menyasarkan pasangan seksual mesti dihubungkan sebagai strategi intervensi yang komprehensif untuk IDU. Ia berfokus kepada pembentukan kemahiran komunikasi, penyelesaian masalah, meningkatkan penghargaan diri, sokongan sosial dan kemahiran berdiskusi tentang seks dan pemakaian kondom.

h) Ujian HIV dan Kaunseling

Mengintegrasikan VCT untuk HIV kepada program yang sedia ada untuk IDU. Kaunseling sebelum dan selepas ujian dilaksanakan boleh menyediakan laluan kepada rujukan kepada perkhidmatan lain yang bersesuaian.

i) Intervensi Sistem Keadilan Jenayah

Memandangkan ramai dalam kalangan IDU yang turut sama terlibat dalam jenayah dan ditangkap di penjara atau dimasukkan di pusat pemulihan, maka intervensi pengurangan kemudaratannya turut dilaksanakan di institusi tersebut. Ia melibatkan gabungan intervensi yang lain iaitu NSEP, methadone, pendidikan, pengagihan bahan peluntur dan kondom.

j) Pelupusan Peralatan Menyuntik

Mengumpul dan melupuskan peralatan menyuntik dengan selamat adalah amat penting terutama bagi NSEP. Ia menghapuskan kemungkinan berlakunya peralatan tersebut digunakan semula dan mengeluarkan kemungkinan kemalangan jangkitan yang tidak sengaja kepada bukan pengguna dadah.

k) Persekitaran dan Struktural

Ia dilaksanakan menerusi advokasi, pembentukan undang-undang, dakwaan, peraturan dan penguatkuasaan undang-undang. Ia bertujuan untuk memaksimumkan kesediaan material pencegahan, penerimaan pencegahan dan pengurangan kemudaran, serta kemudahan untuk memperoleh perkhidmatan pencegahan dan intervensi pengurangan kemudaran. Selain daripada itu, intervensi ini juga turut mencari sokongan kewangan untuk mengekalkan perkhidmatan, mengubah pandangan masyarakat terhadap pengguna dadah dan rawatan.

Needle Syringe Exchange Program

Needle Syringe Exchange Program (NSEP) merupakan salah satu daripada intervensi pengurangan kemudaran. NSEP yang pertama muncul ialah pada tahun 1984 di Amsterdam, Netherlands yang ditubuhkan oleh Junkie Union dan dengan bantuan Municipal Health Service (Payne, 2005). Matlamat pelaksanaannya pada mulanya adalah untuk mengelakkan daripada Hepatitis B apabila farmasi di bandar berkenaan memberhentikan penjualan jarum kepada pengguna dadah. Orang pertama yang mengagihkan peralatan menyuntik ialah Jon Parker di New Haven, CT dan Bonston, MA walaupun dia telah ditangkap beberapa kali kerana melakukannya tanpa kebenaran (Vlahov et al., 2001). Di Amerika Syarikat, NSEP telah berjalan secara sah (mendapat kebenaran dan peruntukan kerajaan) dan tidak sah (tanpa kebenaran kerajaan dan dilaksanakan

oleh pihak aktivis) sejak tahun 1980an lagi (Martinez, 2007). Tacoma, Washington merupakan bandar pertama yang melaksanakan program NSEP secara sah dengan kesedaran yang tinggi komuniti di situ yang diketuai oleh Dave Purchase. Selain Tacoma, bandar utama lain yang membuka NSEP ialah Portland, San Francisco dan New York (Payne, 2005). Selain daripada itu, Australia, Canada dan United Kingdom juga merupakan negara yang telah lama memperkenalkan NSEP. Di Australia, penubuhan NSEP banyak didasari oleh pengaruh golongan keagamaan. Tiga agensi katolik di Australia telah menaja NSEP. Pengalaman Canada pula agak berbeza. Di Canada, kerajaan melaksanakan penganjuran bersama dengan mengadakan kajian rintis yang komprehensif. Mulai 1993, Canada telah mempunyai 30 bandar yang aktif melaksanakan NSEP. Pendekatan yang dilaksanakan banyak menggabungkan pendidikan, kaunseling, penguatkuasaan undang-undang dan menghubungkan dengan perkhidmatan lain seperti rawatan untuk pengguna dadah. Sehingga kini terdapat 77 negara yang melaksanakan NSEP di seluruh dunia. NSEP yang berkembang baik sehingga ke hari ini dapat dilihat di Eropah Barat seperti United Kingdom, Spain, Norway dan France dan di Australia. Sesetengah negara telah mempunyai mesin vending untuk mendapatkan jarum. Kebanyakan negara tersebut membenarkan jualan jarum menerusi farmasi (IHRA, 2008). IHRA (2008) mendokumentasikan bahawa di Malaysia, masih terlalu sedikit NSEP selain daripada negara lain iaitu Cambodia, Israel, Morrocco, Oman, Azerbaijan, Romania, Sweden dan Slovakia dan masih berada di peringkat kajian rintis. Walaubagaimanapun, di mana sahaja NSEP ditubuhkan ia masih belum mencukupi untuk memenuhi liputan jumlah IDU yang ada (IHRA, 2008). Bahagian ini menceritakan dengan lebih mendalam tentang NSEP iaitu berkaitan model penyampaian, kajian-kajian berkaitan dan penubuhannya di Malaysia.

Model Penyampaian NSEP

Keberkesanan NSEP adalah dipengaruhi oleh kemampuan untuk menarik dan mengekalkan jumlah klien yang terlibat (Strike et al., 2002). NSEP berkembang mengikut model yang berbeza mengikut kawasan (Hunt, 2003; MAC & Burnet Institute, 2005) dan ia bergantung kepada konteks di mana ia dijalankan seperti konteks pengguna dadah di kawasan itu, tingkah laku menyuntik, budaya, undang-undang, dan sumber yang boleh diteroka. Oleh sebab itu, tempat, cara penyampaian perkhidmatan, jumlah masa beroperasi dan ciri-ciri lain program adalah berbeza antara negara malahan di dalam sesebuah negara itu sendiri (UNODC et al., 2004). Pelbagai model perkhidmatan telah dicipta bertujuan untuk meningkatkan kemudahan klien mengakses (Strike et al., 2002). Terdapat beberapa model penyampaian perkhidmatan program ini yang digunakan oleh banyak negara-negara yang mengamalkan NSEP iaitu;

a) Lokasi Tetap

Lokasi tetap merupakan premis yang dikhususkan penyuntik datang dan mengambil peralatan menyuntik. Persekitaran bagi lokasi tetap direkabentuk untuk memastikan ia adalah mesra kepada pengguna. Dengan adanya lokasi tetap, adalah mudah untuk menawarkan perkhidmatan sampingan. NSEP dengan lokasi tetap biasanya dilaksanakan sekiranya mempunyai sejumlah besar IDU di kawasan tersebut. Ia diukur dengan 10% daripada IDU di bandar pergi ke kawasan tersebut setiap hari dan mereka mempunyai jaringan dengan 30% hingga 40% IDU yang lain (WHO, UNAIDS & UNODC, 2007). Selain daripada itu, ia turut memudahkan perkhidmatan lain diberi kepada IDU seperti penjagaan kesihatan, ujian HIV dan hepatitis, kaunseling dan seumpamanya. Contoh NSEP yang berasaskan lokasi tetap ialah di Klaipeda (Lithuania). NSEP dibuka pada bulan Oktober 1996, iaitu sebulan selepas kes pertama yang melibatkan IDU dikenalpasti di

bandar tersebut. Ia dimulakan di Pusat Rawatan Penagihan tetapi untuk beberapa bulan pertama ia tidak mendapat perhatian daripada IDU. Maka pada bulan Mei 1997, mereka membuka pusat harian di sebelah utara dan telah mendapat perhatian 450 IDU iaitu 10% hingga 20% daripada IDU selepas 18 bulan dibuka. Mereka menyediakan kopi percuma, tempat untuk membersihkan diri, kelengkapan membasuh, bantuan psikologikal dan rujuk ke agensi yang diperlukan (Narayanan, 2005).

b) Van Bergerak (*mobile van*)

Van bergerak merupakan perkhidmatan menggunakan van atau bas untuk menyampaikan perkhidmatan NSEP. Lazimnya terdapat jadual yang ditetapkan di lokasi-lokasi yang telah dipilih untuk mengagihkan jarum dan memungutnya kembali. Perkhidmatan ini memudahkan IDU melakukan pertukaran jarum terutama bagi IDU yang sukar untuk pergi ke lokasi tetap. Bagi sesetengah tempat ia amat berguna walaupun perkhidmatan ini biasanya lebih mahal kerana melibatkan pembelian kenderaan, penyelenggaraan, insurans dan juga upah pemandu (WHO et al., 2007). Contoh perkhidmatan yang menggunakan mobil van ini ialah di New Haven, Connecticut, USA. Oleh kerana New Haven adalah bandar yang terserak, maka penggunaan van adalah praktikal untuk mengagihkan jarum kepada golongan IDU di situ (Narayanan, 2005).

c) Temu Seru

Temu seru merupakan kumpulan-kumpulan kecil individu yang datang ke kawasan atau tempat tinggal IDU. Ia bertujuan untuk menghubungi IDU dalam komuniti di mana mereka tinggal. Pekerja temu seru akan pergi ke kawasan yang biasanya diduduki oleh IDU untuk menyuntik. Selain daripada membawa peralatan menyuntik yang bersih untuk diagihkan, mereka juga memberi maklumat tentang

jangkitan yang disebabkan oleh menyuntik dan mengajar cara menyuntik yang selamat. Pekerja temu seru juga membantu IDU mendapatkan perkhidmatan mengikut keperluan mereka dengan merujuk ke agensi yang bersesuaian (WHO et al., 2007). Contoh yang menggunakan model ini ialah di Kathmandu, Nepal di mana The Livesaving and Lifegiving Society (LALS) merupakan NGO pertama yang melaksanakan NSEP di Asia. LALS menjalankan temu seru dan melawat 750 kawasan IDU di Kathmandu, menyediakan peralatan menyuntik dan membantu IDU berkaitan isu kesihatan, masalah perumahan, rawatan dadah, ujian HIV dan seumpamanya (Narayanan, 2005).

Kajian Berkaitan NSEP

Sejak tahun 1980an, kajian-kajian NSEP tertumpu melihat kejayaan NSEP dalam beberapa aspek penting. Kajian-kajian saintifik banyak menunjukkan bahawa NSEP bukan sahaja efektif mengurangkan pemindahan HIV, menjimatkan kos, tetapi juga menyebarkan maklumat tentang HIV/AIDS, pelupusan picagari dan menghubungkan IDU kepada sistem perkhidmatan sosial (Groseclose et al. 1995). Dalam aspek amalan pengguna dadah, kebanyakan kajian secara saintifik menunjukkan bahawa NSEP mampu mengurangkan tingkah laku berisiko pengguna dadah (Hunt, 2003). Bukti-bukti menunjukkan bahawa pengguna dadah telah menukar tingkah laku berisiko mereka bagi mengurangkan berlakunya jangkitan penyakit (Hunter, Stimson, Judd, Jones & Hickman, 2000). Terdapat beberapa kajian yang membezakan tingkah laku berisiko yang berkaitan insiden jangkitan HIV di antara IDU yang terlibat dengan NSEP dengan IDU yang tidak terlibat dalam program ini. Secara ringkasnya, kajian-kajian yang telah dijalankan adalah seperti yang terdapat di dalam Jadual 1 berikut:

Jadual 1
Kajian-Kajian Kejayaan NSEP dalam Aspek Perubahan Tingkah laku

Kajian/tahun	Metod/Responden	Hasil
Braine, DesJarlais, Purchase, Turner (2004)	Menggunakan teknologi <i>self-interviewing</i> , IDU yang terlibat dengan NSEP di Tacoma Washington pada tahun 1997 dan 2001 bagi melihat kestabilan tahap tingkah laku berisiko (<i>backloading</i> , meminjamkan picagari kepada orang lain dan menyuntik menggunakan picagari orang lain)	Tahap tingkah laku berisiko didapati stabil dalam tempoh 4 tahun. kajian turut mendapati hubungan antara tingkah laku berisiko dengan persepsi bahawa HIV boleh diuruskan.
Guydish, Brown C, Edgington, Edney, Garcia (2000)	Perbezaan IDU yang terlibat dalam NSEP dengan yang tidak terlibat dalam NSEP dalam aspek tingkah laku berisiko, seksual dan potensi NSEP memberi impak negatif.	Didapati IDU yang terlibat dengan NSEP, berbanding dengan yang tidak terlibat: -Kurang berkongsi jarum dan peralatan dengan IDU yang ramai, -Kurang suka menggunakan jarum dan peralatan orang lain -Suka memiliki picagari lebih daripada 5
Des Jarlais, Perlis, Friedman, Chapman, Kwok, Rockwell, Paone, Miliken, Monterosso (2000)	Kajian tren tingkah laku HIV dalam kalangan IDU di bandar New York daripada tahun 1997. N=2588 di rawatan detoksifikasi N=2701 di kawasan yang tinggi IDU.	Sebelum terlibat dengan NSEP, terdapat 5 tingkah laku berisiko, tetapi ia berkurangan kepada 3 tingkah laku berisiko ($p < .01$)
	-Temuramah berstruktur dijalankan bagi data sosiodemografik, sejarah IDU, tingkah laku berisiko dan penglibatan mereka dengan NSEP. -Logistik regresi digunakan untuk melihat kestabilan tingkah laku pengurangan risiko dari masa ke semasa	

Vertefeuille, Marx, Tun, Huettner, Strahdee, Vlahov (2000)	-Kajian dijalankan sebanyak 2 kali kutipan data pada tahun 1994 dan 1997 dalam kalangan IDU yang terlibat dengan NSEP di Baltimore. -Statistik Chi-square dan t-test berpasangan digunakan untuk melihat perbezaan tingkah laku di antara dua lawatan tersebut.	-Pengurangan memberi pinjaman picagari yang telah digunakan (34.0% vs 15.5%, $p=.001$) -Pengurangan meminjam picagari orang lain (23.2%-11.1%, $p=.01$) -Pengurangan dari segi jumlah min menyuntik (11.4%-4.7%, $p<.001$).
--	--	--

Walaubagaimanapun, terdapat kajian yang dijalankan di United Kingdom mendapati setelah dua dekad pengurangan kemudaratannya diperkenalkan, tingkah laku berisiko yang masih dilakukan oleh IDU ialah berkongsi paraphernalia iaitu berkongsi filter (62%), sudu (61%), air atau peluntur (44%) dengan purata IDU yang berkongsi seramai dua orang (Hunter et al., 2000). Jika dilihat menerusi NSEP mencegah pemindahan virus HIV pula, WHO (2004) telah mendapati bahawa pada tahun 2002, kadar jangkitan HIV menurun secara purata 18.6% setahun dalam kalangan 36 negara dengan adanya program ini manakala kadarnya meningkat secara purata sebanyak 8.1% setahun. Program NSEP dilihat mempengaruhi hasil kajian dengan mengurangkan perkongsian jarum dan paraphernalia dalam kalangan pengguna dadah. Ada sesetengah program yang mengagihkan kondom, pendidikan meminimumkan risiko dan merujuk IDU kepada pusat pemulihan dan kesemua usaha ini menemui kejayaan dalam mengurangkan prevalens HIV. Antara kajian-kajian yang berkaitan kesan positif NSEP mengurangkan prevalens HIV dapat dilihat menerusi Jadual 2 dibawah ini.

Daripada segi keberkesanan kos pula dapat dilihat dengan jelas melalui kajian-kajian yang telah dijalankan. Di Australia, kajian yang dijalankan pada tahun 2002 oleh Alcohol & Other Drug Council Australia mendapati bahawa selama 10 tahun NSEP dijalankan, perbelanjaan sebanyak \$150 juta yang telah dikeluarkan. Ini telah menjimatkan antara \$2.2 juta hingga \$7.7 juta iaitu termasuklah 25 000 kes HIV yang boleh dielakkan di antara tahun 1988 hingga 2000

dan begitu juga bagi kes Hepatitis C, boleh menjimatkan sebanyak 21 000 kes pada tahun yang sama. Di New York pula, kos yang dianggarkan bagi mengelakkan berlakunya setiap jangkitan HIV setiap tahun melalui NSEP adalah US\$ 2667. Ini jauh lebih menjimatkan daripada kos sepanjang hidup rawatan perubatan bagi setiap individu yang dijangkiti HIV/AIDS iaitu sekitar US\$ 56 000 hingga US\$ 80 000. Oleh itu penjimatan bagi setiap jangkitan HIV yang dielakkan melalui program ini adalah dianggarkan sekitar US\$ 53 000 hingga US\$ 77 000 (Kahn & Hayness, 1997).

Jadual 2

Kajian-Kajian Kejayaan NSEP dalam Aspek Prevalens HIV

Kajian/tahun	Metod/Responden	Hasil
Des Jarlais,Perlis, Miliken, Torain, Beatrice, Arasteh, Mildvan, Yancovitz, Friedman (2005)	-Kajian keratan rentas bersiri melibatkan 3651 IDU di New York dari tahun 1990 hingga 2002. -Menggunakan Serologic Test Algorithm For Recent HIV Seroconversion (STARHS) untuk mengenalpasti jangkitan HIV semasa dan jangkakan insiden HIV	Isiden HIV berkurang daripada 3.55/100 orang berisiko daripada tahun 1990-1992 kepada 2.63/100 orang berisiko daripada tahun 1993-1995, kepada 1.05/100 orang berisiko daripada tahun 1996-1998, dan 0.77/100 orang berisiko daripada tahun 1999-2002 ($p < 0.001$). -Terdapat hubungan yang linear antara agihan jarum yang ditukar setiap tahun dengan jangkakan insiden HIV
Mc Donald, Law M, Kaldor J, Hales J, J Dove Gregory (2003)	Kajian ekologi untuk melihat perubahan dalam prevalens HIV antara IDU di antara bandar yang ada menawarkan NSEP dengan bandar yang tidak ada NSEP. -778 data daripada 99 bandar yang terlibat dianalisis	Prevalens HIV berkurangan 18.6 % setiap tahun bagi bandar yang memperkenalkan NSEP dan meningkat sebanyak 8.1% bagi bandar yang tidak memperkenalkan NSEP [perbezaan min:-24.7% (95% CJ-43.8,0.5%), $p=0.06$]

Hurley, Jolley, Kaldor (1997)	Kajian ekologi bagi Seroprevalens meningkat membezakan perubahan dari sebanyak 5.9% setiap tahun masa ke semasa dalam HIV bagi 52 bandar yang tidak seroprevalens, bagi bandar ada NSEP dan berkurangan yang ada NSEP dengan sebanyak 5.8% setahun bagi 29 bandar yang tiada NSEP. bandar dengan NSEP.
	-Analisis regresi digunakan untuk menjagka tahap perubahan seroprevalens HIV di 81 buah bandar yang telah lebih setahun NSEP dilaksanakan

Satu kajian lain yang signifikan melibatkan kos efektif NSEP sebagai satu pencegahan HIV telah turut diukur di lokasi sumber yang sukar iaitu di Svetlogorsk, Belarus. Kajian tersebut turut melibatkan NSEP, kaunseling seksual yang selamat, pengagihan kondom, bahan peluntur dan melalui media masa, kos untuk mengelakkan jangkitan tersebut dianggarkan US\$240 hingga US\$442, di mana kos tersebut masih dianggap kos-efektif (Kumaranayake, 2000). Secara umumnya, kajian-kajian yang telah dinyatakan lebih melihat kepada keberkesanan NSEP dalam beberapa aspek penting iaitu prevalens HIV, perubahan tingkah laku dan kos efektif yang banyak memberi manfaat sebagai asas bukti (*evident base*) untuk pembentukan dasar dan bidang kesihatan awam. Kebanyakan kajian tersebut juga adalah dijalankan oleh negara-negara luar Malaysia dan ini memberi cabaran kepada pengkaji untuk menjalankan kajian tentang NSEP di Malaysia.

Program NSEP di Malaysia

Pada peringkat awal, MMT dan NSEP secara konsisten ditolak oleh kerajaan Malaysia berdasarkan kepada 'toleransi sifar' dan Dasar Bebas Dadah walaupun masalah penggunaan dadah dan wabak HIV yang sebahagian besar berpunca daripada IDU terus berleluasa (Kamarulzaman, 2009). Akhirnya pada tahun 2005, Kerajaan Malaysia mengumumkan untuk membenarkan program NSEP beroperasi melalui fasa kajian rintis dan MMT

akan dikukuhkan untuk menyampaikan keperluan IDU dalam konteks pencegahan HIV/AIDS (Reid, et al., 2007). Ia merupakan sebahagian daripada National Strategic Plan (NSP) negara Malaysia iaitu mengurangkan jangkitan HIV/AIDS dalam kalangan IDU. Laporan daripada Matlamat Pembangunan Millenium menunjukkan bahawa daripada lapan matlamat Pembangunan Millenium yang digariskan, hanya hal berkaitan penyebaran HIV/AIDS belum dapat dicapai (Kamarulzaman, 2009) pada waktu itu. NSEP yang pertama dijalankan di bawah Kementerian Kesihatan Malaysia dan di bawah kelolaan NGO MAC pada tahun 2006 ialah *Aids Action Research Group* (AARG) di Pulau Pinang, diikuti dengan *Pink Triangle Foundation* (PTF) di Kuala Lumpur dan *Pertubuhan Kebajikan Intan Zon Kehidupan* (INTAN LIFEZONE) di Johor Bahru. Mulai tahun 2006, komitmen kerajaan dapat dilihat dengan peruntukan sebanyak RM300 juta untuk melaksanakan kedua-kedua program pengurangan kemudaratan ini (MAC, 2007; UNGASS, 2008).

NSEP telah dijalankan dengan jayanya melalui hubungan kerajaan dengan NGO berasaskan komuniti, penguatkuasa undang-undang dan Agensi Anti Dadah di beberapa lokasi di Malaysia daripada tahun 2006 hingga 2007 (UNGASS, 2008). Sehingga kini jumlah NSEP yang telah wujud di Malaysia adalah sebanyak 240 dengan 12 daripadanya adalah lokasi tetap dan 206 daripadanya adalah temu seru (UNGASS, 2010). NSEP yang dimulakan daripada tiga tapak kajian rintis tersebut, telah meluas kepada lapan negeri dan 1.8 juta jarum dan picagari diagihkan pada tahun 2008 kepada lebih 12,000 klien. Meskipun NGO merupakan pelaksana awal program ini, tujuh pusat kesihatan kerajaan mula mengagihkan jarum bersih pada tahun 2008 dan meluaskannya kepada 212 pusat (Kamarulzaman, 2009). Bagi MMT, pelaksanaan program ini telah meluas dan bertapak kukuh di 59 fasiliti kesihatan awam serta sembilan klinik dengan 7065 klien di seluruh Malaysia (Merican, 2008). Tambahan 10,000 individu telah menerima methadone daripada pengamal swasta. Dalam tahun 2008, prasiaran program pilot methadone dimulakan di penjara dan

berkembang beransur-ansur sehingga terdapat empat tambahan penjara dan tiga pusat sehati yang diuruskan oleh AADK (Merican, 2008).

Daripada segi penyelidikan pula, kajian-kajian berkaitan NSEP di Malaysia adalah masih sedikit dijalankan. Kajian mengenai kejayaan NSEP dapat dilihat daripada aspek perubahan tingkah laku IDU iaitu tidak lagi mengamalkan perkongsian jarum (MAC, 2007; Othman & Yusoff, 2009). NSEP juga didapati telah jauh berjaya mencapai sasaran objektif iaitu seramai 15000 dengan peningkatan jumlah IDU yang memperoleh manfaat daripada program ini kajian rintis yang dijalankan (UNGASS, 2008). Kajian-kajian NSEP di Malaysia semakin berkembang pada tahun 2009 melalui penyelidikan di universiti-universiti iaitu seperti kajian oleh Said, Juni, Riji, Zulkefli, dan Ariffin (2009) yang melihat pengalaman dan persepsi IDU terhadap NSEP melalui perbincangan kumpulan fokus. Kajian oleh Zakaria, Baba dan Azman (2009) melihat cabaran dalam mengkoordinasikan agensi-agensi berkepentingan bagi NSEP. Azumi dan Hussein pula (2009) melihat kepentingan perkhidmatan rujukan klien NSEP serta Samandi dan Vicknasingam (2009) pula melihat perubahan tingkah laku peserta NSEP setelah menerima kaunseling pendidikan. Walaubagaimanapun, kajian-kajian tentang NSEP perlu diperbanyakkan lagi untuk memantapkan program ini dalam usaha pencegahan HIV/AIDS.

Daftar Pustaka

- Braine, N., Des Jarlais, D. C., Ahmad, S., Purchase, D. & Turner, C. (2004). Long term effects of syringe exchange on risk behavior and HIV prevention. *AIDS Education and Prevention*, 16(3), 264-275.
- Braine, N., Jarlais, D. C. D., Ahmad, S., Purchase, D., & Turner, C. (2004). Long-term effects of syringe exchange on risk behavior and hiv prevention. *AIDS Education and Prevention*, 16 (3), 264.
- British Columbia Ministry Of Health. (2005). *Harm reduction: A British Columbia community guide*. Victoria: penulis. Diakses daripada <http://www.hls.gov.bc.ca/publications/year/2005/hrcommunityguide.pdf>
- Des Jarlais C., Perlis T., Friedman SR, Chapman T., Kwok J., Rockwell R., & Monterosso E. (2000). Behavioral risk reduction in a declining HIV epidemic: Injection drug users in New York City, 1990-1997. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1112-6.
- Des Jarlais, D. C., & Friedman, S. R. (1998). Fifteen years of research on preventing HIV infection among injecting drug users: What we have learned, what we have not learned, what we have done, what we have not done. *Public Health Reports*, 113(1), 182-190.
- Hunt, N. (2003). *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. Diakses daripada <http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html>
- Hunter, G. M., Stimson, G. V., Judd, A., Jones, S. & Hickman, M. (2000). Measuring injecting risk behaviour in second decade of harm reduction: A survey of injecting drug users in England. *Addiction*, 95(9), 1351-1361.

- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2003). *Spreading the light of science: Guidelines on harm reduction related to injecting drug use*. Geneva:penulis.
- International Harm Reduction Association. (2010, January 12). What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. Di akses daripada <http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing-WhatisHR%28english%29.pdf>
- International Harm Reduction Association. (2008). *Global state of harm reduction: mapping the response to drug related hiv and Hepatitis C epidemics*. London, United Kingdom: International Harm Reduction Association.
- Groseclose, S.L., Weinstein, B., Jones, T.S., Valleroy, L.A., Fehrs, L. J., Kassler, W. J. (1995). Impact of increased legal access to needles and syringes on practices of injecting drug users and police officers-Connecticut, 1992-1993. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*10, 73- 89.
- Guydish, J., Brown, C., Edgington, R., Edney, H., & Garcia, D. (2000). What are the impacts of needle exchange on young injectors? *AIDS and Behavior*, 4(2), 137-146.
- Kamarulzaman, A.(2009). Impact of HIV prevention programs on drug users in Malaysia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 52(1), 17-19.
- Kumaranayake, L. (2000). *The cost-effectiveness of HIV preventive measures among injecting drug users in Svetlogorsk, Belarus*. Geneva: UNAIDS.
- Majlis AIDS Malaysia & Burnet Institut. (2005). *Memahami pengurangan risiko*. Kuala Lumpur: Universiti Malaya.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779-788.

- Martinez, J.B (2007). *Science-based literature on Syringe Exchange Programs (SEPs) 1996–2007*. Harm Reduction Coalition. Diakses daripada <http://www.harmreduction.org/downloads/SEP%20Lit%20Review.doc>.
- Merican, I. (2008). Approaches to HIV/AIDS prevention, care, treatment and support. *Seminar between Malaysia and the Islamic Republic of Iran*. Kuala Lumpur: Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Mesquita F, Jacka D, Ricard D, Shaw G, Tieru H, Yifei H ... Singh, N. (2008). Accelerating harm reduction interventions to confront the HIV epidemic in the Western Pacific and Asia: the role of WHO (WPRO). *Harm Reduction Journal*, 5(26). 1-13.
- Narayanan, P. (2005, September). *Introduction Needle Exchange Program*. Kertas kerja yang dibentangkan di National Pilot Project Workshop, Kuala Lumpur.
- Pauly, B. (2008). Harm reduction through a social justice lens. *The International Journal on Drug Policy*, 19(1), 4-10.
- Payne, F. J. (2005). *An Evidence Based Review of Needle Exchange Programs*. Diakses daripada The Children's AIDS Fund : <http://www.childrensaidsfund.org/showarticle.asp?id=246>
- Ritter, A. & Cameron, J. (2005). Monograph No. 06: A systematic review of harm reduction. DPMP Monograph Series. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre.
- Said, S.M, Juni, M.H., Riji, H.M., Zulkefli, N.M., & Ariffin, A. (2009, Oktober). *Focus group discussion on the experiences and perceptions of the needle exchange programme among interavenous drug users in Lembah Klang*. Kertas kerja yang dibentangkan di Seminar Penyelidikan Dadah 2009. Bangi Selangor.
- Stimson, G.V: "Harm Reduction—Coming of Age": A local movement with global impact [Editorial]. (2007). *International Journal of Drug Policy*, 18, 67–69.

- Strike, C.J., Challacombe, L., Myers, T. & Millson, M. (2002). Needle exchange programs: Delivery and access issues. *Canadian Journal of Public Health*. Ottawa, 93(5), 339-344.
- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2008). *2008 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva: Penulis.
- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2009). *UNAIDS annual report 2008 towards universal access*. Diakses daripada http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1736_2008_annual_report_en.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2004). *Amphetamine-Type Stimulants in East Asia and the Pacific*. Bangkok, Thailand: UNODC Regional Centre for East Asia and the Pacific.
- United Nations Office On Drug And Crime, International Labor Organisation & Centre for Drug Research, Universiti Sains Malaysia. (2004). *HIV Prevention And Management Among Injecting Drug Users*. Pulau Pinang: Penulis.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2004). *Amphetamine-Type Stimulants in East Asia and the Pacific*. Bangkok, Thailand: UNODC Regional Centre for East Asia and the Pacific.
- Vertefeuille, J., Marx, M. A., Tun, W., Huettner, S., Strathdee, S. A. & Vlahov, D. (2000). Decline in Self-Reported High-Risk Injection-Related Behaviors Among HIV-Seropositive Participants in the Baltimore Needle Exchange Program. *AIDS and Behavior*, 4(4), 381-388.
- Vlahov, D., Des Jarlais, D. C., Goosby, E., Hollinger, P. C, Lurie, P. G., Shriver, M. D. ... Strathdee, S. A. (2001). Needle exchange programs for the prevention of human immunodeficiency virus infection: Epidemiology and policy. *American Journal of Epidemiology*, 154(12), 70-77.
- World Health Organization. (2004). *Evidence for Action: Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva: penulis.

World Health Organization, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS & The United Nation Office On Drug And Crime. (2007). *Guide To starting and managing Needle And Syringe Programmes*. Geneva: penulis.

Zakaria, E., Baba, I & Azman, A. (2009, Disember). *Program Pertukaran Jarum Suntikan dan Picagari (NSEP) di Malaysia: Penguatkuasaan undang-undang dadah dan cabaran ke atas koordinasi antara agensi berkepentingan sebagai jaringan sokongan sosial*. Kertas kerja yang dibentangkan di Persidangan Kebangsaan HIV/AIDS. Pulau Pinang.

Model-Model dalam Harm Reduction

Norulhuda Sarnon, PhD
Universiti Kebangsaan Malaysia

Pendahuluan

Ada banyak model yang dapat digunakan dalam program Harm Reduction. Bermula dengan perbincangan tentang Model Penyakit yang menjadi asas pendekatan pengurangan kemudaratan dan kesihatan awam, pengkaji kemudian membincangkan pentingnya kajian psikososial. Seterusnya, pengkaji mengembangkan perbincangan kepada beberapa teori yang akhirnya digabungkan menjadi satu rangka kajian empirikal.

Model Penyakit

Benjamin Rush merupakan orang pertama yang memperkenalkan *alcoholism* sebagai penyakit pada tahun 1810 tetapi idea tentang penagihan sebagai penyakit mula diterima pada awal 1960-an, selepas penerbitan *The Disease Concept of Alcoholism* oleh E. M Jellinek (Hanson, 2010). Model yang diperkenalkan oleh beliau dikenali sebagai Model Penyakit. Menerusi model ini, penagihan dianggap sebagai penyakit seumur hidup yang melibatkan biologi dan sumber-sumber persekitaran asal (Christian, 2010). Model ini menekankan perkembangan penagihan dan perbezaan individu

dalam kerentanan untuk bebas daripadanya. Ia mencadangkan penagih adalah selari dengan kecelaruan perubahan yang melibatkan ketidaknormalan dan kerosakan pada struktur dan fungsi sistem saraf tunjang (CNS) (Robert & Ainsley, 2006).

Hilang Kawalan

Penagih akan menunjukkan keinginan ikhlas untuk berhenti daripada tingkah laku menagih tetapi dalam masa yang sama ia perlu meneruskan tingkah laku tersebut. Sehingga dalam masa beberapa jam seorang alkoholik akan meminum arak dengan niat untuk meminum satu atau dua kali lagi sahaja tetapi mendapati bahawa ia mustahil untuk berhenti pada waktu itu. Maka, ia mengambil lebih dan lebih minuman dan situasi ini menunjukkan bahawa penagih tersebut telah hilang kawalan. Dalam masa yang lama, penagih akan merancang untuk tidak terlibat dengan aktiviti itu, tetapi realitinya ia terlibat dengan perbuatan tersebut. Secara tidak sedar, penagih telah memilih untuk melakukan sesuatu perkara lain, tetapi perkara lain pula yang dilakukannya (Robert & Ainsley, 2006).

Kepentingan craving

Konsep utama model penyakit ini adalah 'craving.' Ia dipanggil segera dan kuasa yang melampaui keinginan. Ia melibatkan perubahan patalogikal di bahagian otak dan hasil daripada desakan yang sangat kuat (Christian, 2010). *Craving* merupakan tahap motivasi yang hadir melangkaui perasaan. Ia benar-benar menguasai individu secara keseluruhannya, mendominasi fikiran, perasaan dan tindakan seseorang sehingga mengenyepikan semua yang lain (Robert & Ainsley, 2006).

Model penyakit ini juga sering dikaitkan dengan program 12-langkah (Rastegar&Fingerhood, 2005). Ia menekankan bahawa penagih dadah atau alkohol mengembangkan keadaan progresif dan memerlukan rawatan yang sangat lama dan panjang untuk bebas dadah. Model penyakit bertujuan untuk melihat semula sikap masyarakat yang merugikan dan pandangan yang menghukum

terhadap penagih alkohol dan dadah. Model ini disokong oleh kumpulan sokong bantu diri seperti *Alcohol Anonymous* dan *Narcotic Anonymous* (Rastegar&Fingerhood, 2005). Konsep yang diketengahkan oleh model penyakit meningkatkan imej awam terhadap individu yang menagih dan meningkatkan sumber kesihatan awam untuk merawat dan menyelidik tentang masalah penagihan. Dalam pengurangan kemudaratannya, model ini sangat bertepatan kerana falsafahnya adalah sama iaitu untuk mengurangkan penderitaan bagi mereka yang mengalami penagihan akibat penggunaan dadah dan alkohol (Conway,2009). Sehubungan itu, pengkaji turut meletakkan pegangan asas bahawa pengguna dadah sebagai pesakit yang memerlukan rawatan agar kajian ini dapat benar-benar memahami IDU dan membantu mereka mengamalkan tingkah laku selamat demi kepentingan kesihatan awam.

Pendekatan Psikososial

Menerusi pendekatan psikososial, tujuan sesuatu intervensi dilakukan adalah untuk memperbaiki hubungan interpersonal klien dengan situasi hidupnya (Turner, 2002). Matlamat yang dilakukan oleh pekerja sosial adalah untuk mengurangkan masalah yang berlaku daripada disekuilibrium di antara individu dengan persekitarannya. Menurut Turner (2002), proses intervensi adalah berdasarkan empat prinsip asas:

1. Siapa diri klien yang sebenar?
2. Apa kekuatan dan limitasi klien itu?
3. Apa keperluan klien yang sebenarnya?
4. Apa yang boleh pekerja sosial lakukan untuk membantu klien itu mencapai matlamatnya?

Dalam teori psikososial (Woods & Robinson, 1996), pengaruh biologi, psikologi dan proses emosi, serta situasi sosial dan fizikal seseorang klien adalah penting untuk diambil kira. Konteks klien terdiri daripada pelbagai interaksi sistem yang mana ia perlu dikaji sebelum pekerja sosial dan klien sendiri memutuskan

bagaimana untuk memproses pertolongan. Menurut Sowers dan Rowe (2007) pula, fokus intervensi psikososial ialah memperkasakan klien, mengurangkan diskriminasi dan stigma di dalam komuniti, mempertingkatkan kecekapan dan mewujudkan sistem sokongan yang berpanjangan untuk klien tersebut. Ini melibatkan kerjasama antara pekerja sosial dengan klien untuk memulihkan, mempertingkatkan kemampuan berdaya tindak, menggunakan sumber, dan mencari kesesuaian yang optimum antara klien dengan persekitaran sosial dan fizikalnya. Berasaskan saling memahami antara klien dan pekerja sosial tentang masalah dan puncanya, dan memahami matlamat klien dan motivasinya, maka keseimbangan dan intervensi boleh dirancang. Matlamat pekerja sosial adalah untuk bekerjasama dengan klien untuk meneguhkan kekuatan dan kemampuan untuk meletakkan sumber dan menemui 'fit' yang optimal di antara manusia dengan persekitarannya (Turner, 2002).

Dalam penyelidikan, tidak banyak kajian spesifik yang telah dilakukan dalam melihat isu-isu psikososial IDU yang terlibat dengan NSEP. Kebanyakan kajian berkaitan NSEP berminat untuk melihat tingkah laku berisiko yang diamalkan. Hanya kajian oleh Roberts dan Crofts (2000) dan Rouser dan Barendregt (2004) yang melihat ciri-ciri IDU yang terlibat dengan NSEP di Canada dan Bulgaria. Walaubagaimanapun, mereka lebih menekankan tentang ciri-ciri demografi dan tingkah laku berisiko yang dilakukan oleh peserta NSEP. Aspek yang dikaji ialah ciri-ciri sosio-demografi seperti pendidikan, umur, etnik, mod penggunaan dadah, sumber pendapatan, tingkah laku menyuntik dan seksual yang diamalkan serta pengetahuan HIV/AIDS. Kajian oleh Roberts dan Crofts (2000) mendapati dadah yang biasa dipilih oleh IDU peserta NSEP ialah heroin dan morfin, peserta NSEP tidak lagi berkongsi jarum dan kebanyakan dalam kalangan mereka memperoleh HIV menerusi tingkah laku seks tidak selamat. Manakala dapatan penting kajian oleh Rouser dan Barendregt (2004) ialah tidak berlaku lagi perkongsian jarum dalam kalangan

peserta NSEP dan dua pertiga daripada mereka tidak dapat mengakses perkhidmatan kesihatan percuma.

Kajian berkaitan aspek psikososial lain yang biasa dilihat selain daripada melihat tingkah laku berisiko yang diamalkan oleh peserta NSEP ialah aspek pengetahuan HIV/AIDS dalam kalangan IDU yang juga peserta NSEP. Menurut Ksobiech (2004), kebanyakan model atau teori tingkah laku seperti Model Pengurangan Risiko AIDS dan Teori Tingkah laku Bersebab mencadangkan pengetahuan HIV/AIDS mempunyai kaitan rapat dengan tingkah laku berisiko yang diamalkan. Kajian seperti oleh Beverly, David, Helen dan Jeanne (1991), Sowell, Seals dan Phillips, (1996), Wolitski, Fishbein, Johnson, Schnell, & Esacove (1996) mendapati pengetahuan HIV/AIDS dalam kalangan peserta NSEP adalah tinggi. Manakala kajian oleh Ahmed et al. (2003), Emmanuel dan Mehreen (2008), Strathdee et al. (2005) dan Zafar, Brahmabhatt, Imam, Hassan dan Strathdee (2003) mendapati bahawa pengetahuan HIV/AIDS dalam kalangan peserta NSEP adalah rendah.

Selain daripada pengetahuan HIV/AIDS, aspek amalan tingkah laku berisiko IDU juga didapati mempunyai kaitan dengan beberapa aspek seperti penghargaan diri. Penghargaan diri merupakan masalah yang diketahui wujud dalam kalangan pengguna dadah sejak bertahun lamanya. Kajian-kajian tempatan sendiri banyak mengkaji tentang penghargaan diri pengguna dadah seperti kajian oleh Zainal, Rahman, Ghani, Zamani dan Sulaiman (2006), Muhamed (1993), Muhamed dan Herman (1998) dan Rahim dan Herman (1996). Kajian-kajian juga banyak menunjukkan penghargaan diri mempunyai kaitan dengan stigma dan diskriminasi masyarakat (Chen & Liao, 2005; Kaplan, 1980; Simmonds & Coomber, 2009). Kesan penghargaan diri menjadikan pengguna dadah mengabaikan atau lambat untuk membuat tindakan yang sepatutnya mereka lakukan. Mereka menyalahkan diri (Wynn, Karlsen, Lorntzen, Bjerke & Bergvik, 2009) dan merasa putus harapan kerana berfikir sudah tiada jalan keluar untuk masalah ini (Connors, 1994). Penghargaan diri yang rendah juga menyebabkan pengguna

dadah mengalami perasaan yang bermasalah dan pengasingan diri (Klein & Levy, 2003). Walaubagaimanapun tidak lagi ada kajian khusus yang melihat penghargaan diri dalam kalangan peserta NSEP.

Selain daripada penghargaan diri, kajian-kajian isu psikososial juga banyak melihat aspek efikasi sendiri IDU. Kajian oleh Belanger, Godin, Lary, Noel dan Cote (2002) mendapati faktor psikososial yang berkaitan dengan tingkah laku tidak berkongsi jarum ialah efikasi sendiri dan kepercayaan normatif. Hanya kajian yang dijalankan oleh Grau, et al. (2005) berkaitan dengan efikasi sendiri yang melibatkan peserta NSEP. Kajian tersebut mendapati IDU yang terlibat dengan NSEP mempunyai efikasi sendiri yang tinggi untuk mencari jarum yang bersih untuk disuntik manakala efikasi sendiri yang rendah menyebabkan IDU kurang menggunakan perkhidmatan NSEP. Kajian-kajian lain adalah seperti kajian oleh Mary (2007) yang mendapati IDU positif HIV yang bertanggungjawab untuk menyuntik dengan selamat dan menggunakan kondom adalah mereka yang mempunyai efikasi sendiri yang baik. Kajian oleh Kang, Deren, Andia, Colon dan Robles (2004) pula mendapati IDU yang mempunyai perubahan negatif didapati berkecenderungan untuk terlibat dengan tingkah laku berisiko berbanding dengan mereka yang tidak berubah atau mempunyai efikasi sendiri setelah enam bulan tindakan susulan (*follow up*) dilakukan. Antara lain isu psikososial yang dikaji oleh pengkaji lepas berkaitan dengan IDU ialah aspek motivasi. Kajian lepas menunjukkan motivasi untuk berhenti mengamalkan tingkah laku berisiko banyak didorong oleh rasa bimbang akan jangkitan HIV/AIDS (Lapinski-LaFaive & Simpson, 2004; Stimson, Donoghoe, Alldritt & Dolan, 1988).

Teori Tingkah Laku

Teori Tingkah laku dalam kerja sosial adalah dipandu daripada hasil kerja ahli psikologi eksperimen (Payne, 1991). Walaupun penggunaan terapeutik telah digunakan oleh teori asas psikologi pada tahun 1950an, namun ia tidak digunakan dalam kerja sosial sehingga

tahun 1960an, apabila kerja sosial tradisional berada di bawah ancaman radikal. Tujuan utama pendekatan tingkah laku dalam kerja sosial adalah untuk meningkatkan tingkah laku yang diinginkan dan mengurangkan tingkah laku yang tidak diinginkan, maka seseorang dapat bertingkah laku yang bersesuaian. Ini meningkatkan kapasiti mereka yang membawa kepada keseronokan dan kegembiraan dalam hidup (Payne, 1991). Pendekatan tingkah laku dalam kerja sosial berusaha untuk membentuk persekitaran pembelajaran yang boleh dikawal. Pekerja sosial mengumpulkan sekumpulan klien dan menawarkan program pendidikan yang berstruktur. Mereka menganalisis ramalan hubungan antara stimuli, tingkah laku dan kesan persekitaran (*contingencies*), mengekalkan tingkah laku yang bermasalah, mengukuhkan matlamat tingkah laku, mengawal keadaan pembelajaran, melaksanakan kaedah tingkah laku untuk mencapai matlamat dan melaporkan (Forte, 2007). Terdapat dua teori tingkah laku yang memandu ke arah pembentukan rangka konseptual kajian ini dalam perbincangan seterusnya.

Model Transteoritik (TTM)

Model Transteoritik [*Transtheoretical Model (TTM)*] merupakan teori yang banyak dikaitkan dengan NSEP kerana ia mengenalpasti pola tingkah laku kronik di bawah kombinasi biologi, sosial dan kawalan diri (Patten et al., 2000). Ia juga dikenali sebagai Model Tahap Perubahan (*Stages Of Change Model*). Model perubahan tingkah laku yang lain dilihat gagal kerana kebanyakan teori lain berusaha untuk meminda perubahan dalam diri seseorang sedangkan mereka tidak bersedia atau melihat diri mereka tidak bermasalah. Kebanyakan individu yang terlibat dengan tingkah laku berisiko tidak bersedia untuk berubah dan tidak sesuai diberi program-program yang bersifat orientasi tradisional (Patten et al., 2000). TTM asalnya dikembangkan untuk perubahan merokok, tetapi ia akhirnya berkembang untuk disesuaikan dengan penyelidikan aplikasi dengan fizikal dan tingkah laku mental. Ia termasuklah penyalahgunaan dadah, kebimbangan, kecelaruan panik, deliquen, kecelaruan pemakanan

dan obesiti, diet tinggi lemak, menyaring memografi, merokok dan pendedahan dengan matahari (Prochaska & Velicer, 1997).

Promosi kesihatan akan lebih mempunyai kesan yang lebih baik sekiranya ia berubah daripada satu paradigma tindakan kepada tahap tindakan. Dalam TTM, ia mengintegrasikan beberapa teori psikoterapi kepada satu reka bentuk komprehensif untuk menjelaskan struktur perubahan tingkah laku. TTM menyumbang kepada pendekatan psikoterapi dengan melihat individu yang tidak bersedia untuk melaksanakan perubahan yang aktif ke atas tingkahlakunya. TTM juga adalah intervensi yang bersesuaian dengan tahap, dibentuk untuk meningkatkan kawalan diri berbanding dengan kawalan terapi, yang mana tidak kondusif untuk tingkah laku yang terlarang seperti menyuntik dadah (Patten et al., 2000).

Pada asalnya model tahap perubahan mempunyai empat tahap perubahan (Proschaska, DiClemente and Norcross, 1983 dalam Iowa Comprehensive HIV Plan 2004-2006), iaitu Pra-kesediaan (*Precontemplation*), kesediaan (*Contemplation*), tindakan (*Action*) dan berterusan (*Maintenance*) untuk menjelaskan proses perubahan yang berlaku. Walaubagaimanapun, model ini diperluaskan dengan adanya satu lagi tahap iaitu persediaan untuk bertindak (*preparation for action*) menjadikan teori ini mempunyai lima tahap perubahan (Ogden, 2000) seperti mana di bawah;

Pra-Kesediaan: Individu mempunyai masalah, tetapi tidak mempunyai niat langsung untuk berubah.

Kesediaan: Individu mula mengenalpasti masalah dan terfikir untuk berubah.

Persediaan Untuk Bertindak: Individu mula mengambil beberapa langkah untuk berubah.

Tindakan: Individu melaksanakan perubahan tingkah laku.

Berterusan: Individu mampu meneruskan tingkah laku baru untuk tempoh yang lebih lama.

Menurut Prochaska dan Velicer (1997), terdapat satu lagi tahap iaitu tahap penamatan (*termination*) dalam teori TTM yang menjadikan keseluruhan tahap perubahan adalah enam. Jadual 2.7 menunjukkan bagaimana tahap perubahan tingkah laku IDU berlaku dan model ini boleh menjadi asas kepada memahami tahap perubahan yang dialami oleh IDU dalam usaha mencegah jangkitan HIV/AIDS melalui NSEP.

Jadual 1
Tahap Perubahan Tingkah laku yang Dialami oleh IDU Yang Terlibat dengan NSEP

Pra-Kesediaan	IDU berkongsi jarum dengan rakan-rakan dan tidak ada rancangan untuk berubah.
Kesediaan	Beberapa bulan kemudian, IDU terfikir untuk tidak berkongsi jarum dengan rakan-rakan kerana terdengar berita rakannya disahkan menghidap HIV akibat berkongsi jarum. Selain itu, IDU berpeluang untuk mendapat penjelasan tentang pengurangan kemudaratan daripada pekerja temu seru tentang bahayanya berkongsi jarum
Persediaan Untuk Bertindak	IDU mula bertanya rakan sekelilingnya/pekerja temu seru bagaimana untuk mendapatkan jarum daripada NSEP
Tindakan Berterusan	Berpeluang mendapatkan jarum percuma tanpa was-was IDU mula bergantung kepada NSEP untuk pembekalan jarum secara berterusan dan kepercayaan sudah mula terbentuk antara IDU/NSEP. IDU berusaha untuk mengelakkan relaps untuk tingkah laku selamat yang berterusan.
Penamatan	Yakin dan tidak lagi teruja untuk melakukan tingkah laku menyuntik yang berisiko.

Teori Motivasi Perlindungan (PMT)

Selain daripada itu, Teori Motivasi Perlindungan (PMT) juga mampu menjelaskan prinsip yang diketengahkan oleh NSEP. Teori Motivasi Perlindungan yang diperkenalkan oleh Rogers pada tahun 1975 pada asalnya bertujuan untuk menyediakan penjelasan konseptual untuk memahami kewujudan ketakutan. Kemudian, teori ini diperluaskan untuk menjelaskan tingkah laku merokok,

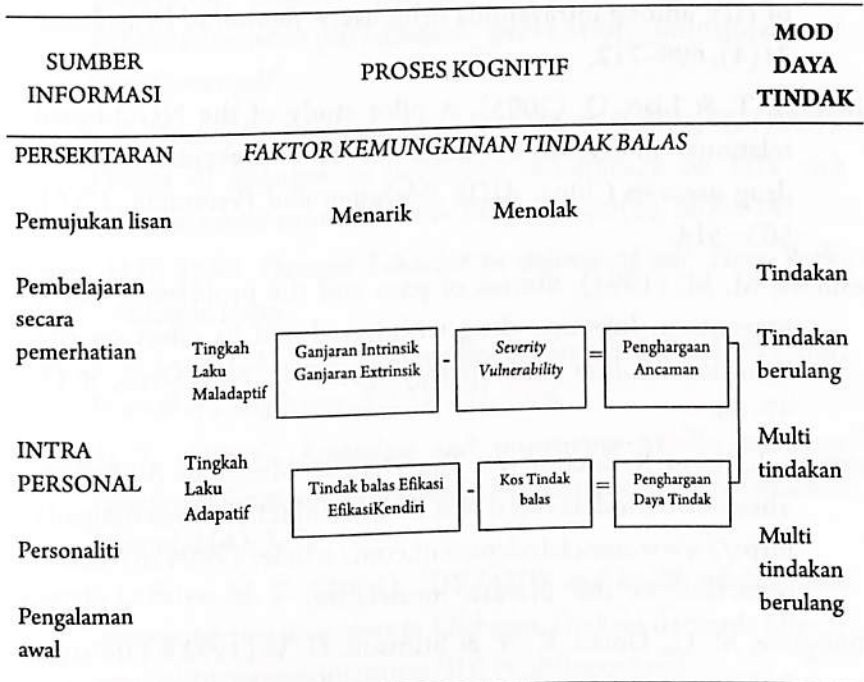
penggunaan alkohol, pemeriksaan payudara sendiri dan HIV/AIDS (Hartgers, Krijnen & Van der Pligt, 1999).

Teori ini menjelaskan daya tindaksecara adaptif dan maladaptif terhadap ancaman kesihatan sebagai hasil daripada dua proses penghargaan. Informasi atau pengetahuan tentang ancaman kesihatan (seperti ancaman HIV/AIDS) menghasilkan dua proses kognitif iaitu penghargaan ancaman dan penghargaan daya tindak. Teori ini mencadangkan empat faktor yang membolehkan seseorang melindungi dirinya (Ogden, 2000):

1. Penerimaan keterukan (*severity*) kepada peristiwa yang mengancam, seperti teruknya keadaan pesakit AIDS.
2. Penerimaan kemungkinan berlaku atau terdedahnya (*vulnerability*) kepada penyakit.
3. Penerimaan kepercayaan terhadap tingkah laku yang dicadangkan
4. (tindakbalas efikasi).
5. Penerimaan tahap kemampuan untuk melaksanakan tingkah laku yang dicadangkan (efikasi sendiri).

Rajah 1 dibawah ini menunjukkan bahawa penghargaan ancaman berlaku apabila wujudnya tindak balas maladaptif; sebagai contoh, dalam program NSEP, seseorang IDU berkongsi jarum atau meminjam jarum daripada rakan adalah dipandu oleh ganjaran tertentu iaitu dengan adanya jarum, IDU dapat menyuntik dadah dan kesakitan yang dialami semasa sindrom tarikan dapat dihentikan. Namun, wujudnya perasaan takut IDU terhadap teruknya jangkitan HIV/AIDS (*severity*) dan perasaan kerentanan bahawa dia boleh dijangkiti oleh HIV/AIDS (*vulnerability*) menjadikan IDU sebenarnya takutkan ancaman kesihatan dan ini menunjukkan bahawa proses kognitif yang berlaku ialah penghargaan kepada ancaman kesihatannya. Manakala penghargaan daya tindak berlaku apabila wujudnya tingkah laku adaptif seperti menggunakan jarum sendiri, jarum baru, atau jarum bersih yang dipandu oleh kepercayaan bahawa menggunakan hanya jarum baru dan bersih boleh mengelakkan jangkitan HIV/AIDS yang

dikenali sebagai tindak balas sendiri (*response efficacy*) dan kepercayaan bahawa dirinya mampu untuk melakukannya secara konsisten yang dikenali sebagai efikasi sendiri (*self efficacy*). Walaubagaimanapun, kos tindak balas seperti ketiadaan wang untuk membeli jarum akan memberi implikasi gaya tindak yang tidak diinginkan seperti terus berkongsi jarum walaupun efikasi sendiri dan tindak balas sendiri adalah tinggi. Berdasarkan model ini, memandangkan kos kepada tingkah laku menyuntik yang selamat dijangka menjadi penghalang kepada tingkah laku adaptif dan andaian bahawa pemberian jarum mampu menyelesaikannya, maka program NSEP yang memberikan jarum secara percuma dilihat sebagai memberi makna (*provision of means*) yang sesuai bagi membantu IDU mencegah HIV/AIDS.



Rajah 2.1: Teori Motivasi Perlindungan

Daftar Pustaka

- Ahmed, M. A., Zafar, T., Brahmabhatt, H., Imam, G., Hassan, S., Bareta, J. C. & Strathdee, S. A. (2003). HIV/AIDS risk behaviors and correlates of injection drug use among drug users in Pakistan. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(2), 321-329.
- Belanger, D., Godin, G., Lary, M. & Noel, L. & Cote, N. (2002). Prediction of needle sharing among injection drug users. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(7), 1361-1378.
- Beverly, S., David, F., Helen, T. & Jeanne, G. (1991). Needle use and sexual practices: Differences in perception of personal risk of HIV among intravenous drug users. *Journal of Drug Issues*, 21(4), 699-712.
- Chen, H. T. & Liao, Q. (2005). A pilot study of the NGO-based relational intervention model for HIV prevention among drug users in China. *AIDS Education and Prevention*, 17(6), 503-514.
- Connors, M. M. (1994). Stories of pain and the problem of AIDS prevention: Injection drug withdrawal and its effect on risk behavior. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 8(1), 47-68.
- Conway, J. Harm Reduction vs. The Disease Model of Addiction. These Two Models Need Not Be in Conflict. Diakses daripada http://www.associatedcontent.com/article/1789456/harm_reduction_vs_the_disease_model.html
- Donoghoe, M. C., Dolan, K. A. & Stimson, G. V. (1992). Life-style factors and social circumstances of syringe sharing in injecting drug users. *British Journal of Addiction*, 87(7), 993-1003.
- Emmanuel, F. E. & Mehreen, F. (2008). Coverage to curb the emerging HIV epidemic among injecting drug users in Pakistan: Delivering prevention services where most needed. *International Journal of Drug Policy*, 19(1), 59-64.

- Grau, L. E., Bluthenthal, R. N., Marshall, P., Singer, M. & Heimer, R. (2005). Psychosocial and behavioral differences among drug injectors who use and do not use syringe exchange programs. *AIDS and Behavior*, 9(4), 495-504.
- Hartgers, C., Krijnen, P. & Van der Pligt, J. (1999). HIV and Injecting Drug Users: The role of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 8, 34-45.
- Hanson, D. (2010, Jun 9). Origins of the Disease Model of Addiction. Diakses daripada dirkh.blogspot.com/2010/05/origins-of-disease-model-of-addiction.html
- Iowa Department of Public Health. *Iowa Comprehensive Plan 2004-2006*. Diakses daripada http://www.idph.state.ia.us/adper/common/pdf/disease_prevention_immunization/CPGcover.pdf
- Kang, S. Y., Deren, S., Andia, J., Colon, H. M. & Robles, R. (2004). Effects of changes in perceived self-efficacy on HIV risk behaviors over time. *Addictive Behaviors*, 29(3), 567-574.
- Kaplan, H.B. 1980. *Deviant behavior in defense of self*. New York: Academic Press.
- Klein, H. & Levy, J. A. (2003). Shooting gallery users and HIV risk. *Journal of Drug Issues*, 33(3), 751-768.
- Ksobiech, K. (2004). Assessing and improving needle exchange programs: Gaps and problems in the literature. *Harm Reduction Journal*, 1(4), 1-7.
- Lapinski-LaFaive, M. K. (2004). *HIV/AIDS and health related needs among injecting drug users in Michigan*. Diakses daripada <http://www.mihivnews.com/mhac/IDU%20Report.pdf>
- Muhamed, A. A. (1993). A comparative study on self-esteem between drug-abusers and non-abusers. *Jurnal Manusia dan Masyarakat*, 8, 1-12.

- Muhamed, A. A. & Herman, I. (1998). *Penagihan dadah mengikut kaum, diri, keluarga dan persekitaran*. Kuala Lumpur: Agensi Dadah Kebangsaan.
- Ogden, J. (2000). *Health psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Patten, S., Vollman, A. & Thurston, W. (2000). The utility of the Transtheoretical Model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11(1), 57-66.
- Payne, M. (1991). *Modern Social Work Theory: A critical introduction*. Mac Millan: Hong Kong. 118-132.
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Rahim, S.A. & Herman, I. 1996. *Remaja dan AIDS: Media, nilai, personaliti dan tingkah laku*. Kuala Lumpur: Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Rastegar, D.A. & Fingerhood, M.I. (2005). *Addiction medicine: an evidence-based handbook*. Lippincott Williams & Wilkins. USA: Philadelphia.
- Roberts, C. & Crofts, N. (2000). Hitting up in the top end: Characteristics of needle exchange clients in Darwin. *Australian and New Zealand Journal of public health*, 24(1), 82-85.
- Robert, W & Ainsley, H. (2006). *Theory Of Addiction*. Blackwell Publishing. U.Kingdom: Oxford.
- Rousev, A. & Barendregt, C. (2004). *Characteristics and risky behavior of injecting drug users in sofia effectiveness of outreach work in HIV Prevention and Harm Reduction*. Research Project of "Initiative for Health" Foundation with the assistance of the PHARE Program of European Commission. Netherlands: . Erasmus Universiteit Rotterdam.

- Simmonds, L. & Coomber, R. (2009). Injecting drug users: A stigmatised and stigmatising population. *International Journal of Drug Policy*, 20(2), 121-130.
- Sowell, R. L., Seals, B. F. & Phillips, K. D. (1996). Knowledge and risk behaviors of people antibody testing at a community site seeking HIV. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 7(3), 33-41.
- Sowers, K. M. & Rowe, W. (2007). *Social work practice and sosial justice : from local to global perspectives*. Belmont, CA.: Thomson Brooks/ Cole.
- Stimson, G. V., Donoghoe, M., Alldritt, L. & Dolan, K. (1988). HIV transmission risk behaviour of clients attending syringe-exchange schemes in England and Scotland. *British Journal of Addiction*, 83(12), 1449-1455.
- Strathdee, S. A., Fraga, W. D., Case, P., Firestone, M., Brouwer K. C., Perez, S. G. ... Magis, C. (2005). "Vivo para consumirla y la consumo para vivir" ["I live to inject and inject to live"]: High risk injection behaviors in Tijuana, Mexico. *Journal Of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(4), 58-73.
- Turner, F. (2002). *Sosial Workers' desk Reference*. New York: Oxford University Press.
- Wolitski, R. J., Fishbein, M., Johnson, W. D., Schnell, D. & Esacove, A. (1996). Sources of HIV information among injecting drug users: Association with gender, ethnicity, and risk behaviour. *AIDS Care*, 8(5), 541-555.
- Woods, M.E. & Robinson, H. (1996). Psychosocial Theory And Social work Treatment. Dalam Turner, F.J., *Social Work Treatment : Interlocking theoretical approaches* (4th ed, ms555-580). New York: The Free Press.
- Wynn, R., Karlsen, K., Lorntzen, B., Bjerke, T. N. & Bergvik, S. (2009). Users' and GPs' causal attributions of illegal substance

|| HIV/AIDS dan Pengurangan Resiko dari Perspektif Pekerjaan Sosial

use: An exploratory interview study. *Patient Education and Counseling*, 76(2), 227.

Zafar, T., Brahmbhatt, H., Imam, G., Hassan, S. & Strathdee, S. A. (2003). HIV knowledge and risk behaviors among Pakistani and Afghani drug users in Quetta, Pakistan. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrom*, 32(4), 394-398.

Zainal, A., Rahman, R. M. A., Ghani, S.A., Zamani, Z.A., Sulaiman, W.S.W. (2003). Laporan akhir projek penyelidikan biaya Universiti Kebangsaan Malaysia. Kod Projek: SK/36/2003.

Dukungan Stakeholder dalam Pelaksanaan Program Harm Reduction

Peter Voo, PhD

Universiti Malaysia Sabah

Pengenalan

Usaha pencegahan virus HIV/AIDS tidak harus terletak di bahu kerajaan semata-mata, pemimpin yang terdiri daripada orang yang berkepentingan (Stakeholder) juga memainkan peranan penting dalam pelaksanaan program ini dengan menyalurkan maklumat dan ilmu pengetahuan kepada masyarakat di kawasan masing-masing. Cara ini amat berkesan memandangkan masyarakat amat menghormati pemimpin. Pemimpin adalah dikalangan mereka yang paling dekat dengan masyarakat setempat, dan masyarakat setempat menghormati mereka, yang mana dianggap boleh memberi nasihat dan bantuan yang diperlukan dalam kehidupan seharian Menurut Fiedler, (1967) pemimpin adalah mereka yang memberi inspirasi dan menjadi teladan kepada semua.

Seperti yang diketahui, masyarakat masih lagi kabur dengan program *Harm Reduction* yang di perkenalkan bagi mengurangkan risiko jangkitan HIV/AIDS. Prinsip dan modul dalam program HR *Harm Reduction* seperti penggunaan kondom bagi tujuan seks selamat, pendidikan dan maklumat tentang risiko jangkitan HIV/AIDS, rawatan terapi (*Methadone*), Kaunseling dan ujian sukarela HIV atau (*Volunteer*

Counseling Test) dan program pertukaran jarum dan alat suntikan NSEP masih lagi dianggap mencabar nilai-nilai kemasyarakatan. Sekiranya persepsi masyarakat masih lagi salah tentang program ini, maka usaha-usaha untuk mengurangkan jangkitan HIV/AIDS tidak akan berjaya. Oleh itu, semua pihak terutama pemimpin *Stakeholder* sebagai pihak berkepentingan yang lebih dekat dengan masyarakat di kawasan masing-masing boleh berfungsi dengan menyampaikan maklumat program HR khususnya kepada masyarakat setempat tentang keberkesanan program ini dalam mengurangkan jangkitan HIV/AIDS dikalangan pengguna dadah khususnya, ini termasuklah aktiviti perbincangan, seminar dan ceramah kepada masyarakat berkenaan program HR yang meliputi program NSEP, program Metadon serta pengetahuan tentang HIV/AIDS.

Perkembangan Program *Harm Reduction*

Pengurangan kemudaratan (*Harm Reduction*) bermaksud mengurangkan kemudaratan yang akan berlaku akibat pengambilan dadah seperti, jangkitan HIV/AIDS, Hepatitis B & C, "drug overdose", masalah perubatan dan isu-isu psikososial dan penglibatan dalam aktiviti jenayah dan anti sosial yang lain. Pengurangan kemudaratan ialah satu program yang menggunakan pendekatan kesihatan berpusat dan berusaha mencari dan mengurangkan masalah sosial dan kesihatan yang berkaitan dengan aktiviti yang berisiko tinggi (Single, 1995; Thomas, 2005).

Memang tidak boleh dinafikan adalah amat susah dan mustahil bagi seorang pengguna dadah itu berhenti dengan serta merta daripada mengambil dadah, dan penggunaannya pula telah membawa kemudaratan dengan epidemik penyakit seperti jangkitan HIV/AIDS, Hepatitis B & C dan masalah sosial. Program pengurangan kemudaratan yang diperkenalkan dapat membantu mengurangkan kesan-kesan kemudaratan yang berisiko akibat pengambilan dadah, justeru program ini berusaha untuk mengurangkan dan meminimalkan

dan bukannya bertujuan menghentikan terus penggunaan dadah dalam masa yang singkat (Marlatt & Tapert, 1993).

Pendekatan pengurangan kemudaratan bermula dengan cara yang praktikal untuk mengurangkan kemudaratan kepada seseorang individu tanpa perlu memberi tumpuan kepada cara untuk berhenti dari mengambil dadah secara total. Pengguna dadah secara suntikan masih lagi mengamalkan aktivitiinya seperti biasa, namun dalam jangka masa pendek program ini akan membawa masuk *input* secara teknikal dan melalui sesi kaunseling dan nasihat daripada perjumpaan yang di buat dengan pekerja temuseru dan lawatan pengguna dadah secara suntikan sendiri ke Pusat DIC yang berdekatan. Program pengurangan kemudaratan amat menitikkan berat tentang isu-isu psikososial pengguna dadah. Ketidakupayaan kesihatan dari segi fizikal, mental dan emosi lebih diberi tumpuan, kerana masalah penggunaan dadah sebenarnya lebih mengganggu kefungsiian sosial seseorang pengguna dadah itu (Tsui, 2000). Program ini berkonsepkan kesihatan awam dan bukannya tindakan penguatkuasaan atau undang-undang, oleh yang demikian program *Harm Reduction* ini lebih kepada isu-isu psikososial seseorang pengguna dadah secara suntikan.

Melalui program ini pengguna dadah cara suntikan adalah dibantu untuk berhenti dan mereka berhenti atas kerelaan sendiri kerana konsep program ini yang tidak memberi persepsi negatif terhadap dadah. Pengambilan dadah hanya bersifat sementara, ia boleh ditinggalkan dalam jangka masa tertentu. Oleh itu program pengurangan kemudaratan sekurang-kurangnya membuka semula ruang perubahan kepada mereka ini untuk berubah dan kembali ke pangkuan masyarakat walaupun dalam jumlah yang sedikit (Tsui, 2000). Pencapaian dalam program pengurangan kemudaratn adalah bersifat konsisten dan berterusan. Iainya perlu berterusan dari tahap pertama hingga tahap akhir apabila saja menyertai program ini. Mereka yang menyertai program ini perlu menunjukkan perubahan yang akan dinilai sejak dari mula lagi. Pencapaian dan komitmen untuk berubah amat ditekankan kearah perubahan yang positif (Minkoff, 1996).

Antara komponen-komponen yang terdapat dalam program pengurangan kemudaran (*Harm Reduction*) adalah seperti pendidikan kesihatan tentang penyakit dan kaedah mengurangkan risiko jangkitan Hiv/Aids, Hepatitis dan penyakit kelamin (STD). Selain itu, kaunseling berkaitan aspek penagihan, psikologi, kerohanian, latihan kemahiran hidup dan perubahan tingkahlaku. Terdapat juga ujian saringan HIV dan STD, Program Pertukaran Jarum Suntikan dan Picagari (*Needle & Syringe Exchange Program*, NSEP). Program Rawatan Gantian Dadah, seperti Program Metadon (Majlis AIDS Malaysia, 2005)

Sokongan Stakeholders dalam Program Harm Reduction

Kajian lepas untuk melihat reaksi dan tindakan oleh orang yang berkepentingan atau *stakeholders* tentang program HR telah banyak dilakukan oleh penyelidik-penyelidik bagi melihat bagaimana reaksi *stakeholders* ini terhadap program HR. Salah satu kajian yang mempunyai kaitan dengan *stakeholder* ini adalah berkenaan sokongan golongan politik dalam program HR. Hammet, Wu, Duc, Stephens, Sullivan, Liu, Chen, Ngu, Des Jarlais, (2008) menyatakan bahawa kurangnya sokongan politik dan kerajaan merupakan suatu halangan dalam implementasi program pengurangan kemudaran. Kebanyakan ahli politik hanya akan menyokong program seperti ini apabila terdapatnya pilihanraya atau program yang boleh memberikan manfaat peribadi kepada mereka, justeru sokongan ahli politik sangat digalakan bagi pelaksanaan program HR. Pentingnya sokongan ahli politik untuk menjalankan program pengurangan kemudaran boleh dilihat di beberapa negara, termasuk Russia, Malaysia, Vietnam, dan China. (Tkatchenko, Renton, Gevorgyan, Davydenko, Atun, (2008); Sullivan, Wu, (2007); Reid, Kamarulzaman, Sran, (2007). Sementara itu Bluethenthal, Heinzerling, Anderson, Flynn, Kral, (2008). mendapati terdapat peningkatan dalam jumlah bilangan program HR di California, apabila kerajaan Amerika meluluskan peruntukan undang-undang yang membenarkan program NSEP

dijalankan. Di negara China juga setelah membuat keputusan untuk melaksanakan program penerimaan pengurangan kemudaratan dalam bentuk rawatan Terapi Metadon, bilangan klinik dan pengunjungnya meningkat dengan drastik (Lu, Zhao, Bao, Shi Jie, 2008).

Manakala Maher & Dixon (1999) mendapati pelaksanaan polisi mengenai program HR kadangkala tidak menepati jangkaan dan perancangan antara agensi yang terlibat dengan program HR, ini kerana walaupun terdapat MOU antara agensi, namun masih terdapat masalah dengan pihak penguatkuasa. Maher & Dixon (1999) memberi contoh negara Australia yang mempunyai komitmen polisi program HR yang tinggi terhadap pelaksanaan program HR, masih juga mengalami masalah yang pelbagai dengan pihak penguatkuasa di negara terbabit.

Peranan Stakeholders

Sebagai pemimpin orang yang berkepentingan, peranan mereka dalam menyampaikan maklumat tentang pelaksanaan program HR kepada masyarakat sangat penting dan menuntut komitmen yang amat tinggi. Di antaranya ialah melibatkan diri dan berhubung secara langsung dengan semua lapisan masyarakat. Ini bertujuan untuk mendekati dan memahami kesulitan yang dialami oleh masyarakat dan pemimpin juga harus membantu secara fizikal dalam apa juga bentuk aktiviti yang berkaitan. Pemimpin atau *Stakeholders* mempunyai ilmu yang tidak ternilai melalui pengalaman yang lepas, maka boleh melihat sejauh mana penglibatan diri terhadap sesuatu perkara. Ini kerana pemimpin yang mengaplikasikan pengalaman lalu yang mempunyai persamaan dengan program HR dapat memudahkannya memberikan maklumat dan membantu mempromosikan program HR kepada masyarakat.

Cara lain bagi menunjukkan komitmen adalah dengan berusaha memahami dengan lebih mendalam objektif program HR tersebut. Dengan memahami secara mendalam tentang program HR perkongsian dan penyampaian maklumat daripada pemimpin kepada

masyarakat akan lebih tepat. Oleh yang demikian peranan pemimpin orang yang berkepentingan dalam menyampaikan maklumat amat penting kepada masyarakat dan orang bawahan. Penyampaian maklumat bukan sahaja lebih tertumpu kepada masyarakat di kawasan bandar yang mempunyai akses kemudahan teknologi yang canggih malah masyarakat di luar bandar terutamanya penduduk kampung harus diberikan pendedahan agar tidak timbul salah faham tentang maklumat yang akan disampaikan mengenai program HR. Farmer (1992) mendapati penyampaian maklumat dan info perlu tepat, kerana sebarang maksud dan istilah yang tidak betul akan di salah tafsir oleh masyarakat tempatan mengikut budaya masing-masing. Akibatnya masyarakat luar bandar mungkin akan menolak pelaksanaan program ini (Farmer, 1992). Adalah menjadi peranan pemimpin (Stakeholder) untuk melaksanakan tugasnya dengan penuh amanah dengan membekalkan maklumat yang betul serta mendedahkan manfaat program ini kepada masyarakat.

Majoriti pemimpin atau orang yang berkepentingan adalah mereka yang mempunyai kedudukan yang tinggi dalam sesebuah institusi atau organisasi. Dengan kedudukan yang tinggi itulah seseorang pemimpin orang yang berkepentingan dapat menunjukkan contoh yang baik sebagai seorang ketua untuk membimbing masyarakat dan orang bawahannya. Masyarakat akan menjadikan orang yang berkepentingan sebagai *Role Model* mereka dengan melihat kemampuan ketua tersebut. Kemampuan pemimpin orang yang berkepentingan untuk mempamerkan sikap berkerjasama juga amat penting untuk mewujudkan persefahaman dalam pelaksanaan program HR, ini termasuklah kerjasama kepada semua pihak termasuk agensi kerajaan atau NGO yang terlibat untuk memberikan imej yang baik kepada masyarakat dan membolehkan program HR ini diterima (Peter Voo et. al, 2010).

Peranan pemimpin orang yang berkepentingan dalam menyampaikan maklumat tentang program HR juga dilakukan melalui pendekatan keagamaan, terutamanya oleh ketua-ketua keagamaan.

Menjalankan aktiviti-aktiviti keagamaan yang lebih bersifat kerohanian juga dilihat sebagai salah satu langkah bagi pemimpin untuk menyampaikan maklumat program HR dengan berkesan. Semua orang mempercayai bahawa ajaran setiap agama adalah membawa kepada kebaikan sesama manusia. Oleh itu ruang dalam aktiviti keagamaan juga digunakan oleh *Stakeholder* keagamaan bagi memberikan penerangan serta statistik tentang betapa bahayanya sesuatu penyakit. Penyampaian maklumat melalui khutbah dan ceramah-ceramah keagamaan juga merupakan salah satu langkah yang baik bagi seorang pemimpin kerana ianya mudah dan mesej boleh disampaikan dengan terus kepada pengikutnya.

Ciri-ciri sebagai seorang pemimpin itu juga amat perlu dalam pelaksanaan apa juga program untuk mencapai matlamat. Ciri-ciri seperti bersikap empati adalah salah satu daripada ciri-ciri yang harus ada sebagai seorang pemimpin. Kirkpatrick & Lock, (1991), menggambarkan kepemimpinan sebagai interaksi terhadap situasi, fungsi, tingkahlaku, kuasa, nilai dan karisma seseorang itu sebagai pemimpin. Seorang pemimpin harus sentiasa bersedia sedia menghadapi apa juga masalah dan rintangan yang bakal dihadapi. Bagi melaksanakan program HR pemimpin harus mendampingi masyarakat dan cuba untuk mendengar luahan hati mereka. Sifat ini boleh membantu pemimpin bertindak dengan lebih rasional dalam isu yang berkaitan dengan HIV/AIDS. Bersikap tegas adalah sifat yang sangat diperlukan bagi seorang pemimpin, namun di sebalik sifat ketegasan itu menurut responden, pemimpin harus mengikis amalan diskriminasi atau rasis dengan masyarakat yang berlainan agama dan bangsa apatah lagi dengan kewujudan kepelbagaian etnik di sesebuah negara.

Kesimpulan

Tugas dan tanggungjawab adalah amanah daripada Tuhan. Maka menjadi kewajipan sebagai seorang pemimpin untuk berkhidmat kepada masyarakat. Kepimpinan menunjukkan seseorang itu bersedia memikul satu tanggungjawab yang besar dan hanya pemimpin yang

benar-benar berkualiti boleh mempengaruhi orang di sekeliling mereka (Kouzes & Posner, 2007). Dalam pelaksanaan program HR, sifat ini begitu penting bagi mendapatkan kerjasama yang jitu di antara pemimpin dan masyarakat. Kesihatan diri yang baik juga mencerminkan keperibadian yang elok dan indah dengan menjaga kesihatan maka seorang pemimpin itu akan dilihat mempunyai keupayaan fizikal dan minda yang sihat dan cergas untuk berkerja serta berkhidmat kepada masyarakat. Secara tidak langsung orang bawahan akan menjadikan pemimpin mereka sebagai contoh yang baik. Bersikap mesra, bertanggungjawab, boleh dipercayai dan berdisiplin adalah ciri-ciri yang perlu ada bagi seorang pemimpin orang yang berkepentingan.

Rujukan

- Aeberhard, P.J. (1996). The politics of harm reduction in France. *International Journal Drug Policy*, (7)1, 27-30.
- Bluthenthal, R. N., Heinzerling, K. G., Anderson, R., Flynn, N. M., Kral, A. H. (2008). Approval of Syringe Exchange Programs in California: Result from a Local Approach to HIV Prevention. *American Journal Public Health*, 98(2):278-283.
- Des Jarlais, D. C., Marmor, M., Paone, D., Titus, S., Shi, Q., Perlis, T., Jose, B., & Friedman, S. R. (1996). HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet*, 348, 987-991.
- Des Jarlais, D. C. (2000). Research, politics, and needle exchange [Electronic version]. *American Journal of Public Health*, 90(9), 1392-1394.
- Engelsman, E. M. (1989). Dutch policy on the management of drug-related problems. *British Journal of Addiction*, 84, 211-218.
- Farmer, P. (1992). *AIDS and Accusation: Haiti and the geography of blame*. Cambridge: University of Cambridge Press.
- Fiedler, F. E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. McGraw-Hill: Harper and Row Publishers Inc.
- Kirkpatrick S.A., & Locke, E. A., (1991). *Leadership: Do traits matter?*. Academy of Management Executive, vol 5: (2)
- Klingemann, H. (1996). Drug treatment in Switzerland: Harm reduction, decentralization and community response. *Addiction*, 91(5), 723-736.
- Kouzes, J., & Posner, B. (2007). *The Leadership Challenge*. CA: Jossey Bass.
- Lu, L Zhao, D. Bao Y.P., Shi Jie, (2008) Methadone Maintenance Treatment of Heroin Abuse in China. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. (34): 127-131

|| HIV/AIDS dan Pengurangan Resiko dari Perspektif Pekerjaan Sosial

- Maher, L., Dixon, D. (1999). Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market. *British Journal of Criminology*, 39(4):488-512.
- Majlis AIDS Malaysia. (2005). Fokus pengurangan risiko. *Alternatif* Isu 1. 2005.
- Marlatt, G.A. & Tapert, S.F., (1993). Harm Reduction: Reduction the risk of addictive behaviours. In: J.S Baer, G.A. Marlatt & R.J. McMahon (eds). *Addictive behaviour across the life span*. London: Sage Publications.
- Peter S.K Voo, Ismail Maakip, Mohd. Sharani Ahmad, Murnizam Hj. Halik (2010). *Pengetahuan dan Persepsi Pelajar Universiti Tentang HIV/AIDS: Satu Kajian Kualitatif di UMS Kota Kinabalu*. Kertas Kerja dibentangkan dalam Seminar Psikologi Kebangsaan, Universiti Malaysia Sabah, Kota Kinabalu, Sabah, 28-29 Oktober 2010
- Reid, G., Kamarulzaman, A., Sran, S. K. (2007). Malaysia and harm reduction the challenges and responses. *International Journal of Drug Policy*, 18(2): 136-140.
- Single E., (1995). Defining harm reduction. *Drug Alcohol Rev* 14(3):287-90.
- Sullivan, S., Wu, Z. (2007). Rapid Scale up of Harm reduction in China. *International Journal of Drug Policy*, 18(2):118-128.
- Tkatchenko-Schmidt, E., Renton, A., Gevorgyan R., Davydenko, L. Atun, R. (2008). Prevention of HIV/AIDS among injecting drug users in Russia: Opportunities and barriers to scaling-up of harm reduction programmes. *Health Policy*, 85(2):162-171.



TENTANG PENULIS

Adi Fahrudin, PhD dilahirkan di Galang Tinggi, Banyuasin, Sumatera Selatan, 12 Januari 1966. Pekerjaan saat ini sebagai Guru Besar/Profesor Pegawai Negeri Sipil pada Kopertis III Jakarta Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan ditugaskan pada Universitas Muhammadiyah Jakarta. Sejak 1 Agustus 2014, beliau dilantik sebagai Visiting Professor of Social Work pada Faculty of Applied Social Science, Universiti Sultan Zainal Abidin (UnisZA), Terengganu, Malaysia dan sebagai Visiting Research Associate Fellow pada The Psychology and Social Health Research Unit (2014-2021) and Visiting Professor di Fakultas Psikologi dan Pendidikan (2016-2019) Universiti Malaysia Sabah, Kota Kinabalu, Sabah, Malaysia. Selain itu beliau juga dilantik sebagai Visiting Professor pada Social Work Research Institute (SWRI), Japan College of Social Work, serta menjadi Visiting Scholars pada Asian Research Institute for International Social Work (ARIISW), Shukutoku University, Chiba, Japan.

Azlinda Azman, PhD adalah Profesor dalam Pekerjaan Sosial dan Dekan Pusat Pengajian Sains Kemasyarakatan, Universiti Sains Malaysia (USM), Penang, Malaysia. Dia juga adalah *Convenor of*

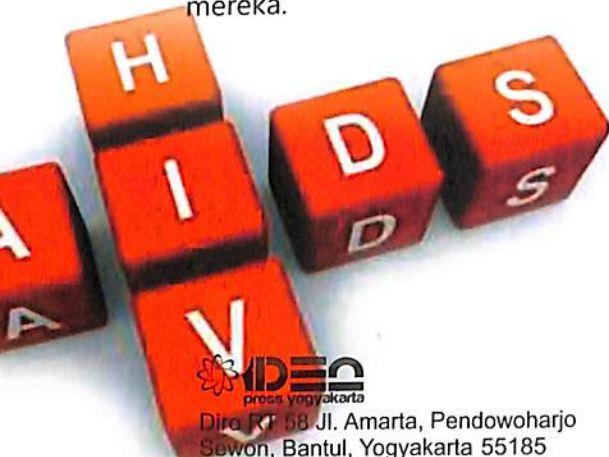
AIDS Action and Research Group (AARG), USM. Dia adalah Sarjana Fulbright dan memperoleh gelar *Doctor of Philosophy (Ph.D)* dalam Pekerjaan Sosial Klinis dari New York University. Dr. Azlinda secara aktif terlibat secara nasional dan internasional dalam mengadvokasi pendidikan dan praktik kerja sosial. Dia mengetuai Komite Dewan Gabungan Nasional untuk Pendidikan Pekerjaan Sosial, Malaysia. Dia juga terlibat dalam berbagai LSM, termasuk sebagai Asisten Sekretaris Kehormatan Dewan AIDS Malaysia (MAC), Dewan Pengawas Yayasan AIDS Malaysia (MAF), Dewan Pengawas Yayasan Budi Penyayang (YBP) dan Anggota Komite Eksekutif dari Asosiasi Pekerja Sosial Malaysia (MASW). Dr. Azlinda telah menerbitkan secara luas di jurnal internasional dan lokal. Bidang keahliannya meliputi pendidikan/kurikulum pekerjaan sosial, teori dan metode dalam pekerjaan sosial dan penelitian pekerjaan sosial. Bidang minat penelitiannya meliputi lembaga keluarga, pengembangan masyarakat, kemiskinan, HIV/AIDS dan masalah terkait narkoba.

Ellya Susilowati, PhD, bekerja di Kementerian Sosial RI, menjadi staf pengajar pada Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial (STKS) kini bertukar menjadi Politeknik Kesejahteraan Sosial Menamatkan Program S1 Pekerjaan Sosial di STKS Bandung tahun 1988, selanjutnya melanjutkan studi Pascasarjana S2 di Universitas Padjajaran Bandung. Terakhir, ia menamatkan pendidikan **Doctor of Philosophy (Social Work)** dari Universiti Sains Malaysia dan lulus tahun 2012.

Husmiati Yusuf, PhD merupakan seorang Peneliti Madya di Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial, Kementerian Sosial Republik Indonesia. Menamatkan Sarjana Pekerjaan Sosial di Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial (STKS) Bandung tahun 1991. Menyelesaikan pendidikan Master of Social Science (Social Work) tahun 2004, kemudian PhD in Social Work tahun 2010. Pengalaman bekerja pertama kali bekerja sebagai Pekerja Sosial di Balai Besar Pendidikan dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial (BBPPKS) Lembang Bandung dari tahun 1994 sampai tahun



Masalah penyalahgunaan narkotika pada masa ini merupakan masalah serius yang dihadapi oleh banyak Negara termasuk Indonesia dan Malaysia. Masalah ini tidak berdiri sendiri. Banyak faktor penyebab yang turut serta mempengaruhi masalah penyalahgunaan narkotika. Pun begitu masalah penyalahgunaan narkotika terkait dengan penularan penyakit HIV/AIDS. Penggunaan jarum suntik dikalangan pengguna/penagih narkotika secara bertukar-tukar sesama mereka turut mempengaruhi penularan HIV/AIDS. Oleh sebab itu penularan HIV/AIDS yang tadinya banyak bersumber dari hubungan seksual kini semakin kompleks karena juga bisa disebabkan dari pertukaran jarum suntik. Masalah penyalahgunaan narkotika dan HIV/AIDS perlu dilihat secara interdisiplin dan salah satunya adalah pekerjaan sosial. Pekerjaan sosial berkepentingan karena ketika seseorang terlibat dengan penyalahgunaan narkotika terlebih jika sudah terjangkiti HIV/AIDS maka yang bersangkutan telah mengalami penurunan kualitas hidup dan keberfungsian sosialnya. Penyalahgunaan narkotika dan pesakit HIV/AIDS adalah korban dari sebuah sistem sosial yang timpang dan sakit. Sebagai sebuah profesi pertolongan, pekerjaan sosial konsen pada upaya mempertahankan dan memperkuat kualitas hidup dan keberfungsian sosial seseorang. Untuk itu peranan pekerjaan sosial dirasakan sangat perlu untuk membantu individu-individu yang kerana sesuatu sebab telah menjadi penyalahgunaan narkotika dan pesakit HIV/AIDS. Bekerja dengan orang yang terlibat dengan penyalahgunaan narkotika dan HIV/AIDS sudah barang tentu memerlukan sistem nilai dan kompetensi professional agar pertolongan yang diberikan dapat memperbaiki, mempertahankan dan meningkatkan keberfungsian sosial mereka.



Ditrd RT 58 Jl. Amarta, Pendowoharjo
Sewon, Bantul, Yogyakarta 55185
telp/fax. (0274)6466541
Email: ideapres.now@gmail.com

