

PENGEMBANGAN MODEL LAYANAN PROFESIONAL KONSELING HIV/AIDS DI PROVINSI BALI BERBASIS FRONT-END ANALYSIS

Anak Agung Ngurah Adhiputra¹, Wayan Maba², Wery Dartiningsih³

¹Universitas PGRI Mahadewa Indonesia, Denpasar, Indonesia;
ngurahadhiputrampd@gmail.com

²Universitas Mahasaraswati, Denpasar, Indonesia; wayanmaba.unmas@gmail.com

³Universitas PGRI Mahadewa Indonesia, Denpasar, Indonesia;
madewery01@gmail.com

Abstrak. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengembangan model layanan profesional konseling HIV/Aids di provinsi Bali berbasis *front-end analysis*. Data primer penelitian ini bersumber dari studi pustaka, studi komparasi, kuesioner, dan survey lapangan. Menggunakan teknik pengambilan sampel dipilih secara purposive dengan kriteria perkembangan status dan wilayah. Penelitian menggunakan sampel di sembilan kabupaten dan kota di provinsi Bali yang memiliki lembaga Komisi Penanggulangan Aids (KPA). Penelitian pengembangan pembelajaran dilakukan dengan mengadopsi 4D (*Define, Design, Develop and Disseminate*). Temuan menunjukkan data yang komprehensif orang terjangkit HIV/Aids berdasarkan usia, jenis kelamin, dan pekerjaan ditingkat nasional dan provinsi Bali serta merancang model layanan profesional konseling HIV/Aids berbasis *front-end analysis* dan dianalisis secara logika (*expert judgment*) melalui sebuah panel group discussion oleh pakar untuk penyempurnaan. Penelitian ini memiliki implikasi adanya peningkatan kinerja dan profesionalisme konselor dan respon dari klien untuk berubah perilaku berisiko.

Kata kunci: Konseling Sebaya, Konseling Individual, Layanan Profesional Konseling HIV/AIDS.

Abstract. This study aims to analyze the development of a professional service model for HIV / Aids counseling in Bali province based on front-end analysis. The primary data of this research comes from literature studies, comparative studies, questionnaires, and field surveys. Using the sampling technique was selected purposively with the criteria for the development of status and region. The study used a sample of nine districts and cities in the province of Bali that have the Aids Commission (KPA). Learning development research is carried out by adopting 4D (*Define, Design, Develop and Disseminate*). The findings show comprehensive data on people infected with HIV / Aids by age, sex, and occupation at the national and provincial levels of Bali and designing a professional counseling service model for HIV / Aids based on front-end analysis and logically analyzed (*expert judgment*) through a panel group discussion. by experts for refinement. This research implies an increase in the performance and professionalism of the counselor and the client's response to changing risky behavior.

Keywords: Peer Counseling, Individual Counseling, Professional Services for HIV/AIDS Counseling.

PENDAHULUAN

HIV adalah singkatan dari "*Human Immunodeficiency Virus*". Ini adalah virus yang menyebabkan AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*). HIV ditularkan dari orang ke orang lewat hubungan seksual, terpapar darah, melahirkan anak, atau menyusui (Gallant, MD., 2010). Kasus HIV&AIDS menyerang secara diam-diam di tubuh manusia. Namun, jika mengalami tes dini, virus ini bisa terdeteksi pada minggu ke-8 hingga ke-12 setelah virus masuk ke tubuh manusia disebut periode jendela. Selama periode 5-10 tahun, orang yang terinfeksi terlihat sehat atau disebut masa Asimtomatik, sebelum akhirnya menunjukkan gejala setelah periode tersebut. Ini membuktikan bahwa penyakit yang mematikan dan nyaris fatal secara universal, tidak dapat diobati atau belum dapat disembuhkan telah menjadi penyakit yang sangat mengkuatirkan masyarakat dunia. Konseling merupakan salah satu proses yang harus dilakukan sebelum seseorang memutuskan untuk tes anti HIV. Pengertian konseling adalah hubungan kerjasama yang bersifat menolong antara Konselor dan Klien yang bersepakat untuk: (a) bekerjasama dalam upaya menolong klien agar dapat menguasai permasalahan dalam hidupnya, (b) berkomunikasi untuk membantu mengidentifikasi dan mendiagnosa masalah klien, (c) terlibat dalam proses menyediakan pengetahuan keterampilan dan akses terhadap sumber masalah, (d) membantu klien untuk mengubah perilaku dan sikap yang negatif terhadap masalahnya sehingga klien dapat mengatasi kecemasan dan stress akibat dari dampak sosial masyarakat dan juga dapat memutuskan sendiri apa yang akan dilakukan terhadap permasalahan yang dihadapinya.

Konseling HIV/Aids adalah konseling yang secara khusus memberikan perhatian terhadap permasalahan yang berkaitan dengan infeksi terhadap virus HIV/Aids, baik terhadap orang dengan HIV/Aids atau Odha, maupun terhadap lingkungan yang terpengaruh. Penularan dan penyebaran virus HIV/Aids sangat berhubungan dengan perilaku beresiko, oleh karena itu penanggulangan harus memperhatikan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku tersebut. Kasus HIV/Aids banyak ditemukan pada kelompok perilaku beresiko tinggi yang dimarginalkan seperti Perempuan Pekerja Seks (PSK), Laki-laki Pekerja Seks (LSK), Hubungan sesama jenis Homoseksual (LSL), dan Lesbi (PSP), Waria dan sebagainya, maka program-program pencegahan dan penanggulangan HIV/Aids memerlukan pertimbangan keagamaan, adat istiadat, dan norma-norma masyarakat yang berlaku disamping pertimbangan kesehatan. Perlu adanya kesediaan model layanan konseling yang komprehensif kepada masyarakat bagi yang belum terjangkit HIV/Aids agar tumbuh kesadaran tidak melakukan perbuatan beresiko melalui program-program pencegahan HIV/Aids yang efektif dan memiliki jangkauan layanan yang semakin luas dan program-program pengobatan, perawatan dan dukungan yang komprehensif bagi Odha untuk meningkatkan kualitas hidupnya (Hortensi, 2020).

Tujuan khusus penanggulangan HIV/Aids adalah menyediakan dan menyebarluaskan informasi dan menciptakan suasana yang kondusif untuk mendukung upaya penanggulangan HIV/Aids, dengan menitik beratkan

pencegahan pada orang beresiko tinggi tertular HIV/Aids. Upaya penanggulangan HIV/Aids harus memperhatikan nilai-nilai agama, budaya serta norma-norma masyarakat dan kegiatan diarahkan untuk mempertahankan dan memperkuat ketahanan dan kesejahteraan keluarga. Keluarga sebagai unit terkecil masyarakat mempunyai tugas yang amat penting dan sangat mulia sebagai benteng pertama dalam bidang pencegahan dan penanggulangan HIV/Aids. Ketahanan keluarga dalam arti yang sesungguhnya perlu tetap diupayakan dan ditingkatkan. Selain itu keluarga mampu memberikan lingkungan yang kondusif bagi Odha dengan berempati dan menjauhkan sikap deskriminatif terhadap mereka. Masyarakat umum berperan membantu upaya pencegahan dan penanggulaangan HIV/Aids di lingkungan masing-masing dengan memberikan kemudahan dan menciptakan lingkungan yang kondusif. Masyarakat berhak menerima informasi yang benar tentang masalah HIV/Aids.

Dalam menghadapi tantangan begitu pesatnya penyebaran infeksi HIV/Aids dimasyarakat yang sekarang jumlahnya secara signifikan terus mengalami peningkatan yang sangat tinggi. Di Indonesia diperkirakan bahwa kasus Aids berjumlah 26.483 jiwa dan 5.056 diantaranya telah meninggal (laporan Ditjen PPM & PL Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tanggal 13 Juli 2011). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Bali, hingga akhir tahun 2011 penderita HIV/Aids di Bali tercatat 5.222 orang. Namun data Maret 2012 menunjukkan jumlahnya 5.917 orang atau terjadi penambahan sekitar 695 orang terinfeksi positif HIV/Aids saat ini (terjadi peningkatan sekitar 20 %). Sedangkan data akhir September 2014 (Data Dinas Kesehatan provinsi Bali) menunjukkan ada 10.220 (Kasus), yaitu: 5.490 terinfeksi HIV positif dan 4.730 Aids. Epedemi HIV/Aids adalah penyakit yang terlihat dipermukaan begitu kecil, ibaratkan puncak gunung es, tetapi kenyataan-nya akan mengancam ribuan masyarakat akan terinfeksi virus HIV/Aids, maka diperlukan suatu langkah strategis layanan profesional konseling HIV/Aids.

1. Mengubah Perilaku (H¹). Perspektif teori perubahan perilaku (Terapi Behavioralistik) karena orang yang terinfeksi HIV/Aids terkait dengan perilaku berisiko. Bagi pendekatan behaviorial bahwa perilaku, kognisi, dan perasaan bermasalah terbentuk karena dipelajari, oleh karenanya dapat diubah melalui proses belajar juga. Perilaku yang dikatakan masalah adalah masalah itu sendiri bukan semata-mata gejala dari masalah. Secara sederhana behaviorisme dapat didefinisikan sebagai proses belajar, yang di dalam proses tersebut konselor menggunakan prosedur sistimatis untuk membantu klien menyempurnakan suatu perubahan khusus dalam perilaku berisiko tertular HIV positif. Dalam kelompok, secara praktis hampir semua materi konseptual dan teoritikel yang berasal dari teori behavior dan dintegrasikan ke dalam wilayah terapi behavior yang saling berhubungan erat.

2. Menemukan Jati Diri (H²). Konselor perlu memperhatikan bagaimana membantu para klien agar dapat menemukan jati dirinya kembali (*self exploration*). Pada tahap awal ini, konselor meminta klien untuk tetap menuliskan perasaannya dalam diri (*having clients keep daily diaries*) dan mengawasi tingkah lakunya sendiri (*monitor target behaviour*), menjawab

kuesioner (*answer questionnaires*), melakukan test (*take tests*) dan lain sebagainya. Misalnya, membantu klien untuk mengambil keputusan sendiri melakukan uji tes HIV/Aids dengan membuat suatu pernyataan persetujuan (*Informed Consent*) tanpa paksaan dan bersifat rahasia (*Confidentiality*) dan menyadarkan klien untuk memberitahukan kepada pasangan hidupnya.

3. Menghadaptasi Pikiran dan Tingkah Laku (H³). Konselor fokus membantu klien dalam menghadaptasikan pikiran dan tingkah lakunya, yaitu merubah fokus perilaku klien, mengurangi dampak psikologis dan kognisi maladaptif atau perasaan disruptif seperti kecemasan yang berlebihan, dan mengubah struktur pemikiran para klien menjadi lebih positif dari sebelumnya. Misalnya, mengingatkan mereka bahwa jalan mereka masih panjang karena mereka dapat meningkatkan kualitas hidupnya seperti klien secara terus menerus agar tetap berobat (ARV) agar jumlah CD4 tetap berada di zona yang aman dan tidak melakukan perbuatan yang merusak diri sendiri seperti : seks bebas, Alkohol, Narkoba dsb.

4. Mengkonsolidasikan Perubahan Perilaku Klien (H⁴). Mengkonsolidasikan perubahan perilaku yang dialami klien sehingga dapat mengubah perilakunya agar klien bertanggung jawab pada diri sendiri untuk memastikan Anda tidak pernah menulari siapa-pun, termasuk pasangan anda yang negatif. "Infeksi ini berhenti pada diri saya. Dalam pelaksanaan layanan konseling ini, walaupun empat tahapan itu tampaknya diurutkan sesuai dengan urutan waktu namun sebenarnya yang terjadi dalam kenyataan keempat-empatnya saling tumpang tindih atau tidak mempunyai batasan yang jelas.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian pengembangan pembelajaran dengan mengadopsi model 4D (*Define, Design, Develop and Disseminate*) (Widana, et al., 2019). Selanjutnya bertujuan merancang prototype model secara berkelanjutan, beserta perangkatnya, yaitu (a) mendapatkan data yang komprehensif orang terjangkit HIV/Aid berdasarkan usia, jenis kelamin, dan pekerjaan ditingkat nasional dan provinsi Bali (b) mendapatkan data pelayanan yang sudah terjangkit HIV/Aids di provinsi Bali, dan (c) mengembangkan model layanan profesional konseling HIV/Aids di provinsi Bali berbasis *front-end analysis* dan dianalisis secara logika (*expert judgment*) melalui sebuah panel group discussion oleh pakar untuk penyempurnaan. Penelitian ini memiliki implikasi adanya peningkatan kinerja dan profesionalisme konselor dan respon dari klien untuk berubah perilaku berisiko. Kegiatan ini bertujuan untuk memperbaiki model dan perangkatnya yang dilakukan melalui kegiatan diseminasi secara luas, uji kelayakan dan keefektifan model dan perangkatnya juga akan dilakukan dengan kriteria keefektifan dan kelayakan berupa tercapainya tujuan peningkatan konseling yang profesional berkelanjutan, baik tujuan proses maupun tujuan produk.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Temuan penelitian pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti untuk mengetahui kondisi awal tentang perkembangan epidemi HIV/Aids di

Indonesia pada umumnya dan Bali pada khususnya adalah sepuluh Provinsi di Indonesia yang melaporkan jumlah kumulatif Kasus Aids terbanyak sejak tahun 1987 sampai September 2014, yaitu: Provinsi Papua (10.184), Jawa Timur (8.976), DKI Jakarta (7.477), Bali (4.261), Jawa Barat (4.191), Jawa Tengah (3.767), Papua Barat (1.734), Sulawesi Selatan (1.703), Kalimantan Barat (1.699), dan Sumatra Utara (1.573).

Berdasarkan laporan dari Provinsi, Jumlah Kumulatif kasus infeksi HIV yang dilaporkan sejak tahun 1987 sampai September 2014 yang terbanyak adalah Provinsi DKI Jakarta (32.782) kasus. Kemudian 10 besar kasus HIV terbanyak, yaitu: Jawa timur, Papua, Jawa barat, Bali, Sumatra utara, Jawa tengah, Kalimantan barat, Kepulauan Riau, dan Sulawesi selatan. Jumlah Total Kumulatif di Indonesia Kasus *HIV* = 150. 285 dan Kasus *Aids* = 55. 799. (Data dari Tanggal 1 Januari 1987 sampai dengan 30 September 2014, sumber Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2014).

Pola Penularan HIV berdasarkan Kelompok Umur/Usia ditingkat Nasional dalam 7 tahun terakhir tidak banyak berubah. Infeksi HIV paling banyak terjadi pada kelompok Usia Produktif 25 - 49 tahun, diikuti oleh kelompok Usia 20 - 24 Tahun. Persentase kumulatif Aids yang Dilaporkan menurut kelompok Usia terbanyak pada kelompok usia 20 - 29 tahun (32,9 %), diikuti kelompok usia 30 - 39 tahun (28,5 %), dan usia 40 - 49 tahun (10,7 %). Sedangkan di provinsi Bali berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Bali, hingga akhir tahun 2011 penderita HIV/AIDS di Bali tercatat 5.222 orang. Namun data Maret 2012 menunjukkan jumlahnya 5.917 orang atau terjadi penambahan sekitar 695 orang terinfeksi positif HIV/AIDS saat ini (terjadi peningkatan sekitar 20 %). Sedangkan data akhir September 2014 (Data Dinas Kesehatan provinsi Bali) menunjukkan ada 10.220 (Kasus), yaitu: 5.490 terinfeksi HIV positif dan 4.730 Aids. Penderita paling banyak di usia produktif yaitu rentang umur 20-29 tahun sebanyak 2.456 orang (41,51 %) dan rentang usia 30-39 tahun sebanyak 2.099 orang (33,47 %).

Pola Penularan HIV berdasarkan Jenis Kelamin memiliki pola yang hampir sama dalam 7 tahun terakhir, yaitu: lebih banyak terjadi pada kelompok *Laki-laki* dibandingkan dengan kelompok Perempuan. Persentase Kumulatif Aids yang Dilaporkan menurut Jenis Kelamin sejak tahun 1987 sampai September 2014, yaitu: Laki-laki = 54 % ; Perempuan = 29 % ; dan Tidak melaporkan Jenis kelamin = 17 %. Menurut Jenis Pekerjaan, penderita Aids di Indonesia paling banyak berasal dari kelompok Ibu Rumah Tangga dan diikuti kelompok Wiraswasta/Usaha Sendiri, dan Tenaga Non-profesional (Karyawan).

Berdasarkan kelompok beresiko, kasus *Aids* di Indonesia paling banyak terjadi pada kelompok Heteroseksual (61,5 %), diikuti pengguna Narkoba atau IDU (15,2 %), dan Homoseksual (2,4 %). Faktor Resiko tidak diketahui sebesar 17,1 %. Sedangkan di provinsi Bali yang paling banyak terjadi faktor resiko tinggi masih dipegang oleh hubungan heteroseksual sebanyak 73,77 %, menyusul faktor resiko IDU atau jarum suntik narkoba sebanyak 13,54 %.

Sasaran model layanan profesional konseling HIV/Aids adalah penanggulangan dan pencegahan HIV/Aids artinya menyediakan dan menyebar luaskan informasi dan menciptakan suasana kondusif untuk mendukung upaya penanggulangan HIV/Aids yang menitik beratkan upaya pencegahan pada orang yang beresiko tinggi tertular HIV. Meningkatkan peran serta remaja, generasi muda, orangtua, ormas dan masyarakat umum termasuk Odha dalam berbagai upaya penanggulangan HIV/Aids. Mengembangkan dan meningkatkan kemitraan antara lembaga pemerintah, sekolah/kampus, sektor swasta dan dunia usaha, organisasi profesi, dan mitra internasional di pusat dan di daerah untuk meningkatkan respon nasional terhadap pencegahan HIV/Aids. Penularan dan penyebaran virus HIV/Aids sangat berhubungan dengan perilaku beresiko, oleh karena itu penanggulangan harus memperhatikan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku tersebut. Kasus HIV/Aids banyak ditemukan pada kelompok perilaku beresiko tinggi yang dimarginalkan seperti Perempuan Pekerja Seks (PSK), Laki-laki Pekerja Seks (LSK), Hubungan sesama jenis Homoseksual (LSL), dan Lesbi (PSP), Waria dan sebagainya, maka program-program pencegahan dan penanggulangan HIV/Aids memerlukan pertimbangan keagamaan, adat istiadat, dan norma-norma masyarakat yang berlaku disamping pertimbangan kesehatan. Perlu adanya program-program pencegahan HIV/Aids yang efektif dan memiliki jangkauan layanan yang semakin luas dan program-program pengobatan, perawatan dan dukungan yang komprehensif bagi Odha untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Subjek dalam penelitian ini adalah pada orang yang terinfeksi virus HIV positif dan orang yang terinfeksi Aids di tingkat Kabupaten dan Kota di Provinsi Bali. Sedangkan aspek yang diteliti adalah efektivitas model layanan profesional konseling HIV/Aids di provinsi Bali berbasis *Front-End Analysis*. Adapun subjek orang yang terinfeksi virus HIV/Aids di provinsi Bali, yaitu sebagai berikut.

Tabel 1. Data orang yang terinfeksi HIV/Aids

No.	KABUPATEN/KOTA	HIV	Aids	Jumlah
1.	Kota Denpasar	3.202	2.816	6.018
2.	Kabupaten Badung	1.389	1.062	2.451
3.	Kabupaten Tabanan	445	526	971
4.	Kabupaten Singaraja	1.633	706	2.339
5.	Kabupaten Jembrana	288	511	799
6.	Kabupaten Gianyar	689	412	1.101
7.	Kabupaten Bangli	216	75	291
8.	Kabupaten Klungkung	179	149	328
9.	Kabupaten Karangasem	258	330	588
JUMLAH		8.526	6.674	15.200

Tabel 2. Data Jumlah Orang Terinfeksi HIV/Aids di Provinsi Bali

Usia	AIDS			HIV			Total	%
	Laki - laki	Perempuan	Total	Laki - laki	Perempuan	Total		
< 1	52	39	91	29	21	50	141	0,9
1 - 4	114	75	189	97	80	177	366	2,3
5 - 14	22	26	48	37	14	51	99	0,6
15 - 19	39	60	99	80	142	222	321	2,0
20 - 29	1326	780	2106	2174	1744	3918	6024	38,0
30 - 39	1750	765	2515	1882	1221	3103	5618	35,5
40 - 49	731	284	1015	638	387	1025	2040	12,9
50 - 59	331	94	425	229	101	330	755	4,8
> 60.	87	32	119	55	24	79	198	1,3
Tdk diketahui	146	59	205	40	32	72	277	1,7
Total	4.598	2.214	6.812	5.261	3.766	9.027	15.839	100,0

Sumber: KPA Provinsi Bali, 2016.

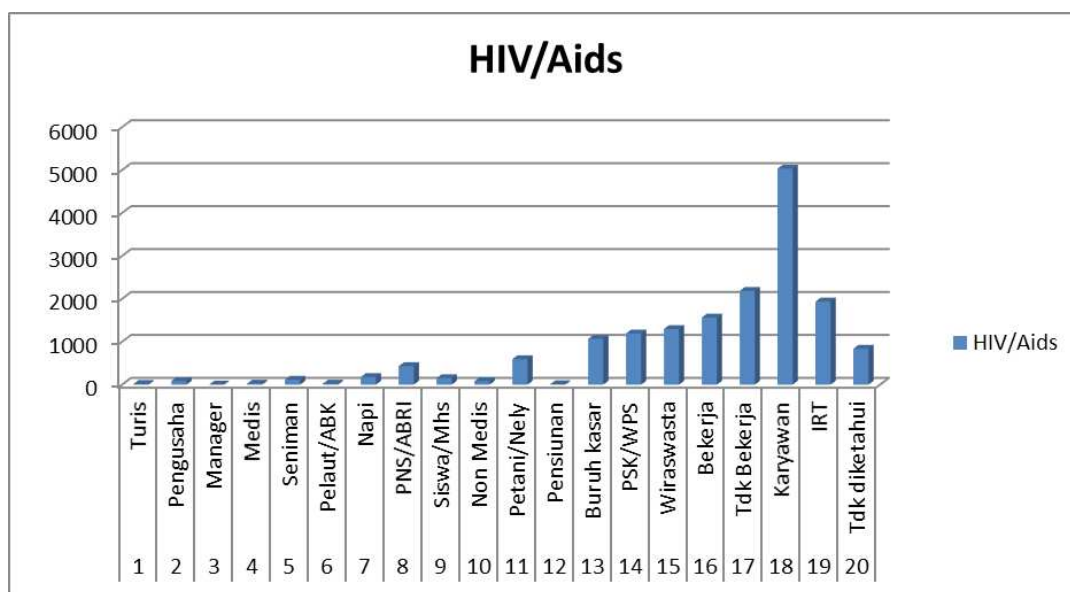
Pola Penularan HIV berdasarkan Kelompok Usia dan Jenis Kelamin ditingkat Kabupaten dan Kota Provinsi Bali dari tahun 1987 s/d 2016 adalah: Infeksi **HIV** paling banyak terjadi pada kelompok Usia Produktif 20 - 29 tahun, dimana Laki-laki 2.174 dan Perempuan 1.744. Diikuti oleh kelompok Usia 30 - 39 tahun, dimana Laki-laki 1.882 dan Perempuan 1.221 Infeksi **Aids** paling banyak terjadi pada kelompok Usia 30 - 39 tahun, dimana Laki-laki 1.750 dan perempuan 765. Diikuti kelompok usia 20 - 29 tahun, dimana Laki-laki 1.326 dan Perempuan 780. Presentase HIV/Aids yang paling tinggi pada kelompok usia produktif 20 - 29 tahun (38,0 %). Diikuti kelompok usia produktif 30-39 tahun (35,5 %). Sedangkan kelompok usia 40-49 tahun (12,9 %).

Tabel 3. Data Jumlah Orang Terinfeksi HIV/Aids

No.	Tahun	Jenis Kelamin	HIV / Aids
1	2010	L	645
		P	357
2	2011	L	805
		P	466
3	2012	L	824
		P	648
4	2013	L	876
		P	610
5	2014	L	1.318
		P	903
6	2015	L	1.513
		P	1.016
7	2016	L	1.094
		P	700

Menurut Jenis Pekerjaan, penderita HIV/Aids di tingkat Kabupaten dan Kota Provinsi Bali paling banyak berasal dari kelompok (1) Karyawan, (2) Tidak

Bekerja, (3) Bekerja, (4) Wiraswasta (Usaha sendiri), (5) PSK/WPS (Waria Pekerja Seks), dan (6) Buruh Kasar.



Gambar 1. Data Jumlah Orang Terinfeksi HIV/Aids yang dilaporkan ditingkat Kabupaten dan Kota Provinsi Bali Menurut Jenis Pekerjaan

SIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa konselor menggunakan prosedur sistimatis untuk membantu klien menyempurnakan suatu perubahan khusus dalam perilaku berisiko tertular HIV positif. Dalam kelompok, secara praktis hampir semua materi konseptual dan teoritikel yang berasal dari teori behavior dan dintegrasikan ke dalam wilayah terapi behavior yang saling berhubungan erat. Ada beberapa teknik kelompok yang lebih penting digunakan, yaitu: meliputi delapan teknik dalam kelompok behavioral, yakni: (a) *reinforcement*, (b) *extinction*, (c) *contingency contracts*, (d) *shaping*, (e) *modeling*, (f) *behavioral rehearsal*, (g) *coaching*, (h) *cognitive restructuring*, dan (i) *the buddy system*.

Berikut disampaikan beberapa saran, sebagai berikut.

Pertama, kepada pemerintah yang bergerak di bidang Komisi Penanggulangan Aids atau KPA (baik di tingkat pusat, provinsi dan daerah kabupaten dan Kota) adalah secara terus menerus mensosialisasikan tentang bahaya dari infeksi epedemi HIV kepada masyarakat luas. Pembentukan Kelompok Siswa Peduli Aids (KSPA) dan Kelompok Mahasiswa Peduli Aids (KMPA) jangan hanya ada di pusat pemerintahan dan Kota saja, melainkan harus merata di tingkat kecamatan dan desa atau kelurahan karena penderita infeksi HIV banyak dijumpai juga di lingkungan masyarakat pedesaan yang terpencil dan terbelakang.

Kedua, kepada para pimpinan sekolah, dan para pendidik adalah memberikan pendidikan seks untuk memberikan pengetahuan yang faktual, menempatkan seks pada perspektif yang tepat, berhubungan dengan *self-es-*

team (rasa penghargaan terhadap diri), penanaman rasa percaya diri dan difokuskan pada peningkatan kemampuan dalam mengambil keputusan. Kesehatan seksual meliputi: kontrasepsi, pencegahan penyakit menular seks (PMS) atau infeksi menular seks (IMS) sebagai pintu masuk dari infeksi HIV (menderita IMS potensinya 300 kali lipat terkena HIV) kepada siswa-siswa di sekolah agar menjauhi pergaulan seks bebas dan narkoba. Para pimpinan sekolah harus mendukung program pemerintah memasukan kurikulum pendidikan seks dan budi pekerti sebagai langkah awal pencegahan IMS dan infeksi HIV. Program pembentukan Pusat Informasi Konseling (PIK) siswa perlu juga dibentuk di setiap sekolah yang dipimpinnya guna mempersiapkan generasi berencana bagi para siswa terus melanjutkan studi yang lebih tinggi dan menunda usia nikah yang jauh di bawah umur (BKKBN Provinsi Bali, 2008).

Ketiga, kepada para Orangtua/wali adalah diperlukan pengawasan secara terus menerus terhadap pergaulan putra/putrinya di masyarakat agar terhindar dari pengaruh negatif yang dapat merugikan masa depan anak akibat dari pergaulan seks bebas, hamil di luar nikah, pengaruh narkoba, dan tindakan kriminal. Para orangtua/wali agar secara terus menerus bekerjasama dengan pihak sekolah untuk melakukan kontrol terhadap anak tentang prestasi dan permasalahan yang dihadapinya di sekolah sehingga akan cepat dilakukan tindakan konseling.

Keempat, kepada masyarakat luas adalah secara terus menerus agar menjaga lingkungan agar terhindar dari perilaku berganti-ganti pasangan, seks bebas, narkoba, dan bertumbuh suburnya kafe remang-remang di lingkungannya sebagai sumber seks terselubung. Apabila anggota masyarakat melakukan perbuatan yang berisiko tinggi terkena infeksi menular seks (IMS) dan terinfeksi HIV- segera periksakan diri ke dokter dan segera melakukan tes HIV ke Rumah Sakit Umum, Klinik Kesehatan, Puskesmas, dan tempat-tempat yang khusus dibangun untuk pengetesan HIV (VCT; CST; PMTCT; PTRM). Biaya pengobatan HIV di Indonesia adalah gratis dari pemerintah untuk mereka yang telah memenuhi syarat Odha. Selain itu, bila anda menduga bahwa Anda terekspos HIV, telah terpapar darah segera mendapatkan tindakan konseling dan melakukan testing/pemeriksaan HIV, kewaspadaan hendaknya diambil guna mencegah penyebaran HIV kepada orang lain, seandainya anda benar terinfeksi HIV.

Kelima, para pekerja kesehatan hendaknya mengikuti Kewaspadaan Universal (*Universal Precaution*). Waspada universal adalah panduan mengenai pengendalian infeksi yang dikembangkan untuk melindungi para pekerja di bidang kesehatan dan para pasiennya sehingga dapat terhindar dari berbagai penyakit yang disebarkan melalui darah dan cairan tubuh tertentu.

Kewaspadaan universal, meliputi: (1) cara penanganan dan pembuangan barang-barang tajam (yakni barang-barang yang dapat menimbulkan sayatan atau luka tusukan, termasuk jarum, jarum hipodermik, pisau bedah dan benda tajam lainnya, pisau, perangkat infus, gergaji, remukan/pecahan kaca, dan paku), (2) mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah

dilakukannya semua prosedur, (3) menggunakan alat pelindung seperti sarung tangan, celemek, jubah, masker dan kaca mata pelindung (goggles) saat harus bersentuhan langsung dengan darah dan cairan tubuh lainnya, (4) melakukan desinfeksi instrument kerja dan peralatan yang terkontaminasi, dan (5) penanganan seprei kotor/bernoda secara tepat. Selain itu, semua pekerja kesehatan termasuk pihak-pihak yang terlibat dalam hal ini (termasuk konselor) diharapkan berhati-hati dan waspada untuk mencegah terjadinya luka yang disebabkan oleh jarum, pisau bedah, dan instrument atau peralatan yang tajam.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhiputra, A. A. N. (2013). Bimbingan konseling HIV/AIDS. *Journal Widyadari*, 14(8), 56-68.
- Adhiputra, A. A. N. (2015). *Konseling kelompok: perspektif teori dan aplikasi*. Media Akademi.
- BKKBN Provinsi Bali. (2008). *Seputar Seksualitas Remaja*. Dipa Satker.
- Brown, K. M., & Trujillo, L. (2003). Pendidikan Aids dan Pencegahan. *Journal of HIV/Aids & Social Services* 13(371), 382-391.
- Direktorat P2TKKPT. (2004). *Dasar standarisasi profesi konseling*. Bagian Proyek Peningkatan Tenaga Akademik Dirjen Dikti, Depdiknas.
- Hortensi, G. (2020). Penerapan bimbingan kelompok dengan teknik konseling individual untuk meningkatkan disiplin belajar siswa SMK Negeri 5 Mataram. *Indonesian Journal of Educational Development*, 1(2), 159-169. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4003791>
- Guiella, G. & Madise, J. (2007). HIV/AIDS and Sexual-Risk Behaviors among Adolescents. *African Journal of Reproductive Health*, 11(3), 345-356.
- Joel, G. (2010). *100 Tanya jawab mengenai HIV dan AIDS*. Indeks.
- Judith, C. (2010). *Informasi HIV*. University of California Press.
- Kelly, F. R. B. (2000). *HIV prevention with young men who have sex with men: What young men themselves say is needed*. Medical College of Wisconsin.
- Prati, G. & Zani, B. (2016). *Peran mengetahui seseorang yang hidup dengan HIV/Aids dan pengungkapan HIV dalam rangka stigma HIV*. Analisis Mediasi Bayesian Kualitas & Kuantitas. 50.637-651.
- Roy, G. (2011). *Informasi mengenai obat dan berita mengenai percobaan klinis mengenai HIV/AIDS*. Clinical Trials Unit.
- Sunaryo. (2013). Kolaboratif komprehensif layanan konseling pada satuan pendidikan dalam masyarakat multikultural dan modern. *Prosiding Hasil Kongres XII dan Konvensi Nasional XVIII ABKIN Tahun 2013 di Azton Convensi Hotel. Denpasar Bali*.
- Widana, I. W., Suarta, I. M., Citrawan, I. W. (2019). Application of simpang tegar method: Using data comparison. *Jour of Adv Research in Dynami-*

cal & Control Systems, 11(2)-Special Issue on Social Sciences, 1825-1832, <http://www.jardcs.org/abstract.php?id=1563>