

INTEGRASI KEGIATAN PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DALAM PELAYANAN KELUARGA BERENCANA DI PUSKESMAS

THE INTEGRATION OF (STD) CONTROL ACTIVITIES INTO FAMILY PLANNING SERVICES IN COMMUNITY HEALTH CENTER (CHC)

Kristiani

Puskesmas Salam Kabupaten Magelang
Jawa Tengah

ABSTRACT

The integration of Sexual-Transmitted Diseases (STD) control activities into family planning (FP) services in CHC has been long discussed since International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo, 1994. Yet, until now the implementation of the integration in government's health services facilities, including CHC is not yet optimal. Knowing that STD/HIV-AIDS cases are increasing, serious response from all health services facilities is urgently needed, so that the implementation of the programs activities can be successfully.

There are several opportunities that can make the integration possible, as followed: a. there is international commitment which is written in Cairo Document as an political policy ; b. FP program as an established program; c. FP clinics have access to housewife s, who are in fact, un-reached by STD/HIV-AIDS control program; d. the targets (the women as FP acceptors), have visited the FP clinics by themselves to get FP services; e. there is established standard operational of procedure (SOP) in FP program which in it includes STD/HIV-AIDS control program; f. in FP services, health services institution and human resources (medical and non medical staff), are already available.

Besides the opportunities, there are also constraints in the implementation of the integration such as: a. Lack of commitment and concern from the decision makers in district level; b. Increase in activities is still identical with increase in working so the medical staff tend to reject the activities; c. Lack of quality culture awareness; d. limited resources, including budget; e. Lack of competency in giving information, education and counseling; f. Incomplete health infrastructures or equipments; g. The high cost of laboratory examination.

Understanding both opportunities and constraints mentioned above, there are some recommendations offered for this subject: a. there should be more commitment and concern from the decision makers in district level; b. District Health Office (DHO) has to socialize the program activities to all CHC in its area; c. Routine supervision from DHO to CHC; d. completing the supporting infrastructures/equipments and increasing operational budget; e. training the medical and laboratory staff, especially in giving information, education, counseling and specimen examination.

Keywords: integration, STD control activities, family planning services sexual-transmitted diseases

PENGANTAR

Integrasi kegiatan penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) ke dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB) sudah menjadi pembicaraan sejak Konferensi Kependudukan sedunia di Kairo Mesir pada tahun 1994 (Indonesia juga turut ambil bagian di dalamnya). Namun kenyataan di lapangan sampai saat ini belum ada tanggapan yang serius dengan kegiatan nyata di Puskesmas dan jajaran kesehatan di bawahnya. Mengingat bahwa saat ini kejadian PMS semakin

meningkat dan akibat dari penyakit tersebut juga sangat fatal (terutama HIV/AIDS), maka perlu adanya perhatian dan tanggapan yang serius dari seluruh sarana pelayanan kesehatan terutama Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan pemerintah yang tersebar di seluruh tanah air. Program KB merupakan salah satu program pokok Puskesmas yang harus dilaksanakan. Demikian pula halnya dengan program pemberantasan penyakit menular, sehingga dengan adanya keterpaduan antara beberapa

kegiatan program akan meningkatkan efisiensi, baik dalam hal tenaga, waktu, fasilitas atau sarana maupun biaya. Fasilitas pelayanan KB merupakan salah satu mata rantai fasilitas pelayanan medis KB yang pada umumnya terpadu dengan fasilitas pelayanan kesehatan.¹

Dalam lokakarya nasional kesehatan reproduksi di Jakarta bulan Mei 1996 telah disepakati bahwa paket pelayanan kesehatan reproduksi terdiri dari paket pelayanan kesehatan reproduksi esensial dan paket pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif. Paket pelayanan kesehatan reproduksi esensial terdiri dari *safe motherhood*, keluarga berencana, pencegahan dan penanggulangan PMS, serta kesehatan reproduksi remaja dan akan dilaksanakan secara terintegrasi.² Namun kenyataan di lapangan ternyata sampai saat ini integrasi tersebut belum dilaksanakan secara optimal, khususnya untuk pelayanan di Puskesmas.

Dalam dokumen Kairo Bab VII Nomor B.7.23 *Point b*, dijelaskan bahwa program KB harus melakukan upaya-upaya untuk peningkatan kualitas pelayanan dan dalam pelaksanaan program hendaknya menyediakan informasi yang mudah dijangkau, lengkap dan akurat mengenai berbagai metode keluarga berencana, termasuk risiko dan manfaat kesehatannya, kemungkinan efek samping, dan keefektifannya dalam mencegah penyebaran HIV/AIDS, serta penyakit lain yang ditularkan secara seksual (PMS). Hal tersebut juga diperjelas lagi dalam Nomor C.7.30 yang menyatakan bahwa program-program kesehatan reproduksi hendaknya meningkatkan usaha-usaha untuk mencegah, menemukan, dan mengobati penyakit yang ditularkan secara seksual serta infeksi saluran reproduksi lainnya, khususnya pada tingkat pemeliharaan kesehatan primer.³ Dari pasal-pasal tersebut secara jelas dan eksplisit dinyatakan bahwa dalam pelayanan keluarga berencana termasuk didalamnya pelayanan untuk penanggulangan PMS. Demikian pula dalam hasil keputusan atau kesepakatan Nomor C.7.31 lebih dipertegas mengenai integrasi kegiatan pencegahan dan penemuan penderita PMS dalam pelayanan KB yang berbunyi: semua penyedia pelayanan kesehatan, termasuk penyedia pelayanan keluarga berencana, hendaknya diberi latihan khusus dalam pencegahan, penemuan, dan konsultasi terhadap penyakit-penyakit yang ditularkan secara seksual, khususnya infeksi pada wanita dan remaja, termasuk HIV/AIDS.³

Seperti telah diketahui bahwa selama ini prioritas penanggulangan PMS selalu ditekankan pada kelompok sasaran potensial berisiko antara lain: pekerja seks komersial (PSK), kaum homoseksual, pecandu narkoba, pengunjung atau

pekerja panti pijat khusus, pengemudi atau sopir truk jarak jauh, dan lain sebagainya, yang dicurigai dan besar kemungkinannya tertular penyakit menular seksual. Namun, berdasarkan kenyataan di lapangan saat ini kita harus mulai memperhatikan sasaran yang tadinya tidak dianggap potensial untuk tertular PMS yaitu ibu rumah tangga yang kemungkinan besar tertular dari suaminya yang juga dianggap bukan termasuk kelompok potensial sasaran, misalnya para buruh atau pekerja informal.

Kenyataan ini didukung fakta yang terjadi di lapangan yang berupa kisah nyata sebagai berikut: pada suatu hari datang seorang perempuan muda (umur sekitar 18 tahun) seorang desa yang terlihat sangat lugu dan tampak *innocent*, diantar dukun bayi yang menggedong seorang bayi berumur sekitar 4 hari ke Puskesmas untuk memeriksakan bayinya yang katanya sakit mata. Setelah diperiksa ternyata bayi tersebut menderita penyakit *Gonococcal Ophthalmia* (GO) yaitu penyakit *Gonorrhea* yang menyerang mata yang disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoeae*. Bayi tersebut tertular GO sewaktu dilahirkan karena ibunya menderita GO. Dari wawancara dengan ibu muda tersebut ternyata tidak merasakan sakit atau kelainan pada alat kelaminnya, dan dari wawancara tersebut diketahui bahwa suaminya seorang buruh penambang pasir di sungai. Setelah dilakukan penyelidikan epidemiologi (PE) ternyata suami tersebut tadi tertular penyakit GO dari PSK yang setiap malam dibawa sopir truk yang mengangkut pasir di sungai tersebut. Para PSK tersebut selain dikonsumsi oleh sopir truk juga dikonsumsi para buruh penambang pasir karena memang tarifnya relatif murah dan terjangkau. Hal ini dapat terjadi tidak hanya pada satu atau dua orang saja, bahkan ratusan orang buruh penambang pasir yang bekerja di tempat tersebut.

Dari fakta tersebut jelas bahwa PMS telah merambah keseluruhan lapisan masyarakat kelas ekonomi kuat sampai pada kelas ekonomi lemah, masyarakat pedesaan, buruh, ibu rumah tangga yang lugu, dan sebagainya. Jadi pertanyaannya sekarang adalah siapakah kelompok potensial berisiko untuk tertular PMS?

Berdasarkan pada hal-hal tersebut di atas maka sudah sepantasnya bila sasaran yang perlu mendapat perhatian bukan hanya sasaran yang selama ini dianggap sebagai sasaran potensial, tetapi sudah harus memperhatikan sasaran yang lain yaitu para pekerja nonformal, buruh dan juga istri-istri mereka (ibu-ibu). Mengingat hal tersebut maka dalam upaya meningkatkan kegiatan penanggulangan atau pemberantasan PMS/HIV/AIDS dapat dilakukan dengan berbagai cara termasuk di dalamnya adalah peningkatan kegiatan

yang dilakukan di sarana pelayanan kesehatan terdepan yaitu Puskesmas dan jajaran pelayanan kesehatan di bawahnya (Pustu, Polindes, dan Puskesmasling).

Dalam era globalisasi ini semua sarana pelayanan kesehatan dituntut untuk meningkatkan mutu pelayanannya termasuk Puskesmas, sehingga Puskesmas harus berupaya pula untuk meningkatkan mutu pelayanannya, termasuk pelayanan KB maupun pemberantasan penyakit menular.

Terdapat tiga indikator pelayanan KB atau kesehatan reproduksi yang bermutu yaitu penurunan kecenderungan atau jumlah *unsafe abortion* dikalangan remaja perempuan yang berusia 15—19 tahun; penurunan jumlah kehamilan dan kelahiran pada remaja umur 15—19 tahun; dan penurunan jumlah penyakit menular seksual dikalangan remaja laki-laki maupun perempuan, termasuk pencegahan dan pengendalian penularan infeksi HIV.⁴

Beberapa hal yang memungkinkan untuk mengintegrasikan pelayanan penanggulangan PMS ke dalam pelayanan KB karena adanya beberapa peluang yaitu:

1. Adanya komitmen internasional yang merupakan "*political policy*", yang tertuang dalam Dokumen Kairo (Indonesia ikut berpartisipasi di dalamnya) terutama yang tertuang dalam Bab VII, yang menguraikan lima pokok bahasan yaitu tentang: hak-hak reproduksi dan kesehatan reproduksi; keluarga berencana; penyakit yang ditularkan secara seksual dan pencegahannya; seksualitas manusia dan hubungan *gender*, serta tentang remaja. Kelima pokok tersebut saling berkaitan dan terpadu dalam pelaksanaannya. Dengan adanya komitmen tersebut akan mendorong terlaksananya integrasi penanggulangan PMS ke dalam pelayanan KB.
2. Program KB telah melembaga dan berhasil mengembangkan berbagai pelayanan kepada masyarakat, khususnya dengan sasaran ibu rumah tangga atau keluarga, dan merupakan bukti keberhasilan penanganan secara terpadu dari beberapa kegiatan yang hasilnya sudah dirasakan oleh masyarakat. Pengalaman dalam menangani dan memadukan berbagai kegiatan tersebut memberi peluang pula dalam integrasi pelayanan penanggulangan PMS/*AIDS* ke dalam pelayanan KB. Program pelayanan yang berkaitan dengan masalah kesuburan mempunyai banyak kemiripan dengan program penanggulangan PMS/*AIDS*, sehingga integrasi kedua pelayanan tersebut akan mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya yang ada.
3. Klinik Keluarga Berencana (KKB) mempunyai akses terhadap ibu rumah tangga atau PUS peserta KB yang pada kenyataannya belum terjamah oleh program penanggulangan PMS/*AIDS*. Adanya sarana, tenaga dan fasilitas yang tersedia di KKB dapat dimanfaatkan seoptimal bahkan semaksimal mungkin dalam program penanggulangan PMS/*AIDS*, terutama dalam pemberian informasi atau penyuluhan, konseling dan penemuan atau penjarangan penderita PMS.
4. Sasaran, yaitu ibu-ibu peserta KB telah datang sendiri ke KKB dalam rangka untuk mendapatkan pelayanan KB. Dengan demikian sekaligus sasaran ini sebagai sasaran program penanggulangan PMS/*AIDS*, dengan memberikan penyuluhan atau informasi tentang PMS/*AIDS*, konseling dan penjarangan atau penemuan PMS. Bagi peserta KB yang menggunakan IUD pada saat pemasangan maupun pada saat kontrol, saat dilakukan periksa dalam (*in speculo*) dapat dideteksi apakah ada tanda-tanda terkena PMS. Misalnya adanya kelainan di alat kelaminnya atau adanya *discharge* atau cairan di vagina yang berlebihan atau tidak normal, untuk kemudian diambil dan diperiksa di laboratorium, sehingga dapat diketahui menderita PMS atau tidak.
5. Dalam pelayanan KB sudah ada *Standard Operational of Procedure* (SOP) yang telah ditetapkan, termasuk didalamnya adanya kegiatan penanggulangan PMS/*HIV-AIDS*. Kalau semua pelayanan di KKB dilaksanakan sesuai SOP, sebenarnya telah mencakup pelayanan pencegahan dan penanggulangan PMS/*AIDS*. Dalam pelayanan KB yang berkualitas dituntut adanya pelayanan oleh tenaga yang kompeten dan profesional melalui proses konseling yang berpedoman pada standar pelayanan yang sudah ditentukan serta ditunjang oleh jaringan rujukan yang handal.⁵ Untuk optimalnya integrasi pelayanan PMS/*AIDS* ke dalam pelayanan KB hanya perlu menambah dan menyempurnakan beberapa kegiatan antara lain dalam pemberian penyuluhan dilengkapi informasi tentang PMS/*AIDS*. Demikian pula untuk konseling pra dan pascapelayanan kontrasepsi perlu ditambahkan tentang pencegahan dan penanggulangan PMS/*AIDS*. Dalam pelayanan medis dapat dilakukan penjarangan atau penemuan penderita PMS, disesuaikan dengan sarana atau fasilitas penunjang yang ada.

6. Dalam pelayanan KB telah tersedia institusi pelayanan, tenaga medis atau paramedis dan nonmedis, sarana atau alat dan obat, yang semua itu sekaligus dapat dimanfaatkan dalam kegiatan pencegahan dan penanggulangan PMS/AIDS, tinggal menambah beberapa sarana penyuluhan (*leaflet*, *booklet*, dan pedoman penyuluhan PMS/AIDS), panduan konseling, dan sarana pemeriksaan laboratorium. Selain itu perlu adanya pelatihan petugas pelayanan dalam hal komunikasi, informasi, edukasi (KIE), dan pelatihan petugas laboratorium untuk pemeriksaan spesimen.

Selain adanya peluang-peluang seperti tersebut di atas, ada beberapa kendala yang dialami Puskesmas:

1. Kurangnya komitmen dan kepedulian dari para pengambil kebijakan di tingkat kabupaten/kota.
2. Penambahan kegiatan identik dengan penambahan beban kerja, sehingga ada kesan menolak atau malas mengerjakan
3. Belum adanya kesadaran tentang budaya mutu dalam pelaksanaan kerja, sehingga pelayanan masih belum sesuai SOP.
4. Terbatasnya sumber daya yang ada di Puskesmas, terutama dalam hal tenaga, sarana dan biaya.
5. Kemampuan petugas dalam pemberian KIE dan konseling masih sangat terbatas, sehingga perlu adanya pelatihan. Seperti yang dikemukakan oleh Ramonasari⁶ bahwa kemampuan dan keterampilan pemberi pelayanan dalam memberikan informasi kadang-kadang tidak memadai sehingga perlu adanya pelatihan khusus.
6. Kurang lengkapnya sarana pelayanan, terutama sarana penyuluhan dan konseling, serta sarana pemeriksaan laboratorium (Puskesmas yang mempunyai tenaga Analis baru sedikit, ketersediaan *reagensia* dan alat laboratorium masih sangat terbatas).

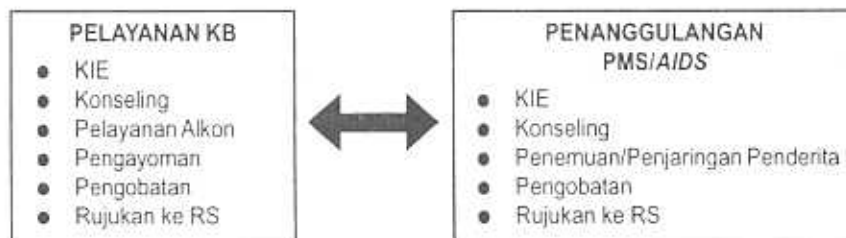
7. Sangat terbatasnya biaya operasional Puskesmas, sehingga kurang mencukupi untuk pelaksanaan kegiatan.
8. Mahalnya biaya pemeriksaan laboratorium, bila harus merujuk pemeriksaan spesimen untuk mendukung penegakan diagnosis PMS/AIDS ke laboratorium rujukan.

Adapun gambaran model integrasi, manajemen pelayanan dan langkah-langkah pelayanan terdapat pada Bagan 1, Bagan 2, dan Bagan 3.

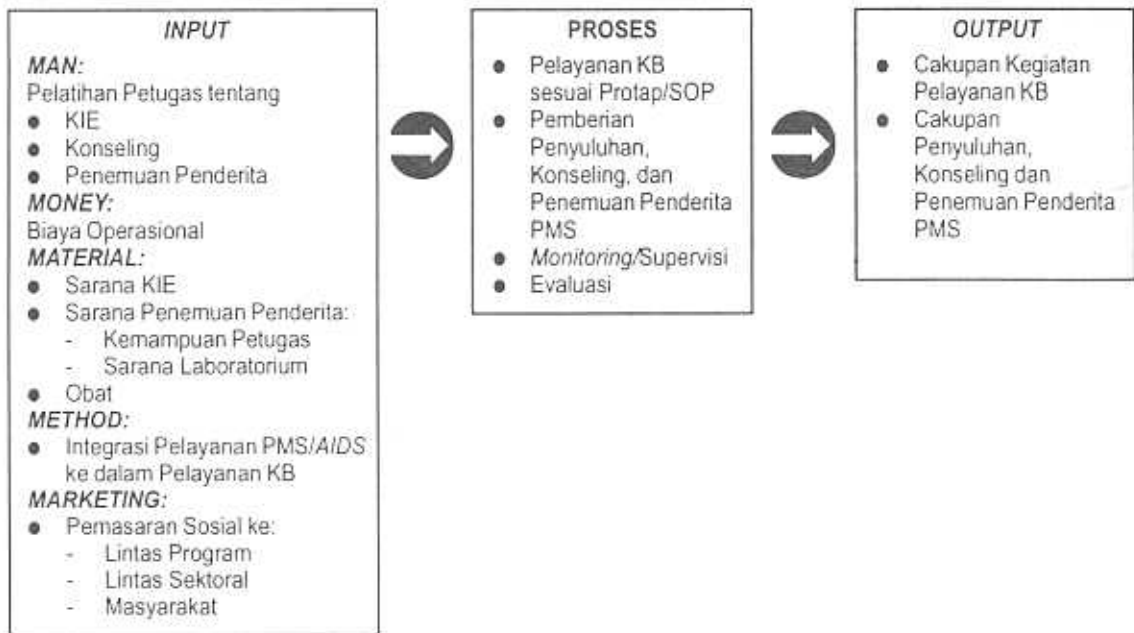
PENUTUP

Sebagai penutup dari tulisan ini ada beberapa hal yang direkomendasikan untuk terlaksananya integrasi kegiatan penanggulangan PMS/AIDS kedalam pelayanan KB yaitu:

1. Harus ada komitmen dan kepedulian dari para pengambil kebijakan di tingkat kabupaten/kota,
2. Harus ada sosialisasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke seluruh Puskesmas tentang kegiatan tersebut,
3. Adanya pembinaan dan supervisi secara rutin dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Puskesmas,
4. Pemenuhan sarana penunjang kegiatan (pelayanan langsung yaitu pelayanan medis maupun konseling atau penyuluhan dan sarana pemeriksaan laboratorium) serta pemenuhan dana operasional untuk kegiatan tersebut di Puskesmas,
5. Pelatihan petugas pelayanan langsung (medis atau paramedis), terutama dalam hal pemberian informasi (konseling atau penyuluhan),
6. Pelatihan petugas laboratorium, terutama dalam pemeriksaan spesimen atau *discharge vagina*, untuk penunjang diagnosis PMS.



Bagan 1. Gambaran Integrasi



Bagan 2. Manajemen Pelayanan



Bagan 3. Langkah-Langkah Pelayanan

KEPUSTAKAAN

1. Depkes, R.I. Buku Pedoman Petugas Fasilitas Pelayanan Keluarga Berencana, Jakarta, 1992.
2. Syahbuddin, I. Dalam D. Juliantoro (Peny). Hak Konsumen Kontrasepsi dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Reproduksi. 30 Tahun Cukup. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 2000.
3. Dwiyanto, A. dan Darwin, M. (Peny.) Seksualitas, Kesehatan Reproduksi, dan Ketimpangan Gender. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1996.
4. Iskandar, M.B. Dalam D. Juliantoro (Peny.). Upaya Memenuhi Hak Konsumen Kontrasepsi: Siapa Yang Harus Diubah? 30 Tahun Cukup. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 2000.
5. BKKBN, Kumpulan Materi untuk Peningkatan Mutu Pelayanan MKET. Jakarta, 1993.
6. Ramonasari, Dalam D. Juliantoro (Peny.). Kendala Penyedia Layanan dalam Pemenuhan Hak Konsumen Kontrasepsi. 30 Tahun Cukup. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 2000.