

HATIP 129: Memperhatikan perawat dalam menghadapi HIV dan TB: peninjauan secara klinis (bagian kedua)

Oleh: Theo Smart, 29 Januari 2009

Tambahan laporan oleh: Lance Sherriff.

Peninjauan klinis ini didukung oleh Diana Princess of Wales Memorial Fund. Peninjauan secara klinis sebelumnya [dapat ditemukan di sini](#).

Kami berterima kasih kepada para peninjau berikut ini: Dr. Linda Gail-Bekker, The Desmond Tutu HIV Centre, Cape Town, South Africa; Dr. Liz Corbett, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Harare, Zimbabwe; Dr. Halima Dawood, Greys Hospital, Pietermaritzburg, South Africa; Dr. Krista Dong, i-Teach, Edendale Hospital, Pietermaritzburg, South Africa; Dr. Haileyesus Getahun, Stop TB Department, WHO; Chris Green, Spiritia Foundation, Jakarta, Indonesia; Dr. Kerrigan McCarthy, Reproductive Health and HIV Research Unit, South Africa; Professor Emmerentia du Plessis, North-West University, Potchefstroom Campus, South Africa; Dr. Fabio Scano, Stop TB Department, South Africa; Dr. Doug Wilson, Edendale Hospital, Pietermaritzburg, South Africa; Professor Alta Van Dyk, UNISA, Pretoria, South Africa.

Intervensi

Laporan aslinya, *Treat, Train and Retain* (TTR– rencana WHO untuk AIDS dan petugas kesehatan), menyarankan sebagai bagian dari “Mengobati (*Treat*)”,

- Pengembangan paket pengobatan, pencegahan, perawatan dan layanan dukungan HIV bagi petugas kesehatan di negara yang terdampak oleh HIV, dan
- Kesehatan dan keamanan kerja serta tindakan lain untuk memperbaiki tempat kerja agar sistem kesehatan dapat ‘mempertahankan’ petugas.

Namun keduanya sebenarnya berjalan beriringan.

Melindungi dan memperhatikan petugas kesehatan membutuhkan langkah nyata pada beberapa bidang, di tingkat sarana kesehatan, departemen kesehatan, pusat pelatihan kesehatan, serta kebijakan di tingkat nasional dan dunia.

- Tugas yang terutama penting adalah untuk meningkatkan mutu pelatihan (sebelum dan setelah bekerja) serta dukungan dan pengawasan – unsur penguatan dirancang untuk membantu petugas kesehatan agar dapat melindungi diri mereka sendiri. Itu mencakup cara penanggulangan stres, dan cara melindungi diri mereka terhadap paparan HIV dan infeksi lain di tempat kerja dan komunitas
- Tindakan harus diterapkan untuk memperbaiki keamanan di tempat kerja, pada tingkat sarana kesehatan dan sistem kesehatan secara luas untuk menjangkau perawat di sarana kesehatan primer, petugas jangkauan komunitas dan petugas berbasis rumah, khususnya untuk petugas yang terinfeksi HIV
- Menerapkan tindakan untuk meningkatkan dukungan penatalaksanaan stres bagi staf di sarana kesehatan
- Menerapkan tindakan sistemik untuk memperbaiki keadaan kehidupan dan pekerjaan petugas kesehatan
- Layanan HIV: menyediakan tes HIV/layanan HIV/ART secara terjangkau dan dapat diterima oleh staf layanan kesehatan. Berbagai model penyediaan layanan sudah diajukan dan beberapa sudah melaporkan pengalaman mereka (lihat di bawah)
- Menerapkan tindakan secara sistematis untuk memperbaiki suasana hidup dan kerja petugas kesehatan
- Untuk mewujudkan hal tersebut mungkin dibutuhkan undang-undang baru, tuntutan hukum dan aktivisme.

Catatan: Layanan serupa juga harus diwujudkan untuk para guru – akan dibahas pada artikel yang akan datang.

Memperbaiki keamanan tempat kerja

Mudah untuk menghasilkan daftar panjang mengenai layanan yang harus diberikan di tingkat sarana kesehatan (lihat kotak di bawah sebagai dasar yang baik untuk dipakai oleh survei TTR untuk menilai rumah sakit yang terlibat). Namun walaupun barangkali mustahil untuk menghilangkan risiko secara keseluruhan, setiap perawat berhak mengharapkan tempat kerja yang lebih aman melalui penerapan kewaspadaan universal (serangkaian tindakan sederhana untuk melindungi kesehatan terhadap begitu banyak jenis infeksi termasuk virus yang ditularkan melalui darah) dengan persediaan peralatan penting dan alat pelindung, akses langsung pada profilaksis pascapajanan (PPP), imunisasi terhadap hepatitis B, layanan skrining HIV/TB, terapi pencegahan dengan isoniazid (IPT) dan pengendalian infeksi TB.

Sekali lagi, itu hanyalah intervensi dasar yang harus ditawarkan oleh layanan kesehatan. Barangkali penting untuk mengambil langkah politis dan hukum agar para departemen kesehatan dan pengurus rumah sakit melaksanakannya (lihat bagian akhir).

Kewaspadaan universal: Suntikan yang tidak aman dapat menyebarkan HIV dan patogen diangkut darah (misalnya virus hepatitis B dan C, virus Ebola dan Lassa serta malaria).¹ Risiko pajanan HIV dan infeksi lain dapat menurun secara bermakna dengan kepatuhan terhadap kewaspadaan universal:

- Cuci tangan secara rutin setelah kontak langsung dengan pasien
- Tidak kembali menutup jarum
- Mengumpulkan dan membuang secara aman jarum dan benda tajam lain
- Memakai sarung tangan waktu menangani cairan tubuh, kulit yang terkelupas dan selaput mukosa
- Memakai masker, pelindung mata dan pakaian pelindung apabila darah atau cairan tubuh lain akan tepercik
- Menutup luka dan goresan
- Membersihkan tumpahan darah dan cairan tubuh lain
- Sistem penanganan dan pembuangan limbah rumah sakit secara aman

Namun, dalam penelitian di University of South Africa (UNISA), yang dijelaskan dalam [HATIP yang terdahulu](#), beberapa peserta mengeluh bahwa tempat kerja mereka tidak memberi tahu karyawannya tentang kewaspadaan universal yang benar, dan bahwa beberapa rumah sakit tidak memiliki prosedur penanganan kecelakaan tertusuk jarum suntik.²

Staf layanan kesehatan memerlukan: petunjuk yang jelas tentang prosedur di tiap sarana kesehatan; pelatihan kewaspadaan universal secara terus-menerus khususnya bagi mereka yang kurang berpendidikan di bidang medis (perawat berbasis komunitas, dll); pengawasan dan bimbingan dari staf senior secara terus-menerus; dan sistem untuk memantau kepatuhan terhadap tindakan yang baik.

Persediaan: “Pakaian pelindung tidak tersedia di ruang bersalin tempat saya bekerja. Setiap malam sebelum tidur saya berpikir: Mungkin besok saya akan tertular secara tidak sengaja,” dikatakan oleh salah seorang peserta penelitian UNISA.³

Untuk menerapkan kewaspadaan universal dan proses penyuntikan secara aman, sarana kesehatan perlu memastikan persediaan perlengkapan penting: sarung tangan, tempat sampah untuk benda tajam, sabun dan air yang mengalir.

Dalam survei TTR, persediaan dilaporkan sebagai jauh di bawah standar praktik kerja secara aman, dengan hanya 31,7% peserta melaporkan persediaan yang cukup dari keempat jenis perlengkapan tersebut (23,6% dari rumah sakit yang dipilih secara acak dan 41,9% dari rumah sakit terbaik, $p < 0,001$).⁴

Benda tajam yang dirancang secara aman: Alat baru (benda tajam dan jarum) telah dirancang dengan bentuk yang memberi perlindungan misalnya mekanisme untuk menutup, menumpulkan atau menarik masuk jarum untuk melindungi tangan pengguna ketika akan membuangnya.⁵ Alat tersebut telah banyak dipakai di AS, setelah Needlestick Safety and Prevention Act 2000.

UNICEF dan WHO menyarankan agar lembaga donor mendanai alat suntik yang aman (sekali pakai) direkatkan dengan obat yang harus dipakai secara suntikan (misalnya imunisasi). Tetapi ada banyak penggunaan lain, dan alat sekali pakai misalnya jarum yang dapat tertarik masuk menunjukkan tingkat

HATIP 129: Memperhatikan perawat dalam menghadapi HIV dan TB: peninjauan secara klinis (bagian kedua)

keamanan sangat tinggi khususnya apabila dipakai untuk menyuntik pembuluh darah dan mengambil darah.

Pada Konferensi AIDS Internasional di Mexico, Dr. Jorge Mancillas dari Population Services International (PSI) menggambarkan upaya PSI untuk meningkatkan keamanan pekerja, termasuk *Safe Devices Campaign* untuk mempercepat penggunaan jarum suntik yang dapat tertarik masuk, yang tidak hanya aman bagi petugas kesehatan dan tukang sampah, tetapi juga bagi pasien karena tidak dapat dipakai ulang.

“Hambatan penggunaan jarum suntik yang dapat tertarik masuk secara luas adalah perbedaan harganya saat ini. Namun perbedaan ini tidak dapat dibenarkan berdasarkan perbedaan terkait rancangan atau bahan baku yang dipakai dalam pembuatannya. Perbedaan harga adalah karena jumlah pasar. Oleh karena itu WHO menyarankan pembentukan permintaan konsumen untuk alat suntik sekali pakai yang baru ini. Namun para pembuat keputusan – pemerintah atau majikan – umumnya belum mengambil langkah yang seharusnya untuk menerapkan kebijakan tersebut,” dia mengatakan.

Sasaran PSI adalah mendorong secara luas penggantian dengan alat yang aman dengan cara meningkatkan jumlah penggunaan, negara demi negara untuk menghilangkan perbedaan harga, untuk mengubah kebijakan nasional dan internasional serta mencari sumber dana agar dapat membantu negara berkembang yang akan membuat perubahan tersebut (lihat [Petugas kesehatan di DRC berhasil melobi untuk penggunaan alat suntik yang lebih aman](#)).

Imunisasi hepatitis B: Virus hepatitis B (HBV) adalah patogen paling umum yang ditularkan melalui darah yang memajukan petugas kesehatan – dengan perkiraan dua juta paparan dalam setahun.⁶

Namun, vaksin yang cukup murah (kurang dari 50 sen dolar AS per dosis) dapat mencegah infeksi HBV. Walaupun begitu, dalam survei di satu rumah sakit di Johannesburg, kurang dari separuh petugas kesehatan sudah divaksinasi.⁷

WHO menyarankan agar petugas kesehatan diimunisasi sejak awal pekerjaan. Tes darah sebelum divaksinasi tidak dibutuhkan tetapi tes itu dapat menghemat dana, apabila dimungkinkan di daerah dengan prevalensi kekebalan yang tinggi.

Profilaksis pascapajanan (PPP): Pemberian obat antiretroviral (ARV) secara tepat waktu selama empat minggu sebagai profilaksis setelah paparan dalam pekerjaan (tertusuk jarum suntik) dapat mencegah penularan HIV. Rejimen tergantung pada negara.

Waktu adalah hal penting untuk PPP. Pada umumnya disarankan agar PPP dimulai dalam waktu 24-36 jam setelah kecelakaan, dan lebih baik dalam beberapa jam setelah terpajan. Namun, itu berarti bahwa persediaan rejimen PPP harus selalu ada.

Bukan hanya kebijakan PPP di tempat kerja harus jelas, sebaiknya juga harus ada dukungan emosional dan konseling agar dapat membantu petugas kesehatan mengambil keputusan untuk tes HIV, akses PPP atau membuka status pada pasangannya apabila diperlukan.⁸

IPT/skrining TB: Demikian juga, IPT harus dipakai untuk mencegah TB pada petugas kesehatan dengan HIV yang telah terpajan TB, dan yang tidak menunjukkan tanda penyakit aktif. Kekhawatiran tentang salah mengobati penyakit sub-klinis dapat diminimalisasikan dengan hanya mengobati yang sehat. Daftar tilik gejala yang sederhana (batuk, demam, kehilangan berat badan secara berlebihan, dll.) dapat dipakai untuk mengecualikan orang dengan tanda penyakit aktif, orang yang harus dites lebih lanjut untuk diagnosis TB (lihat artikel sebelumnya tentang IPT [di sini](#) dan [di sini](#), dan skrining TB [di sini](#) dan [di sini](#)).

Hanya sedikit negara sudah memiliki kebijakan ini, dan bahkan lebih sedikit yang menerapkannya. Namun, sebagaimana dengan intervensi lain yang dijelaskan dalam artikel ini, petugas kesehatan perlu menuntutnya sebagai hak.

Agar dicatat, sebagai bagian dari pencegahan TB, staf layanan kesehatan harus menyadari status HIV-nya, karena menjadi HIV-positif membuat mereka jauh lebih berisiko terhadap penyakit TB. Tes HIV dibahas secara lebih rinci di bawah.

HATIP 129: Memperhatikan perawat dalam menghadapi HIV dan TB: peninjauan secara klinis (bagian kedua)

Pengendalian infeksi TB: Petugas kesehatan perlu dilatih tentang tindakan pengendalian infeksi TB yang baik, yang bukan hanya untuk pasien, tetapi untuk melindungi diri mereka sendiri. (Lihat [Klinik kita masih belum aman: mengapa kita semua perlu menegakkan pengendalian infeksi TB.](#))

“Apabila kita tertular TB, itu adalah penyakit terkait pekerjaan,” dikatakan oleh Dr. Thomas dalam South African TB Conference.

Banyak sarana kesehatan menanam modal pada teknik intervensi yang mahal untuk pengendalian infeksi, misalnya sinar ultraviolet (UV) atau sistem ventilasi. Namun hal itu dapat menjadi masalah apabila banyak staf keliru berpendapat bahwa mereka sudah aman dan tidak perlu khawatir lagi pada tindakan yang dasar pengendalian infeksi TB, misalnya mengajarkan pasien tentang batuk yang higienis.

Masalah diburukkan dengan kenyataan bahwa program, rumah sakit dan petugas kesehatan tidak yakin intervensi pengendalian infeksi mana yang paling penting untuk diterapkan. Berdasarkan peninjauan secara sistematis baru-baru ini tentang bukti yang tersedia, yang dipresentasikan oleh Dr. Fabio Scano dari departemen Stop TB WHO dalam Union World Conference on Lung Health ke-39, data tentang kemanjuran beberapa intervensi pengendalian infeksi TB adalah bertentangan dan bermutu rendah serta, pada kasus lain, tidak ada data sama sekali.⁹

Sebagai contoh, triage – mendahulukan pasien yang batuk dan memisahkannya dari pasien lain untuk diagnosis dan perawatan – dianjurkan secara luas agar mengurangi risiko penularan TB di sarana kesehatan. Namun, dalam peninjauan kepustakaan, dari dua ribu makalah, hanya 12 yang mengandung data yang nyata tentang hal itu. Satu penelitian dari negara berpenghasilan rendah atau menengah menunjukkan dampak kecil dari tindakan itu,¹⁰ tetapi di dua negara lainnya, triage dan memisahkan pasien yang batuk menghasilkan penurunan yang bermakna dalam penularan TB.^{11,12} Kebanyakan penelitian menunjukkan bahwa menerapkan tindakan pengendalian infeksi termasuk triage dan memisahkan pasien yang batuk dikaitkan dengan penurunan infeksi nosokomial tetapi tindakan tersebut “selalu menjadi bagian dari paket intervensi pengendalian secara administratif,” dikatakan oleh Dr. Scano. “Bagaimana pun juga, secara teoretis ada manfaat besar dari menerapkan intervensi tersebut.”

“Serupa dengan itu, peninjauan tersebut tidak menemukan bukti langsung bahwa higiene batuk mencegah TB, walau ada dasar pemikiran secara teoretis untuk mendukungnya,” dikatakan oleh Dr. Scano.

Ada sembilan makalah dengan data yang dapat dipakai terkait sistem ventilasi – dengan sistem ventilasi yang baik mengurangi kasus konversi PPD dan penularan TB yang resistan terhadap obat. Namun, apabila terkait penggunaan sinar UV dan masker, “ada kejanggalaan data antara contoh/percobaan di laboratorium dan data epidemiologi,” dia mengatakan.

Beberapa penelitian epidemiologi menunjukkan *respirator* tidak sama efektif seperti yang ditunjukkan oleh penelitian model. Namun sulit menilai efektivitas *respirator* apabila petugas kesehatan yang diberikannya tidak memakainya secara tetap, atau bila mereka belum memastikan telah memakainya secara pas.

Penilaian ini diminta oleh WHO untuk mendasari pengembangan kebijakan baru tentang pengendalian infeksi TB. Dr. Scano mengatakan pada HATIP bahwa kebijakan tersebut sedang diselesaikan, dan akan diterbitkan di akhir Februari 2009 di internet. Walaupun demikian, sebagaimana Harries dkk menuliskan dalam sebuah penelitian kunci yang menyoroiti putusannya hubungan antara pedoman dan pelaksanaan, “Memperkenalkan pedoman pengendalian infeksi TB adalah intervensi penting untuk mengurangi penularan penyakit secara nosokomial, tetapi dibutuhkan pemantauan dan tindak lanjut secara ketat untuk memastikan bahwa pedoman tersebut diterapkan.”¹³

“Seharusnya dilakukan secara tetap di rumah sakit, memberikan pendidikan secara terus-menerus, pemeriksaan penerapan pengendalian infeksi secara terus-menerus,” dikatakan oleh Dr. Thomas. “Apabila tidak maka tidak akan ada perubahan.”

“Setelah seorang perawat kami tertular MDR, saya berjuang untuk mendapatkan masker N95 dan saya mengajarkan para perawat, dokter, konselor dan ahli gizi serta juga pekerja sosial, dan setiap orang mendapatkan masker N95. Lalu saya mengajarkan cara memakainya dan menjelaskan tentang penyimpanan, berapa lama mereka dapat memakainya serta meminta mereka membuka jendela kantornya. Setiap orang kurang lebih melakukannya selama satu minggu pertama. Pada minggu

HATIP 129: Memperhatikan perawat dalam menghadapi HIV dan TB: peninjauan secara klinis (bagian kedua)

berikturnya kami melihat hanya satu dokter yang memakai masker dan semua jendela tertutup. Oleh karena itu, apabila tidak ada ‘polisi pengendalian infeksi’ – yang selalu berkeliling di klinik atau rumah sakit dan menegur orang – sangat sulit untuk mengubah kebiasaan itu.”

Tujuh aspek kunci pada penyediaan layanan bagi staf dan keluarganya serta kriteria minimal bagi sarana kesehatan untuk diberi peringkat “sedang” dalam survei TTR

(disalin dari laporan lengkap)¹⁴

Layanan	Kriteria minimal (semuanya diperlukan)
Pencegahan HIV terkait pekerjaan	<ul style="list-style-type: none">• Kebijakan/pedoman PPP secara tertulis• Orang/komite yang bertanggung jawab terhadap pengendalian infeksi• Pelatihan penyegaran tentang teknis menyuntik secara aman• Sarung tangan, tempat sampah khusus benda tajam, sabun dan air mengalir saat kunjungan• Tidak dilihat kejadian pembuangan benda tajam secara tidak aman selama kunjungan• Tidak dilihat teknik menyuntik secara tidak aman selama kunjungan
Pencegahan penularan HIV secara seksual	<ul style="list-style-type: none">• Kebijakan/pedoman rumah sakit secara tertulis• Pendidikan tentang seks yang aman secara terus-menerus• Kondom tersedia di toilet laki-laki dan perempuan
Mendorong tes HIV untuk staf	<ul style="list-style-type: none">• Kebijakan/pedoman secara tertulis tentang tes HIV bagi staf dan apa yang disediakan bagi staf dengan hasil tes HIV-positif• Pendidikan tentang manfaat/mendorong untuk mengetahui status HIV-nya secara terus-menerus• Memfasilitasi akses untuk staf yang menginginkan tes, di sarana kesehatan tempatnya bekerja atau diatur dengan sarana kesehatan lain
Akses ART untuk staf	<ul style="list-style-type: none">• Kebijakan/pedoman rumah sakit secara tertulis• Pendidikan tentang manfaat/mendorong untuk mengetahui status HIV-nya secara terus-menerus• Memfasilitasi akses ART gratis untuk staf baik di sarana kesehatan tempatnya bekerja maupun diatur dengan sarana kesehatan lain
Akses ART untuk keluarga staf	<ul style="list-style-type: none">• Kebijakan/pedoman rumah sakit secara tertulis• Akses pada tes HIV untuk anggota keluarga staf• Memfasilitasi akses ART gratis untuk anggota keluarga staf, di sarana kesehatan tempatnya bekerja atau diatur dengan sarana kesehatan lain
Pengendalian infeksi TB	<ul style="list-style-type: none">• Kebijakan/pedoman rumah sakit secara tertulis• Orang/komite yang bertanggung jawab terhadap pengendalian infeksi• Pelatihan penyegaran dan pemantauan tindakan pengendalian• Intervensi penting diterapkan<ol style="list-style-type: none">1. Pendidikan tentang batuk yang higienis2. TB diduga pada setiap orang dengan batuk yang berkepanjangan3. Pasien/terduga TB dipisahkan dari yang tidak terduga TB4. TB didiagnosis dan diobati secara sesuai
Pencegahan TB pada staf yang HIV-positif	<ul style="list-style-type: none">• Kebijakan/pedoman/panduan/materi sarana kesehatan secara tertulis tentang TB sebagai risiko kesehatan terkait pekerjaan• Pendidikan/pelatihan penyegaran untuk staf tentang HIV/TB• Intervensi penting diterapkan<ol style="list-style-type: none">1. Kebijakan untuk memindahkan petugas kesehatan yang HIV-positif dari tugas dengan pajanan tinggi, berdasarkan permintaan2. Mendorong tes HIV untuk staf dengan pajanan tinggi terhadap pasien TB

Catatan, tidak ada sarana kesehatan (biasa atau terbaik) yang mencapai peringkat lebih tinggi dari “buruk” pada ketujuh layanan yang dinilai.

Menolong petugas kesehatan mengatasi stres dan mencegah kejenuhan

Menolong petugas kesehatan mengatasi stres terkait pekerjaan sesungguhnya dapat meningkatkan pemahaman tentang tindakan keamanan di tempat kerja dan pengendalian infeksi TB.

HATIP 129: Memperhatikan perawat dalam menghadapi HIV dan TB: peninjauan secara klinis (bagian kedua)

“Tingkat kejenuhan (*burn out*) adalah tinggi dan sebagai akibatnya, kami melihat bahwa kemungkinan dilaksanakannya kewaspadaan universal menurun secara bermakna,” dikatakan oleh Chisomo Zileni, seorang perawat dari Malawi, yang berbicara dalam Konferensi AIDS Internasional di Mexico. “Hal itu membuat perawat muda berisiko tertular HIV dan TB.”

Namun, ada cara untuk menatalaksanakan stres. Dalam penelitian UNISA, perawat yang didukung oleh LSM atau majikan menghasilkan skor yang lebih rendah secara bermakna dalam faktor stres terkait HIV/AIDS.¹⁵ Ada hubungan yang bermakna antara jumlah berbagai layanan dukungan yang ditawarkan oleh LSM atau majikan dan menurunkan skor faktor stres terkait HIV/AIDS ($rs = -0,152, p = 0,030$).

Sistem layanan kesehatan perlu mempersiapkan petugas kesehatan yang baru untuk memenuhi tuntutan epidemi HIV/AIDS dan TB, dengan menggabungkan unsur penatalaksanaan stres ke dalam pelatihan sebelum mulai bekerja. “Perawat harus dilatih tidak hanya tentang bagaimana menangani penyakit HIV, tetapi dilengkapi dengan keterampilan tambahan dan pemahaman yang lebih luas mengenai dampak HIV pada perorangan, komunitas dan masyarakat,” dikatakan oleh Professor Van Dyk dari UNISA.

Selain itu dia menganjurkan peningkatan pengawasan dan bimbingan profesional serta menyediakan akses pada dukungan emosional dan konseling pengobatan, keterampilan mengurangi dan menangani stres, pelatihan secara terus-menerus dan lingkungan kerja yang mendukung.

Dalam makalah lain, Prof. Van Dyk menekankan bahwa teknik pengurangan dan penanganan stres cenderung terkait budaya. Dia melakukan survei lain dengan melibatkan 137 petugas kesehatan berkulit hitam yang berbahasa Zulu dan 142 petugas kesehatan berkulit putih yang berbahasa Inggris. Dia melaporkan bahwa peserta berkulit hitam cenderung menangani stres melalui kegiatan berkelompok, misalnya bernyanyi dan berdiskusi bersama tentang masalah mereka sedemikian rupa sehingga mereka dapat mencurahkan perasaan mereka. Sementara peserta berkulit putih menghubungkan kesehatan kejiwaannya dengan kepribadian dan kemandirian, dan memilih cara penanganan stres lebih secara pribadi.¹⁶

Penilaian kebutuhan di Zambia juga menemukan kebutuhan pelatihan dan dukungan di antara perawat dan bidan yang terinfeksi atau terdampak oleh HIV. Setelah itu, Asosiasi Perawat Zambia dan Organisasi Perawat Norwegia bermitra untuk meluncurkan proyek *Caring for the Caregivers* – yang membentuk jaringan dengan lebih dari 87 kelompok dukungan.¹⁷ Kelompok tersebut menyediakan serangkaian layanan di seluruh negeri (merawat perawat yang sakit dan yang telah pensiun serta yatim piatu; kegiatan pelatihan dll.). Satu aspek yang menarik program tersebut adalah bahwa setelah menyediakan sedikit dana awal, kelompok dukungan diharapkan dapat mandiri melalui proyek mendapatkan penghasilan. Walau tidak semua proyek dapat berhasil secara keuangan, proyek tersebut memberi sesuatu bagi kelompok untuk saling bekerja sama, selain layanan dan dukungan HIV. Justru, beberapa mengeluh bahwa proyek mendapatkan penghasilan terlalu menyita waktu.

Lagi, salah satu cara terbaik untuk meningkatkan kesehatan jiwa petugas kesehatan adalah dengan memberdayakan mereka untuk berbuat sesuatu tentang HIV/AIDS dan TB – dengan melengkapi mereka dengan peralatan penting dan sumber daya untuk mempengaruhi hidup pasiennya. Namun pasien HIV-positif yang memakai ART adalah dalam perawatan kronis dan mungkin memiliki berbagai jenis penyakit. Oleh karena itu Prof. Van Dyk menyarankan mencari cara lain untuk menghargai staf layanan kesehatan untuk kinerja mereka dalam menyediakan layanan paliatif bermutu tinggi.

Contoh strategi lain dari program layanan AIDS untuk membantu perawat menangani tekanan pada perawat yang merawat Odha dapat ditemukan dalam [Mengasuh para perawat: Menatalaksana stres pada mereka yang merawat Odha](#), dari UNAIDS Best Practice Collection.

Tindakan sistemik untuk memperbaiki kehidupan dan suasana kerja petugas kesehatan

Untuk menghadapi stres terkait pekerjaan dan mempertahankan staf, petugas kesehatan perlu mendapatkan gaji yang layak untuk kehidupan, tempat tinggal yang layak dan bekerja di lingkungan yang aman.

HATIP 129: Memperhatikan perawat dalam menghadapi HIV dan TB: peninjauan secara klinis (bagian kedua)

Tindakan sistemik harus diterapkan untuk memperbaiki suasana tempat kerja, dengan mekanisme penggalakan untuk memastikan kebijakan disampaikan hingga ke tingkat sarana kesehatan.

Gaji yang lebih baik dan bonus untuk kinerja adalah ideal. Namun memahami bahwa sumber daya sangat terbatas dan tambahan dana tersebut tidak selalu tersedia, dengan masukan dari petugas kesehatan, sistem kesehatan harus mempertimbangkan mengembangkan dan menerapkan skema tambahan insentif misalnya kesempatan pelatihan yang lebih banyak, perumahan, tunjangan transpor, tempat penitipan anak, pembagian jatah makanan, layanan kesehatan secara gratis, kesepakatan kerja yang fleksibel atau manfaat lain (lihat [Pedoman: Insentif untuk Petugas Kesehatan](#)).

Tes dan layanan HIV – dan model penyediaan

Sebagaimana telah disebutkan, stigma dan masalah kerahasiaan berpotensi membatasi penggunaan program layanan HIV oleh staf layanan kesehatan yang mungkin takut didiskriminasi di tempat kerja apabila mereka mengakses layanan HIV di tempat kerjanya.

Tes: Hambatan pertama dan terbesar mungkin adalah mengakses layanan tes HIV. Walaupun tes harus disediakan di tempat kerja untuk staf, sebagaimana ditunjukkan pada survei TTR, kebanyakan staf tidak memanfaatkan layanan di tempat kerjanya.¹⁸

Namun, “dalam wawancara secara perorangan kami terkejut menemukan gagasan untuk menjalani tes HIV setiap tahun dapat diterima. Ada 75% yang mengatakan bersedia menjalani tes HIV setiap tahun, walaupun tes tidak dikaitkan dengan tambahan layanan HIV apapun. Dan hanya 5% yang menyatakan keberatan, walaupun layanan tambahan disediakan,” dikatakan oleh Dr. Corbett. Namun dalam diskusi kelompok fokus, ada “banyak kekhawatiran tentang kebutuhan mutlak untuk kerahasiaan yang tidak dapat disediakan oleh rekan kerja sendiri.”

Apabila diberi pilihan tentang *bagaimana* mereka akan dites setiap tahun, hampir separuh mengatakan pilihan melakukan tes sendiri (baik dengan menyediakan tes yang dapat dilakukan sendiri atau dilakukan di rumah bagi seluruh staf) menjadi yang paling disukai atau pilihan kedua. Mempekerjakan penyedia layanan VCT yang independen untuk mengunjungi dan menyediakan tes setiap tahun merupakan pilihan selanjutnya, walaupun persentase yang tinggi juga mengatakan mereka lebih memilih tes HIV yang menjadi bagian dari pemeriksaan kesehatan secara rutin.

Pengamatan terakhir ini terutama menarik karena laporan di lapangan yang diuraikan di bawah ini menunjukkan penggunaan tes meningkat apabila tes disediakan dalam kaitan dengan layanan kesehatan secara menyeluruh di klinik staf.

Survei TTR mengamati bahwa banyak petugas layanan kesehatan melakukan tes sendiri secara rahasia – dan hal ini adalah sesuatu yang menarik komentar dari beberapa anggota panel penasihat kami.

“Penyedia layanan kesehatan (dan karyawan rumah sakit/klinik lain) mencuri tes rapid HIV dari tempat kerja untuk melakukan tes sendiri. Perilaku ini menjadi begitu umum, sehingga sarana kesehatan mulai menguncikan tes HIV, agar kit tes tidak dapat diperoleh dengan mudah bahkan oleh dokter yang ingin mengetes pasiennya! Hal ini dilakukan daripada menerima bahwa petugas layanan kesehatan, seperti pasien, tidak siap memakai layanan VCT yang tersedia akibat stigma dan ketakutan akan kerahasiaan, dan merancang pilihan lain,” dikatakan Dr. Kista Dong pada HATIP.

Satu pilihan lain adalah untuk membeli kit tes HIV dari apotek swasta. Dalam beberapa rangkaian tes ini tersedia dengan harga antara 2-10 dolar AS. Namun proses meminta kit mungkin menjadi hambatan untuk beberapa petugas layanan kesehatan, dan ada kebutuhan jelas untuk menyediakan lebih banyak dukungan dan konseling pada petugas layanan kesehatan yang memilih pilihan ini. Pilihan lain dibutuhkan agar menyediakan tes HIV secara lebih luas, dan dihubungkan dengan layanan untuk petugas layanan kesehatan.

ART dan Layanan HIV: Survei TTR juga menyelidiki bagaimana peserta berpendapat bahwa mereka mungkin lebih memilih menerima ART dan layanan pengobatan HIV lain – dengan hasil yang agak berbeda dari dugaan.

Berbagai model pemberian layanan HIV dipertimbangkan, dan peserta memberikan peringkat sesuai urutan berikut ini:

HATIP 129: Memperhatikan perawat dalam menghadapi HIV dan TB: peninjauan secara klinis (bagian kedua)

1. Layanan prioritas di klinik ART-nya sendiri
2. Dari klinik staf yang menyediakan ART dalam konteks layanan kesehatan secara menyeluruh
3. Asuransi kesehatan secara gratis (dan tampaknya mengatur perawatannya sendiri)
4. Akses prioritas di klinik ART lain yang terdekat
5. Layanan dengan dokter swasta secara gratis
6. Klinik 'Kesehatan (*Wellness*)' yang terpisah untuk petugas kesehatan di kota yang lebih besar
7. Klinik keliling
8. Konsultasi melalui telepon (dengan obat dikirimkan kepada mereka)

Berdasarkan laporan lengkap, “Kerahasiaan mengenai status tidak tampak bermasalah pada tahapan mencari ART, dan kelompok fokus mendukung pilihan untuk dilayani oleh orang yang dikenal sehingga akan memberikan layanan yang baik. Hanya ada sedikit bukti adanya stigmatisasi terhadap rekan petugas yang berkunjung ke klinik ART, dengan pendapat yang mendukung yang lebih umum dinyatakan.”

Namun, hasil tersebut harus ditafsirkan secara hati-hati karena sebagian besar peserta dalam penelitian tersebut kemungkinan bukan HIV-positif. Selain itu, ada berbagai alasan lain untuk lebih berhati-hati tentang temuan tersebut. Satu adalah apabila peserta diminta untuk kembali memberi peringkat tentang aspek apa yang penting bagi mereka dalam sebuah layanan ART, persentase tertinggi memilih “kerahasiaan” sebagai aspek terpenting atau terpenting kedua bagi mereka – yang mungkin sulit apabila mereka menerima pengobatan bersama pasien lain di klinik ART tempat mereka bekerja. Masalah lain adalah bahwa sulit untuk menilai penggunaan layanan ART di sarana kesehatan tersebut dalam survei itu karena prevalensi HIV pada kohort itu tidak diketahui – tetapi sebagaimana dikatakan oleh Dr. Corbett, prevalensi HIV tampak agak rendah di sarana kesehatan dalam survei itu.

Oleh karena itu mungkin lebih baik untuk mengamati temuan tersebut berdasarkan bukti yang diperoleh dari praktik di lapangan, dengan tetap mengingat bahwa tidak ada data pembandingan. Beberapa bukti di lapangan memberi kesan bahwa temuan tersebut tidak semuanya kurang benar – tetapi apa yang sebenarnya dibutuhkan adalah serangkaian pilihan untuk akses layanan – walaupun penggunaan layanan mungkin meningkat apabila disediakan dalam kaitannya dengan layanan kesehatan secara menyeluruh daripada layanan di klinik khusus ART.^{19,20}

Uebel dkk. melaporkan tiga program di Afrika bagian selatan:²¹

Rumah Sakit McCord di Durban menyediakan layanan kesehatan gratis untuk staf di klinik staf. Seluruh bentuk layanan HIV (termasuk tes, pemantauan CD4 dan ART) dipadukan dengan layanan lain yang disediakan secara menyeluruh di klinik staf, termasuk penyakit akut dan kronis, misalnya TB. Layanan tersebut bersifat rahasia karena terpisah dari klinik ART yang umum.

Sebelum mulai program itu, hanya sedikit staf (6-11 per tahun) yang mengakses VCT, tetapi jumlah staf yang mengakses VCT setiap tahun meningkat setelah program tersebut dimulai. Ada kemajuan besar pada semangat dan beberapa staf yang memakai ART sekarang sudah membuka statusnya untuk mendorong staf lain menjalani tes atau mulai menerima ART.

Program itu juga menyediakan kelompok dukungan untuk perawat agar dapat mengatasi beban dalam menyediakan layanan bagi pasien yang sekarat, khususnya remaja dan anak.

Rumah Sakit Mseleni, rumah sakit yang didukung pemerintah di daerah pedesaan di KwaZulu-Natal, juga menyediakan layanan, termasuk layanan HIV dan ART, untuk staf melalui klinik staf, walaupun beberapa staf memilih mendapatkan layanan pengobatan melalui dokter swasta setempat. Di tempat ini juga, staf kian terbuka pada rekannya tentang statusnya. Namun, penggunaan layanan di antara staf bukan perawat (tukang kebun, dll) adalah tetap terbatas.

Tshedisa Institute di Gaborone, Botswana adalah klinik '*Wellness*' swasta yang menawarkan layanan terpadu secara menyeluruh untuk petugas kesehatan yang lokasinya sangat dekat dari Rumah Sakit Princess Marina. Tshedisa berarti “untuk meremajakan atau menghidupkan” dalam bahasa Setswana. Program tersebut berpusat pada petugas kesehatan dengan HIV serta mereka yang terdampak karena merawat Odha dan yang mengalami stres, mati rasa, dan kekecewaan. Klinik tersebut “menawarkan layanan kesehatan secara terpadu, termasuk konseling pribadi, kelompok dukungan, terapi dengan seni kreatif (misalnya, menari, yoga, melukis, kerajinan keramik dan mengarang), tes dan pengobatan HIV/AIDS secara menyeluruh, pemeriksaan kesehatan secara umum, dan kebun yang hening untuk

HATIP 129: Memperhatikan perawat dalam menghadapi HIV dan TB: peninjauan secara klinis (bagian kedua)

dinikmati oleh staf,” menurut Uebel dkk. Lembaga ini juga menawarkan kursus penatalaksanaan stres dan terapi perilaku kognitif. Konseling secara berkelompok juga tersedia untuk petugas kesehatan.

Dalam sedikit lebih dari satu tahun sejak klinik tersebut dibuka, 204 petugas layanan kesehatan sudah datang untuk dites HIV, 12% ditemukan HIV-positif dan 17 sudah mulai menerima ART.

Pusat *wellness* lain sudah dibangun di Swaziland, Lesotho, Zambia (berkaitan dengan kelompok dukungan yang disebutkan sebelumnya) dan sekarang Malawi. Menurut Tesfamicael Ghebrehiwet, dari International Council of Nurses, yang berbicara pada sebuah sesi di Mexico, klinik tersebut dibangun untuk menyediakan layanan kesehatan khusus termasuk pencegahan, pengobatan dan layanan HIV dan TB; PPP; penatalaksanaan stres; pelatihan keamanan terkait pekerjaan; peningkatan kemampuan; untuk petugas kesehatan dan keluarganya – semuanya disediakan dalam kaitan layanan kesehatan secara menyeluruh.

Di Lesotho, klinik tersebut dibuka pada November 2007 dan sudah menjangkau lebih dari 1.300 petugas layanan kesehatan dengan layanan dan pelatihan. Pelatihan mencakup kursus penatalaksanaan stres, perubahan perilaku, PPP, penatalaksanaan penyakit orang dewasa dan anak secara terpadu (Integrated Management of Adolescent and Adult Illnesses/IMAI) dari WHO dan lain-lain. Mereka juga menyediakan ART, konseling perawat dan pemeriksaan kesehatan.

Di Swaziland, klinik *wellness* dibangun pada 2006 di kota Manzini. Berdasarkan presentasi di Konferensi AIDS Internasional di Mexico, klinik tersebut berpusat untuk menawarkan layanan kesehatan secara menyeluruh untuk petugas layanan kesehatan dengan konseling, tes HIV dan layanan laboratorium lain, klinik ART, TB dan malaria. Layanan lain termasuk pelatihan peningkatan keterampilan, penatalaksanaan stres, program layanan dan dukungan serta rekreasi.

Menurut Ghebrehiwet, 6.225 petugas kesehatan telah terjangkau (77% dari seluruh petugas layanan kesehatan) dan tes dan konseling HIV telah meningkat di antara petugas kesehatan.

Pusat *Wellness* dipromosi secara kuat. Namun, dalam laporan yang lebih baru, para peneliti dari Swaziland Nursing Association dan Southern African Human Capacity Development Coalition melakukan sebuah survei yang memberi kesan bahwa Pusat *Wellness* mungkin tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan setiap petugas layanan kesehatan.²² Survei tersebut melibatkan 35 perawat, 50% mengatakan bahwa apabila mereka tahu rekannya adalah HIV-positif, mereka akan menyarankan agar dia pergi ke rumah sakit pemerintah atau swasta lain untuk mendapatkan perawatan. Dua puluh lima persen menyarankan agar mereka mendapatkan perawatan di klinik sendiri, sementara hanya 20% yang menyarankan Pusat *Wellness*.

“Banyak yang mengatakan bahwa mungkin sangat sedikit tempat di mana dia tidak akan mengenal beberapa petugas kesehatan di sana. Hal itu diungkapkan oleh banyak peserta yang menyarankan dia untuk bertahan di klinik setempat, karena memang tidak ada tempat yang dapat dikunjunginya secara anonim total. Anggapan tidak ada kerahasiaan merupakan topik yang dapat meluas, sebagian karena kenyataan bahwa petugas kesehatan Swazi adalah anggota komunitas kecil yang berbagi pelatihan dan lingkungan kerja dalam negara yang kecil,” para peneliti mencatat.

Pusat *Wellness* mungkin juga dapat menimbulkan stigma, terutama bila yang *well* (sehat) jarang memakainya. Yang menarik, para responden setuju bahwa layanan HIV harus ditawarkan dalam konteks layanan kesehatan secara menyeluruh, dan mengatakan bahwa juga diperlukan layanan untuk diabetes, hipertensi dan kehamilan yang aman, beserta dengan konseling tentang HIV dan stres.

Temuan tersebut disampaikan kepada *stakeholder* kunci, dan sejak itu telah dibangun tambahan 12 ‘*Pojok Wellness*’ di sarana kesehatan di negara tersebut, dilayani oleh layanan keliling dari klinik Manzini.

Makalah tersebut menentukan lima pelajaran kunci yang didapatkan:

1. Perlu melakukan lebih banyak untuk menangani aspek stigma HIV yang unik di antara staf layanan kesehatan.
2. “Serangkaian layanan perlu disediakan, karena tidak satu pun rumah sakit atau program yang akan diterima oleh seluruh petugas kesehatan. Di Swaziland, Pusat *Wellness* Terpadu yang terpisah harus diteruskan tetapi harus bekerja dengan pemberi layanan lain untuk menyesuaikan pemasaran dan

HATIP 129: Memperhatikan perawat dalam menghadapi HIV dan TB: peninjauan secara klinis (bagian kedua)

menemukan celah dalam layanan. Petugas kesehatan memerlukan serangkaian pilihan agar merasa nyaman waktu mencari layanan HIV.”

3. Kelompok dukungan sebaya harus dipertimbangkan untuk menangani tekanan emosi dan masalah keuangan yang dihadapi oleh petugas kesehatan.
4. Agar dimanfaatkan dan dapat diterima, layanan untuk petugas kesehatan harus secara menyeluruh dan terjangkau.
5. Data tentang penggunaan layanan oleh petugas kesehatan dari seluruh program harus dipantau secara rutin (menjaga kerahasiaan) agar dapat membantu menentukan kebutuhan yang belum terpenuhi.

Walaupun barangkali tidak ada satu cara yang ‘benar’ pada sistem kesehatan untuk mulai menawarkan layanan HIV bagi petugas kesehatan, adalah penting bahwa program tersebut mulai dilaksanakan. Menurut Uebel dkk., kebijakan resmi harus diterapkan terkait dengan penatalaksanaan HIV/AIDS di antara staf di tempat kerja.²³ Para penulis mencatat bahwa penatalaksanaan TB tetap menjadi tantangan, karena terapi TB umumnya hanya disediakan oleh klinik TB terpisah. Namun sistem kesehatan dapat mengurangi beban TB di antara staf dengan menawarkan IPT, memperbaiki pengendalian infeksi, dan layanan skrining dan diagnosis TB. “Program penyediaan layanan dan pengobatan HIV untuk petugas layanan kesehatan adalah penting dan mendesak,” Uebel dkk menulis. Mereka menyarankan bahwa departemen kesehatan dan rumah sakit perlu melakukan survei tanpa nama untuk menilai kebutuhan layanan dan pengobatan di antara staf mereka sendiri, dan kemudian menerapkan program yang “nyaman, menyeluruh dan terpadu di dalam satu klinik.”

Tindakan politis

Intervensi tersebut memerlukan komitmen pemerintah, majikan dan manajer rumah sakit, dan komitmen ini sering kali langka. Namun, petugas layanan kesehatan mulai belajar bagaimana menjadi aktivis.

Di Mexico, Health Action AIDS Campaign of Physicians for Human Rights dan Association of Nurses in AIDS Care meluncurkan desakan global untuk bertindak (lihat Acuan), meminta perhatian terhadap kebutuhan akan jaminan kesehatan dan keamanan di tempat kerja bagi seluruh perawat dan petugas kesehatan. Yang terpenting, seruan tersebut meminta komitmen dari pemerintah, lembaga donor dan mitra untuk menerapkan kebijakan dasar tentang kesehatan dan keamanan bagi petugas kesehatan dan memasukkannya dalam pelaksanaan program mereka, mendukung pemberian layanan pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV.

“Adalah kewajiban bagi pemerintah di negara manapun untuk menyediakan layanan kesehatan untuk perawat yang mudah diakses, rahasia, dan terjangkau,” dikatakan oleh Christine Mutati dari Zambia Union of Nurses Organization. “Adalah bijaksana bagi pemerintah manapun dan stakeholder lain untuk merumuskan dan menerapkan kebijakan yang akan mendorong pemberian layanan dan dukungan secara wajar untuk seluruh petugas kesehatan.”

Yang lain selangkah lebih maju.

“Ada kalanya, kami harus mengabaikan wibawa kami secara profesional. Kadang, apabila pembuat kebijakan atau majikan tidak membuat kebijakan yang adil, maka kami harus bertindak keras,” dikatakan oleh Dr. Mancillas dalam kesimpulan simposium di Mexico City. “Di Afrika Selatan, Democratic Nurses Association tahun lalu berhasil mendapatkan manfaat besar yang tidak hanya berdampak pada penghasilan dan suasana kerja perawat di Afrika Selatan tetapi juga meningkatkannya, akan memperkuat sistem kesehatan di negaranya dengan cara mogok kerja! Bukan karena mereka menginginkannya, tetapi karena setelah beberapa bulan mencoba membujuk dan berunding dengan pemerintah, mereka melakukan satu-satunya tindakan yang mereka rasa akan, dan pada akhirnya terbukti, efektif.”

“Kami juga bertanggung jawab terhadap pasien kami dan pada sistem kesehatan untuk bersikap tegas apabila diperlukan. Kami memiliki dua cara: Satu apabila kami berunding dengan majikan – membuat kesepakatan bersama, yang dapat dan harus serta sering mencakup tentang masalah melampaui masalah gaji, peraturan tentang pekerjaan dan suasana kerja. Dan kedua, cara lain adalah melalui undang-undang untuk menerapkan perubahan di tingkat nasional – dicapai melalui kemampuan kami untuk melobi di berbagai negara.”

Acuan

[UNAIDS, universal precautions and blood safety](#)

[CDC Materials on preventing the transmission of infectious diseases](#)

[WHO's resources on injection safety and injections](#)

Safe Injection Global Network internet forum at sign@who.int.

[ANAC – Association of nurses in AIDS care](#)

[ACRN – HIV/AIDS Nursing Certification Board](#)

[Health Action AIDS Campaign, Physicians for Human Rights \(PHR\)](#)

[PHR Statement On The Rights Of Nurses To Health And Safety](#)

[International Council of Nurses](#)

[Public Services International](#)

[Global Health Workforce Alliance, WHO](#)

[The Stephen Lewis Foundation](#)

[Swaziland Wellness Centre Innovative and Effective Response to Healthcare Worker Crisis – press release, 23 April 2008](#)

[Center for Global Development – International Monetary Fund Programs and Health Spending Where HIV/AIDS and Africa's Health Worker Shortage Meet](#)

Referensi

- 1 Simonsen L et al. Unsafe injections in the developing world and transmission of bloodborne pathogens: a review. *Bulletin of the World Health Organisation*, 77 (10): 789-800, 1999.
- 2 Van Dyk AC Occupational stress experienced by caregivers working in the HIV/AIDS field in South Africa. *African Journal of AIDS Research* 6(1): 49-66, 2007.
- 3 Op cit. Van Dyk (2007)
- 4 Corbett EL et al. Nursing and community rates of Mycobacterium tuberculosis infection among students in Harare, Zimbabwe. *Clin Infect Dis*. 44(3):317-23, 2007.
- 5 Jagger J Caring for Healthcare Workers: A Global Perspective. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 28:1-4, 2007.
- 6 WHO. Health care worker safety. Geneva, 2003.
- 7 Mosendane T et al. Unpublished data.
- 8 Op cit. Van Dyk (2007)
- 9 Scano F Systematic reviews on TB infection control: preliminary results. 39th Union World Conference on Lung Health and Tuberculosis, Paris, 2008.
- 10 Harries AD et al. Preventing tuberculosis among health workers in Malawi. *Bulletin of the World Health Organization* 80:526-531, 2002.
- 11 Yanai H et al. Risk of Mycobacterium tuberculosis infection and disease among health care workers, Chiang Rai, Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis* 7(1):36-45, 2002.
- 12 Roth VR et al. A multicenter evaluation of tuberculin skin test positivity and conversion among health care workers in Brazilian hospitals. *Int J Tuberc Lung Dis* 9:1335-1342, 2005.
- 13 Op cit. Harries (2002)
- 14 Op cit. Corbett (2007)
- 15 Op cit. Van Dyk (2007)
- 16 Van Dyk A Western and African mental health. *European Congress of Psychology*, London, 2001.
- 17 Vitols MP, du Plessis E, Ng'andu O Mitigating the plight of HIV-infected and-affected nurses in Zambia. *International Nursing Review* 54 (4), 375–382, 2007.
- 18 Op cit. Corbett (2007)
- 19 Galvin S, de Vries D HIV care for health workers: perceptions and needs. *The Capacity Project. Technical Brief* 13, 2008.
- 20 Uebel KE, Nash J, Avalos A Caring for the Caregivers: Models of HIV/AIDS Care and Treatment Provision for Health Care Workers in Southern Africa. *JID*; 196:S500-4, 2007.

HATIP 129: Memperhatikan perawat dalam menghadapi HIV dan TB: peninjauan secara klinis (bagian kedua)

21 *ibid.*

22 *Op cit.* Galvin (2008)

23 *Op cit.* Uebel (2007)

Artikel asli: [HATIP 129: Caring for the caregivers in the face of HIV and TB: a clinical review \(part two\)](#)