

**PENGETAHUAN DAN TINGKAH LAKU  
PENGGUNA DADAH SECARA SUNTIKAN (IDU)  
YANG MENGIKUTI PROGRAM PERTUKARAN  
JARUM DAN ALAT SUNTIKAN (NSEP)  
DI PULAU PINANG**

**MOHD SYAIFUL NIZAM BIN ABU HASSAN**

**UNIVERSITI SAINS MALAYSIA**

**2017**

**PENGETAHUAN DAN TINGKAH LAKU  
PENGGUNA DADAH SECARA SUNTIKAN (IDU)  
YANG MENGIKUTI PROGRAM PERTUKARAN  
JARUM DAN ALAT SUNTIKAN (NSEP)  
DI PULAU PINANG**

**oleh**

**MOHD SYAIFUL NIZAM BIN ABU HASSAN**

**Tesis yang diserahkan untuk  
memenuhi keperluan bagi  
Ijazah Doktor Falsafah**

**Julai 2017**

## PENGHARGAAN

Syukur kepada Allah SWT. Terima kasih yang tidak terhingga kepada Profesor Dr. Azlinda Azman selaku penyelia utama yang banyak membantu dan memberi tunjuk ajar yang profesional kepada saya dalam penulisan tesis ini. Terima kasih kepada staf di AARG, Puan Liza, Gaik Lan dan Encik Jegathesan serta barisan pekerja temuseru Encik Othman, Encik Paul Lee Siew Tet, Encik Mohd Ferdaus. Juga staf di MAC seperti Encik Mazlimi Ramthan yang banyak memberikan maklumat terkini situasi HIV/AIDS di Malaysia.

Tidak dilupakan juga kepada responden-responden kajian ini yang banyak memberi kerjasama dan ruang masa bagi aktiviti mengutip data. Pelbagai rintangan yang dihadapi oleh anda semasa memberikan kerjasama dalam kutipan data kajian ini. Lafaz Al-Fatihah juga kepada dua orang responden yang telah meninggal dunia semasa bersama-sama dengan saya dalam kajian ini. Anda bergelar IDU, hidup dengan penuh semangat sebagai insan yang mahukan kehidupan yang dihargai dan diterima.

Untuk isteri, Nur Balqis @ Jennifer yang banyak berkorban dan memberi kata-kata semangat yang berterusan, tiada apa yang dapat diberi sebagai tanda terima kasih. Kepada puteri-puteri kesayangan, Puteri Nur Ain, Putri Sofea, Putri Izzara dan Putri Zulaikha yang menenangkan hati. Juga kepada kedua ayah dan emak serta ayah mertua dan emak mertua yang banyak memberi sokongan dan bantuan yang mungkin tidak dapat dibalas oleh saya.

Terima kasih anda semua.

## ISI KANDUNGAN

Penghargaan.....	ii
Susunan Kandungan.....	iii
Senarai Jadual.....	xii
Senarai Rajah.....	xvii
Senarai Tatanama.....	xix
Senarai Singkatan.....	xx
Abstrak.....	xxi
Abstract.....	xxii

### **BAB SATU: PENGENALAN KEPADA PERMASALAHAN KAJIAN**

1.0	Pendahuluan.....	1
1.1	Pernyataan Masalah.....	4
1.2	Persoalan Kajian.....	13
1.3	Objektif Kajian.....	13
1.4	Kepentingan Kajian.....	14

### **BAB DUA: ULASAN KARYA**

2.0	Pendahuluan.....	18
2.1	Epidemik HIV/AIDS.....	18
2.2	Faktor-Faktor Jangkitan HIV/AIDS.....	21
2.3	Penggunaan Dadah Secara Suntikan.....	23
2.4	Statistik HIV/AIDS Berkaitan Tingkah laku Penggunaan Dadah Secara Suntikan Dan Tingkah laku Hubungan Seks.....	24
2.5	Prevalen Jangkitan HCV Dalam Kalangan IDU.....	30
2.6	Tren Penawaran Dadah Global, Malaysia dan Pulau Pinang Serta Penggunaan.....	32
2.7	Program Pertukaran Jarum Dan Alat Suntikan (NSEP).....	36
2.8	Pekerja Temuseru “Outreach”.....	39

2.9	Kajian Berkaitan Amalan dan Pengetahuan Tingkah laku Pengurangan Risiko Suntikan Dadah IDU Dalam NSEP.....	40
2.10	Kajian Berkaitan Amalan dan PengetahuanTingkah laku Hubungan Seks IDU Dalam NSEP.....	45
2.11	Kajian NSEP, IDU dan Praktis Kerja Sosial.....	45
2.12	Peranan Pekerja Sosial.....	46
2.13	Peranan Kementerian Kesihatan Malaysia.....	48
2.14	Kumpulan Bertindak dan Penyelidikan AIDS (AARG).....	49
2.15	Pengetahuan Mengenai HIV/AIDS, HCV, NSEP dan VCT.....	50
2.16	Amalan Tingkah laku Suntikan Pengurangan Risiko.....	53
2.16.1	Kekerapan Responden Menyuntik Dalam Sehari.....	54
2.16.2	Kekerapan Menggunakan JarumAtau Alat Suntikan Baru Yang Belum Pernah Digunakan Selepas NSEP Dijalankan.....	54
2.16.3	Kekerapan Berkongsi Jarum Dan Picagari Yang Telah Digunakan Oleh Orang Lain Selepas NSEP Dijalankan.....	54
2.16.4	Kekerapan Memberikan Jarum Dan Picagari Yang Telah Digunakan Kepada Orang Lain.....	55
2.16.5	Penggunaan Peralatan Yang Disediakan Dalam Bungkus Jarum Bagi Aktiviti Menyuntik Dadah Seperti PadAlkohol.....	55
2.16.6	Kesedaran Responden Dalam Mengamalkan Tingkah laku Selamat Berkaitan Penjagaan Anggota Badan Sebelum Menyuntik Dadah Seperti Amalan Tourniquet, Pemilihan Urat Dan Menukar Kawasan Anggota Badan.....	56
2.16.7	Kesedaran Dalam Menyimpan Jarum Dan Picagari Yang Telah Digunakan di Tempat Yang Selamat.....	58
2.17	Amalan Hubungan Seks Pengurangan Risiko.....	59
2.18	Kerangka Teoritikal.....	60
2.18.1	Model Bermatlamatkan Rawatan.....	61
2.18.2	Teori Pembelajaran.....	62
2.18.3	Teori Pendekatan Sistem.....	66
2.18.4	Teori Perspektif Ekologikal.....	70
2.19	Kerangka Konseptual Kajian.....	73

2.20	Definisi Konseptual:	
2.20.1	Tingkah laku Risiko.....	76
2.20.2	Pengurangan Risiko.....	76
2.20.3	Tingkah laku Suntikan Pengurangan Risiko.....	78
2.20.4	Tingkah laku Seks Pengurangan Risiko.....	79
2.20.5	Prevalen.....	79
2.20.6	Kerja Sosial.....	79
2.20.7	Pekerja Sosial.....	80
2.20.8	Kaedah Intervensi.....	81
2.20.9	Jenis Pertolongan.....	82

### **BAB TIGA: METODOLOGI KAJIAN**

3.0	Pendahuluan.....	83
3.1	Reka bentuk Kajian.....	83
3.2	Pemilihan Informan.....	85
3.3	Alatan Yang Digunakan Dalam Menjalankan Kajian.....	88
3.4	Prosedur Pengumpulan Data.....	88
3.4.1	Sumber Data.....	89
3.4.2	Pungutan Data.....	89
3.4.2(a)	Data Primer.....	89
3.4.2(b)	Data Sekunder.....	90
3.4.3	Tempoh Pengumpulan Data.....	90
3.4.4	Pengrekodan Data.....	90
3.4.5	Analisis Data.....	97
3.5	Etika Kajian.....	100

### **BAB EMPAT: PENEMUAN KAJIAN**

4.0	Pendahuluan.....	103
4.1	Sosiodemografi Responden.....	104
4.1.1	Sosiodemografi Responden R01.....	104
4.1.2	Sosiodemografi Responden R02.....	105
4.1.3	Sosiodemografi Responden R03.....	106

4.1.4	Sosiodemografi Responden R04.....	107
4.1.5	Sosiodemografi Responden R05.....	108
4.1.6	Sosiodemografi Responden R06.....	109
4.1.7	Sosiodemografi Responden R07.....	110
4.1.8	Sosiodemografi Responden R08.....	111
4.1.9	Sosiodemografi Responden R09.....	112
4.1.10	Sosiodemografi Responden R010.....	113
4.1.11	Sosiodemografi Responden R011.....	114
4.1.12	Sosiodemografi Responden R012.....	115
4.1.13	Sosiodemografi Responden R013.....	117
4.1.14	Sosiodemografi Responden R014.....	118
4.1.15	Sosiodemografi Responden R015.....	119
4.1.16	Sosiodemografi Responden R016.....	120
4.1.17	Sosiodemografi Responden R017.....	122
4.1.18	Sosiodemografi Responden R018.....	123
4.1.19	Sosiodemografi Responden R019.....	124
4.1.20	Sosiodemografi Responden R020.....	125
4.2	Latar Belakang Diri Responden.....	127
4.2.1	Umur.....	127
4.2.2	Bangsa.....	128
4.2.3	Jantina.....	129
4.2.4	Taraf Pendidikan.....	129
4.2.5	Status Perkahwinan.....	130
4.3	Latar Belakang Keluarga.....	131
4.3.1	Bilangan Adik-beradik dan Kedudukan Dalam Keluarga Mengikut Hierarki.....	131
4.3.2	Tahap Perhubungan Dalam Keluarga.....	132
4.4	Latar Belakang Pekerjaan.....	133
4.4.1	Keperluan Makanan Dan Minuman.....	135
4.4.2	Keperluan Tempat Tinggal.....	136
4.5	Latar Belakang Penggunaan Dadah.....	136
4.5.1	Latar Belakang Penggunaan Dadah Peringkat Permulaan Sehingga Sekarang Mengikut Kategori Kaedah Menggunakan Dadah Dan Jenis Dadah.....	136

4.5.2	Latar Belakang Penggunaan Dadah Yang Melibatkan Keluarga Dan Rakan-Rakan Responden Dalam Kajian Ini.....	139
4.5.3	Latar Belakang Tempoh Penggunaan Dadah Secara Amalan Tingkah laku Menyuntik Yang Melibatkan Responden Dalam Kajian Ini.....	140
4.5.4	Latar Belakang Pengalaman Memasuki Pusat Pemulihan Dadah (PUSPEN) Yang Melibatkan Responden Dalam Kajian Ini.....	142
4.5.5	Rumusan Berkaitan Latar Belakang Penggunaan Dadah.....	143
4.6	Latar Belakang Kesihatan Berkaitan HIV Yang Melibatkan Responden Dalam Kajian Ini.....	145
4.7	Latar Belakang Kesihatan Berkaitan HCV Yang Melibatkan Responden Dalam Kajian Ini.....	147
4.8	Pengetahuan Responden Mengenai HIV/AIDS.....	149
4.8.1	Pengetahuan HIV/AIDS.....	149
4.8.2	Pengetahuan Mengenai Perbezaan Di Antara HIV/AIDS.....	151
4.8.3	Pengetahuan Mengenai Cara Jangkitan HIV/AIDS.....	153
4.8.4	Pengetahuan Mengenai Cara Pencegahan HIV/AIDS.....	154
4.8.5	Pandangan Mengenai Jangkitan HIV Melalui Perkongsian Jarum..	156
4.8.6	Pandangan Mengenai Jangkitan HIV Melalui Seks Tanpa Perlindungan Kondom.....	158
4.8.7	Rumusan Berkaitan Pengetahuan Mengenai HIV/AIDS.....	159
4.9	Pengetahuan Responden Mengenai HCV.....	161
4.9.1	Pengetahuan Mengenai HCV.....	162
4.9.2	Pengetahuan Mengenai Cara Jangkitan HCV.....	163
4.9.3	Pengetahuan Mengenai Cara Pencegahan HCV.....	165
4.9.4	Rumusan Pengetahuan Mengenai HCV.....	166
4.10	Pengetahuan Responden Mengenai NSEP.....	167
4.10.1	Pengetahuan Mengenai NSEP Di Kalangan Responden.....	168
4.10.2	Dorongan Untuk Mendaftarkan Diri Di Dalam NSEP Di Kalangan Responden Kajian.....	169
4.10.3	Pengetahuan Mengenai Perkhidmatan Yang Di Sediakan Di Dalam NSEP.....	171



4.10.4	Pengetahuan Mengenai Proses Pertukaran Jarum Dan Alat Suntikan Di Dalam NSEP.....	173
4.10.5	Pandangan Terhadap NSEP Di Kalangan Responden.....	174
4.10.6	Rumusan Pengetahuan Dan Kesedaran Mengenai NSEP...	176
4.11	Pengetahuan Dan Kesedaran Mengenai VCT.....	178
4.11.1	Pengetahuan Mengenai VCT.....	178
4.11.2	Kesedaran Mengetahui Status Antibodi HIV Melalui VCT.....	180
4.11.3	Rumusan Pengetahuan Dan Kesedaran Mengenai VCT...	182
4.12	Tingkah Laku Menyuntik Yang Membentuk Kepada Tingkah Laku Suntikan Yang Selamat.....	184
4.12.1	Kekerapan Menyuntik Dalam Sehari.....	184
4.12.2	Menggunakan Jarum Dan Picagari Baru Yang Belum Pernah Digunakan Dalam Tempoh Sebulan Ini.....	186
4.12.3	Tingkah Laku Berkongsi Jarum Dan Picagari Yang Telah Digunakan Oleh IDU Lain Dalam Tempoh Sebulan Ini.....	188
4.12.4	Tingkah Laku Memberikan Jarum Dan Picagari Yang Telah Digunakan Kepada IDU Lain Dalam Tempoh Sebulan Ini...	191
4.12.5	Tingkah Laku Menggunakan Pad Alkohol .....	194
4.12.6	Tingkah Laku Menggunakan Kapas .....	196
4.12.7	Tingkah Laku Menggunakan Ceper.....	200
4.12.8	Tingkah Laku Menggunakan Kaedah “Tourniquet” Iaitu Mengikat Bahagian Anggota Badan Yang Hendak Disuntik.....	202
4.12.9	Tingkah Laku Pemilihan Urat Atau “Arteri” (Highway) Bagi Tujuan Menyuntik Dadah.....	205
4.12.10	Tingkah Laku Menukar Kawasan Anggota Badan Bagi Tujuan Menyuntik Dadah.....	208
4.12.11	Tingkah Laku Menyimpan Jarum Dan Alat Suntikan Lain Seperti Picagari Yang Telah Digunakan Di Tempat Yang Selamat Seperti “Disposal Bin”.....	211
4.13	Tingkah Laku Seks Yang Membentuk Kepada Tingkah Laku Seks Pengurangan Kemudaratan.....	223
4.13.1	Kekerapan Hubungan Seks Dalam Tempoh Sebulan.....	223

4.13.2	Pasangan Hubungan Seks Dalam Tempoh Sebulan .....	225
4.13.3	Amalan Penggunaan Kondom Dalam Tingkah Laku Hubungan Seks.....	227
4.13.4	Rumusan Berkaitan Tingkah laku Hubungan Seks.....	229
4.14	Isu Penghargaan Diri “Self Esteem”, Efikasi Diri “Self Efficacy” dan Daya Tindak “Coping” Berkaitan Dengan Kesedaran, Keupayaan Dan Kesediaan IDU Dengan Situasi Konflik Yang Membentuk Kepada Tingkah Laku.....	232
4.14.1	Isu Penghargaan Diri (Self Esteem).....	232
4.14.1(a)	Rumusan Berkaitan Pandangan Penghargaan Diri....	234
4.14.2	Isu Efikasi Diri (Self Efficacy).....	236
4.14.2(a)	Rumusan Berkaitan Pandangan Yang Positif Mengenai Efikasi Diri.....	238
4.14.2(b)	Rumusan Berkaitan Pandangan Yang Negatif Mengenai Efikasi Diri.....	240
4.14.3	Isu Daya Tindak Coping Berkaitan Dengan Menghadapi Isu Selain Daripada Isu Dadah.....	241
4.14.3(a)	Rumusan Daya Tindak Coping Berkaitan Dengan Menghadapi Isu-isu Selain Daripada Isu Dadah.....	244
4.15	Kekuatan Dan Kelemahan NSEP.....	246
4.15.2	Rumusan Berkaitan Kelemahan NSEP.....	253
4.16	Penambahbaikan daripada Pandangan Responden.....	255

## **BAB LIMA : PERBINCANGAN**

5.0	Pendahuluan.....	268
5.1	Ciri-ciri Sosiodemografi IDU Yang Terlibat Dalam NSEP (Objektif Kajian 1).....	268
5.2	Pengetahuan IDU Yang Terlibat Dalam NSEP Berkaitan Dengan Pengetahuan HIV/AIDS, HCV dan Perkhidmatan NSEP (Objektif Kajian 2).....	271
5.2.1	Pengetahuan Mengenai HIV/AIDS.....	271

5.2.2	Pengetahuan Mengenai HCV.....	274
5.2.3	Pengetahuan Mengenai NSEP.....	276
5.2.4	Pengetahuan Dan Kesedaran Mengenai VCT.....	278
5.3	Bentuk Tingkah laku IDU Yang Terlibat Dalam Program NSEP Berkaitan Dengan Tingkah laku Suntikan dan Hubungan Seks (Objektif Kajian 3).....	279
5.3.1	Bentuk Tingkah laku Suntikan Dadah IDU Yang Terlibat Dalam NSEP .....	279
5.3.2	Bentuk Tingkah laku Hubungan Seks IDU Yang Terlibat Dalam NSEP .....	290
5.4	Halangan dan Cabaran IDU Dalam Mengamalkan Tingkah laku Pengurangan Risiko (Objektif Kajian 4).....	292
5.4.1	Sindrom Tarikan.....	292
5.4.2	Perkongsian Peralatan Menyuntik (Paraphernalia).....	294
5.4.3	Kedudukan Kewangan.....	295
5.4.4	Koordinasi Masa Perkhidmatan.....	296
5.4.5	Penguatkuasaan Undang-undang Berkaitan Penggunaan Dadah.....	299
5.4.6	Penafian Hak Asasi IDU.....	301
5.4.7	Sikap IDU.....	305
5.5	Implikasi Kajian kepada Praktis Kerja Sosial dan Strategi Bagi Meningkatkan Keberkesanan Program NSEP ke Arah Pembentukan Tingkah laku Pengurangan Risiko IDU (Objektif Kajian 5).....	307
5.5.1	Implikasi Terhadap Praktis Kerja Sosial: Kerja Sosial Dan NSEP.....	307
5.5.2	Implikasi Terhadap Teori Sistem Dalam Konteks Sistem Sosial...	312
5.5.2(a)	Memahami dan Memperkasa Populasi IDU.....	314
5.5.2(b)	Memahami dan Memperkasakan Populasi Keluarga IDU.....	315
5.5.2(c)	Memahami dan Memperkasakan Populasi Rakan Sebaya IDU.....	318
5.5.2(d)	Memahami Dan Memperkasakan Populasi Komuniti di Persekitaran IDU.....	321

5.5.3	Implikasi Terhadap Teori Kerja Sosial.....	324
5.5.4	Implikasi Terhadap Pendidikan Kerja Sosial.....	325
5.5.5	Implikasi Terhadap Dasar Sosial.....	329
5.5.5(a)	Undang-undang Yang Mengawal Perlindungan Hak Asasi IDU.....	330
5.5.5(b)	Undang-undang Berkaitan Dengan Pemilikan, Penggunaan Dadah Dan Pemilikan Peralatan Menyuntik Dadah .....	332
5.6	Strategi Dalam Meningkatkan Keberkesanan NSEP Ke Arah Pembentukan Tingkah laku Pengurangan Risiko IDU (Objektif Kajian 5).....	335
5.6.1	Intervensi Kerjasama <i>Stake Holder</i> Secara Berkala.....	339
5.6.2	Intervensi Memperkasakan Pendekatan Hak Asasi Manusia Bagi IDU.....	342
5.6.3	Intervensi Perluasan Program Pengurangan Kemudaran Tanpa Sempadan Geografi.....	346
5.6.4	Intervensi Persekitaran Fizikal Seperti Pusat Menyuntik (Drug Consumption Room “DCR”).....	350
5.6.5	Intervensi Pemantauan dan Penilaian NSEP di Lapangan .....	354
5.7	Limitasi Kajian .....	360
5.8	Cadangan Kajian Masa Hadapan.....	362
5.8.1	Penilaian HCV di Kalangan Klien NSEP.....	362
5.8.2	Memperluaskan Lokasi Kajian.....	363
5.8.3	Memperluaskan Kepada Populasi IDU Muda.....	363
5.8.4	Kajian Kuantitatif Untuk Tujuan Generalisasi.....	363
5.9	Kesimpulan Kajian.....	364
	<b>RUJUKAN</b> .....	368
	<b>LAMPIRAN</b>	

## SENARAI JADUAL

	<b>Muka Surat</b>
Jadual 2.1.1 Ringkasan Global Epidemik HIV/AIDS 2010	19
Jadual 2.1.2 Statistik epidemik HIV/AIDS di Asia Tenggara pada tahun 2009	20
Jadual 2.1.3 Statistik epidemik HIV/AIDS di Malaysia pada tahun 2010	20
Jadual 2.4.1 Statistik Jangkitan HIV/AIDS di Malaysia Mengikut Gender Daripada Tahun 1986 Sehingga 2011	28
Jadual 2.4.2 Statistik Jangkitan HIV/AIDS di Malaysia Mengikut Kumpulan Umur Daripada Tahun 1986 Sehingga 2011	28
Jadual 2.4.3 Statistik Jangkitan HIV/AIDS di Malaysia Mengikut Faktor Risiko Daripada Tahun 1986 Sehingga 2011	29
Jadual 2.4.4 Statistik Prevalen HIV/AIDS di Pulau Pinang Daripada Tahun 2009 Sehingga 2010	30
Jadual 2.5.1 Ringkasan Global Statistik Jangkitan HCV di Kalangan IDU Dari Tahun 1998- 2005	32
Jadual 2.6 Bilangan Pengguna Dadah Baru dan Pengguna Dadah Berulang Mengikut Negeri Bagi Bulan Januari Hingga Disember 2011	34
Jadual 2.7 Statistik Pengguna Dadah Mengikut Daerah di Pulau Pinang Sehingga Mei 2012	35
Jadual 2.8 Statistik Penggunaan Jenis Dadah Mengikut Daerah di Pulau Pinang Sehingga Mei 2012	35

Jadual 3.4.4	Panduan Soalan Kajian Separa Berstruktur	91
Jadual 4.2.1	Pengkelasan Umur Responden Kajian	127
Jadual 4.2.2	Pengkelasan Mengikut Bangsa Responden Kajian	128
Jadual 4.2.3	Pengkelasan Mengikut Jantina Responden Kajian	129
Jadual 4.2.4	Pengkelasan Mengikut Taraf Pendidikan Responden Kajian	130
Jadual 4.2.5	Pengkelasan Mengikut Status Perkahwinan Responden Kajian	131
Jadual 4.3.1	Bilangan Adik-beradik Dan Kedudukan Dalam Keluarga Mengikut Hierarki Bagi Responden Kajian	132
Jadual 4.4	Pengkelasan Kategori Pekerjaan Bagi Responden	134
Jadual 4.5.1	Latar Belakang Penggunaan Dadah Peringkat Permulaan Sehingga Sekarang Mengikut Kategori Kaedah Menggunakan Dadah Dan Jenis Dadah	137
Jadual 4.5.2	Latar Belakang Penggunaan Dadah Yang Melibatkan Keluarga Dan Rakan-Rakan Responden	139
Jadual 4.5.3	Latar Belakang Penggunaan Dadah Secara Amalan Tingkah laku Menyuntik	141
Jadual 4.5.4	Latar Belakang Pengalaman Memasuki PUSPEN Oleh Responden	142
Jadual 4.6	Latar Belakang Kesihatan Berkaitan HIV Yang Melibatkan Responden	146

Jadual 4.7	Latar Belakang Kesihatan Berkaitan HCV Yang Melibatkan Responden	147
Jadual 4.8.1	Pengetahuan Mengenai HIV/AIDS Bagi Responden	150
Jadual 4.8.2	Pengetahuan Mengenai Perbezaan HIV/AIDS Bagi Responden	152
Jadual 4.8.3	Pengetahuan Mengenai Cara Jangkitan HIV/AIDS Bagi Responden	153
Jadual 4.8.4	Pengetahuan Mengenai Cara Pencegahan HIV/AIDS Bagi Responden	155
Jadual 4.8.5	Pandangan Mengenai Jangkitan HIV Melalui Perkongsian Jarum Bagi Responden Kajian	157
Jadual 4.8.6	Pandangan Mengenai Jangkitan HIV Melalui Seks Tanpa Perlindungan Kondom	158
Jadual 4.9.1	Pengetahuan Responden Mengenai HCV	162
Jadual 4.9.2	Pengetahuan Mengenai Cara Jangkitan HCV Bagi Responden	164
Jadual 4.9.3	Pengetahuan Mengenai Cara Pencegahan HCV Bagi Responden	165
Jadual 4.10.1	Pengetahuan Mengenai NSEP Bagi Responden	168
Jadual 4.10.2	Dorongan Untuk Mendaftarkan Diri Di Dalam NSEP	170
Jadual 4.10.3	Pengetahuan Mengenai Perkhidmatan Yang Di Sediakan Di Dalam NSEP	172

Jadual 4.10.4	Pengetahuan Mengenai Proses Pertukaran Jarum Dan Alat Suntikan Di Dalam NSEP	173
Jadual 4.10.5	Pandangan Terhadap NSEP	175
Jadual 4.11.1	Pengetahuan Mengenai VCT	179
Jadual 4.11.2	Kesedaran Mengetahui Status Antibodi HIV Melalui VCT	181
Jadual 4.12.1	Kekerapan Menyuntik Dalam Sehari	185
Jadual 4.12.2	Menggunakan Jarum Dan Picagari Baru Yang Belum Pernah Digunakan Dalam Tempoh Sebulan Ini	187
Jadual 4.12.3	Tingkah Laku Berkongsi Jarum Dan Picagari Yang Telah Digunakan Oleh IDU Lain Dalam Tempoh Sebulan Ini	188
Jadual 4.12.4	Tingkah Laku Memberikan Jarum Dan Picagari Yang Telah Digunakan Kepada IDU Lain	191
Jadual 4.12.5	Tingkah Laku Menggunakan pad alkohol	194
Jadual 4.12.6	Tingkah Laku Menggunakan Kapas	197
Jadual 4.12.7	Tingkah Laku Menggunakan Ceper	200
Jadual 4.12.8	Tingkah Laku Menggunakan Kaedah “Tourniquet”	203
Jadual 4.12.9	Tingkah Laku Pemilihan Urat “Vein” Atau “Arteri” (Highway) Bagi Tujuan Menyuntik Dadah	206
Jadual 4.12.10	Tingkah Laku Menukar Kawasan Anggota Badan Bagi Tujuan Menyuntik Dadah	209



Jadual 4.12.11	Tingkah Laku Menyimpan Jarum Dan Alat Suntikan Lain Seperti Picagari Yang Telah Digunakan Di Tempat Yang Selamat Seperti “Disposal Bin”	212
Jadual 4.13.1	Kekerapan Tingkah Laku Hubungan Seks Dalam Tempoh Sebulan Ini	224
Jadual 4.13.2	Pasangan Hubungan Seks	226
Jadual 4.13.3	Amalan Penggunaan Kondom Dalam Tingkah Laku Hubungan Seks	228
Jadual 4.14.1	Pandangan Mengenai Isu-isu Penghargaan Diri Self Esteem	232
Jadual 4.14.2	Pandangan Mengenai Isu-isu Efikasi Diri Self Efficacy	237
Jadual 4.14.3	Isu-isu daya Tindak Coping Berkaitan Dengan Menghadapi Isu-isu Selain dadah	241
Jadual 4.17	Ringkasan Penemuan Kajian	260
Jadual 5.6	Ringkasan Implikasi Risiko Mengenai Aktiviti Menyuntik, Kesan dan Intervensi Bagi Strategi Meningkatkan Keberkesanan NSEP	337

## SENARAI RAJAH

	<b>Muka Surat</b>
Rajah 2.13.1 Pengurusan NSEP	48
Rajah 2.19 Kerangka Konseptual Kajian	75
Rajah 4.5 Rumusan Berkaitan Latar Belakang Penggunaan Dadah	145
Rajah 4.8 Ringkasan Pengetahuan Mengenai HIV/AIDS	160
Rajah 4.9 Ringkasan Pengetahuan Mengenai HCV	167
Rajah 4.10 Ringkasan Pengetahuan Dan Kesedaran Mengenai NSEP	178
Rajah 4.11 Ringkasan Pengetahuan Dan Kesedaran Mengenai VCT	184
Rajah 4.12 Ringkasan Berkaitan Tingkah laku Menyuntik Responden Kajian	216
Rajah 4.13 Rumusan Berkaitan Tingkah laku Hubungan Seks	231
Rajah 4.14.1 Rumusan Berkaitan Pandangan Penghargaan Diri ( Self Esteem)	236
Rajah 4.14. 2(a) Rumusan Berkaitan Pandangan Yang Positif Mengenai Efikasi Diri (Self Efficacy) Dengan Kesedaran, Keupayaan dan Kediaan Dengan Situasi Konflik	239
Rajah 4.14. 2(b) Rumusan Berkaitan Pandangan Yang Negatif Mengenai Efikasi Diri (Self Efficacy) Dengan Kesedaran, Keupayaan dan Kediaan Dengan Situasi Konflik	240

Rajah 4.14.4	Rumusan Berkaitan Daya Tindak Coping Berkaitan Dengan Isu-isu Selain Daripada Isu Tingkah laku Menggunakan Dadah	246
Rajah 4.15.1	Rumusan Berkaitan Kekuatan NSEP	247
Rajah 4.15.2	Rumusan Mengenai Kelemahan NSEP	255
Rajah 5.5.1	Implikasi Terhadap Praktis Kerja Sosial : Kerja Sosial Dan NSEP	312
Rajah 5.5.2	Implikasi Terhadap Sistem Sosial IDU	324
Rajah 5.5.5	Implikasi Terhadap Dasar Sosial	335
Rajah 5.6	Strategi Bagi Meningkatkan Lagi Keberkesanan NSEP Kearah Pembentukan Amalan Tingkah laku Bersifat Pengurangan Risiko Dalam Kalangan IDU	359

## SENARAI TATANAMA

Gian	Ketagih
Port	Lokasi tempat menyuntik
Jap	Menyuntik
High	Euforia/ Khayal
Highway	Arteri
Fit	Heroin
Ubat	Heroin

## SENARAI SINGKATAN

AARG	Aids Action And Research Group
AADK	Agensi Anti Dadah Kebangsaan
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HCV	Hepatitis C Virus
IDU	Injecting Drug User
IEC	Information, Education and Communication
MAC	Malaysian AIDS Council
MMT	Methadone Maintenance Therapy
NGO	Non Governmental Organizations
NSEP	Needle Syringe Exchange Programme
PDRM	Polis Diraja Malaysia
PMR	Penilaian Menengah Rendah
SPM	Sijil Pelajaran Malaysia
TB	Tibi
UNAIDS	The Joint United Nation Programme on HIV/AIDS
UNGASS	The United Nation General Assembly Special Session
UNODC	The United Nation Office on Drug And Crime
UPSR	Ujian Penilaian Sekolah Rendah
VCT	Voluntary Counselling Test
WHO	World Health Organization

**PENGETAHUAN DAN TINGKAH LAKU PENGGUNA DADAH SECARA  
SUNTIKAN (IDU) YANG MENGIKUTI PROGRAM PERTUKARAN JARUM  
DAN ALAT SUNTIKAN (NSEP) DI PULAU PINANG**

**ABSTRAK**

Kajian kualitatif ini dijalankan bagi meningkatkan tahap kualiti dan keberkesanan penyampaian perkhidmatan dalam Program Pertukaran Jarum dan Alat Suntikan (NSEP) kepada pengguna dadah secara suntikan (IDU). Objektif kajian ini meliputi: (1) mengenal pasti ciri-ciri sosiodemografi IDU yang terlibat dalam NSEP; (2) meneroka pengetahuan IDU yang terlibat dalam NSEP berkaitan HIV/AIDS, HCV, VCT dan NSEP; (3) meneroka bentuk tingkah laku IDU yang terlibat dalam NSEP berkaitan dengan tingkah laku suntikan dan tingkah laku hubungan seks; (4) menganalisis halangan dan cabaran IDU dalam mengamalkan tingkah laku pengurangan risiko; dan (5) mencadangkan strategi atau peranan yang boleh dipraktikkan oleh pekerja sosial dalam meningkatkan lagi keberkesanan NSEP ke arah pembentukan tingkah laku pengurangan risiko dalam kalangan IDU. Kajian ini telah dijalankan di Pulau Pinang dengan melibatkan seramai 20 orang responden. Kaedah temu bual mendalam berlandaskan panduan temu bual separa berstruktur telah digunakan dalam proses pengumpulan data. Penemuan kajian mendapati dalam konteks pengetahuan bahawa: (1) IDU mempunyai pengetahuan mengenai HIV/AIDS yang baik; (2) IDU tidak mempunyai pengetahuan mengenai HCV yang baik; (3) IDU mempunyai pengetahuan mengenai VCT yang baik; dan (4) IDU mempunyai pengetahuan yang baik mengenai NSEP. Dalam konteks tingkah laku menyuntik dadah dan hubungan seks pula, didapati bahawa: (1) tingkah laku penggunaan jarum dan picagari adalah secara amalan pengurangan risiko; (2) tingkah laku menggunakan pad alkohol adalah secara amalan pengurangan risiko; (3)

penggunaan kapas adalah secara amalan pengurangan risiko; (4) tidak menggunakan *tourniquet* secara amalan pengurangan risiko; (5) mengamalkan pemilihan urat berbanding arteri; (6) mengamalkan penukaran kawasan anggota badan bagi tujuan menyuntik dadah; (7) tidak mengamalkan penyimpanan jarum dan alat suntikan yang telah digunakan di tempat yang selamat; dan (8) IDU tidak aktif dalam tingkah laku hubungan seks. Hasil kajian juga mendapati antara halangan atau cabaran bagi IDU untuk mengamalkan tingkah laku bersifat pengurangan risiko adalah disebabkan: (1) sindrom tarikan; (2) perkongsian peralatan menyuntik; (3) kedudukan kewangan; (4) koordinasi masa perkhidmatan; (5) penguatkuasaan undang-undang berkaitan penggunaan dadah; (6) penafian hak asasi IDU; dan (7) sikap IDU. Kajian turut membincangkan implikasi terhadap praktis kerja sosial, implikasi terhadap pendidikan kerja sosial, implikasi terhadap teori dan terhadap dasar sosial. Antara cadangan utama kajian ini dalam mengurangkan halangan dan cabaran yang dihadapi IDU melibatkan: (1) aspek pemerksaan IDU dan sistem IDU sedia ada; (2) aspek koordinasi serta sokongan daripada pelbagai kumpulan pemegang taruh; (3) mengutamakan hak-hak asasi IDU; (4) memperluaskan aksesibiliti perkhidmatan dan sokongan; (5) meningkatkan aspek fasiliti pemantauan tingkah laku; (6) menambahbaik promosi risiko kesihatan yang berkaitan; dan (7) menambahbaik proses pemantauan dan penilaian NSEP.

**THE KNOWLEDGE AND BEHAVIORS OF INJECTING DRUG USERS  
(IDU) IN PENANG WHO PARTICIPATED IN THE NEEDLE SYRINGE  
AND EXCHANGE PROGRAMME IN PENANG**

**ABSTRACT**

This qualitative research was conducted to help enhance the quality and effectiveness of the services rendered within the Needle Syringe and Exchange Programme (NSEP) for the injecting drug users (IDUs). The objectives of this study include: (1) to identify the sociodemographic of IDUs involved in the NSEP; (2) to explore the understanding of IDUs involved in the NSEP with regards to HIV/AIDS, HCV, VCT and the NSEP itself; (3) to explore the IDU's injecting behaviors and sexual relationship behaviors; (4) to analyze the barriers or challenges in practicing harm reduction; and (5) to suggest role and strategies for the social workers to further enhance the effectiveness of the NSEP towards developing harm reduction behavior among IDUs. This research was carried out in Penang involving 20 respondents. In depth interviews based on semi-structured interviews were used in the process of collecting data. In the context of knowledge findings indicate: (1) IDUs have good knowledge about HIV/AIDS; (2) IDUs do not have good knowledge about HCV; (3) IDUs have good knowledge about VCT; and (4) IDUs have good knowledge about NSEP programme. In terms of injecting and sexual behavior, it was found that: (1) the practice of needle and syringe use is according to harm reduction practice; (2) the use of alcohol pad behavior is according to harm reduction practice; (3) the usage of cotton as harm reduction practice; (4) do not use tourniquet according to harm reduction practice; (5) the practice of choosing vein instead of artery; (6) the practice of changing body areas for injecting drugs; (7) did not practice the disposing of used needles and syringes into safe place; and (8) IDUs were not active in sexual



behaviors. The findings also found some barriers or challenges for the IDUs to practice harm reduction behavior due to: (1) withdrawal syndrome; (2) paraphernalia sharing; (3) financial status; (4) coordination of services hours; (5) law enforcement with regards to drug use; (6) denial of IDUs rights; and (7) the attitude of the IDUs. This research also discussed the implication to social work practices, implication to social work education, implications to theory and towards social policy. Among the primary suggestion of this in reducing the barriers and challenges faced by the many IDUs include: (1) the aspect of empowering IDUs and IDUs existing system; (2) the coordination and support from the many stake holders; (3) to prioritize the basic right of the IDUs; (4) to expand the services and support for accessibilities and coverage; (5) to increase facilities towards behavior monitoring; (6) to enhance the promotion of the related health risks; and (7) to enhance the NSEP's monitoring and evaluation process.

# **BAB 1**

## **Pengenalan**

### **1.0 Pendahuluan**

Tingkah laku berisiko tinggi iaitu perkongsian jarum dan alat suntikan merupakan penyumbang terbesar dalam epidemik HIV (Human Immunodeficiency Virus) di kalangan IDU (UNAIDS & WHO, 2004). Meskipun terdapat usaha penguatkuasaan undang-undang, pendidikan dan rawatan tetapi masih terdapat mereka yang terus menggunakan dadah secara suntikan. Risiko jangkitan HIV juga berpunca daripada IDU itu sendiri, kurangnya kesedaran tentang risiko jangkitan HIV/AIDS semasa menggunakan dadah secara suntikan (Program Latihan Bagi Polis: Strategi Efektif Bagi Mengurangkan Jangkitan HIV/AIDS, 2006).

Tingkah laku berisiko tinggi terutamanya perhubungan seks yang tidak selamat seperti tidak memakai kondom merupakan isu yang sering dikaitkan dengan IDU. Isu-isu lain yang berkaitan IDU perempuan dan terdapat juga lelaki yang menawarkan perkhidmatan seks bagi mendapatkan wang atau dadah. Hubungan seks dengan pasangan yang mempunyai ikatan seperti isteri atau suami dan teman wanita atau teman lelaki. Terdapat juga isu hubungan seks IDU dengan pasangan yang tidak mempunyai ikatan seperti pekerja seks. Masalah penularan HIV (Human Immunodeficiency Virus) dan AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) menjadi satu isu yang membelenggu kebanyakan negara di dunia. Ini terjadi kerana wabak HIV/AIDS merupakan salah satu antara wabak yang merbahaya kepada manusia kerana wabak ini belum lagi mempunyai penawar. Kerajaan Malaysia begitu komited terhadap usaha-usaha bagi mengurangkan penyebaran wabak ini kerana telah memberi kesan negatif kepada negara terutamanya dari segi masalah kesihatan. Selain komplikasi yang melibatkan masalah kesihatan, HIV/AIDS telah mewujudkan satu fenomena kepada dunia.

Pelbagai implikasi sosiodemografi telah timbul kesan daripada wabak ini. Menyedari kesan yang timbul akibat epidemik HIV/AIDS yang begitu meluas, Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) telah mengambil langkah proaktif dengan menjadikan AIDS sebagai tema utama bagi Kempen Cara Hidup Sihat pada tahun 1992. Kempen tersebut yang diadakan setiap tahun mempunyai tema dan fokus bagi wabak atau penyakit tertentu. Objektif utama kempen tersebut memberikan kesedaran kepada orang ramai mengenai langkah-langkah utama pencegahan AIDS (Kempen Cara Hidup Sihat, 1992).

Selain langkah proaktif oleh pihak KKM, pada tahun 1992 satu badan bukan kerajaan (NGO) juga telah ditubuhkan bagi menyokong dan menyelaras aktiviti dan program yang berkaitan dengan isu-isu HIV/AIDS. NGO yang dikenali sebagai *Malaysian AIDS Council* (MAC) itu mempunyai lima objektif utama antaranya (1) meningkatkan kesedaran HIV/AIDS; (2) mencegah penyebaran HIV; (3) menghapuskan diskriminasi, stigma dan prejudis yang berkaitan dengan HIV/AIDS; (4) memastikan kualiti kehidupan yang terbaik bagi mereka yang mempunyai HIV/AIDS; dan (5) menyediakan penjagaan dan sokongan kepada individu-individu yang mempunyai HIV/AIDS (MAC, 2009).

Salah satu program yang diperkenalkan oleh KKM dan dilaksanakan oleh MAC dengan kerjasama NGO-NGO yang menjadi ahli di bawah naungan MAC ialah Program Pertukaran Jarum dan Alat Suntikan (NSEP) yang diselaraskan di bawah program pengurangan kemudaratan pada tahun 2006. Program ini merupakan satu program pencegahan dalam membendung penularan wabak HIV/AIDS dalam kalangan pengguna dadah secara suntikan (IDU).

Secara global, wabak HIV/AIDS kini merupakan penyebab kematian keempat di dunia setelah penyakit jantung, strok dan akut pernafasan rendah (UNAIDS & WHO, 2004). Bilangan kematian disebabkan AIDS masih lagi

berterusan malah meningkat walaupun telah banyak program kesedaran dan pencegahan dilakukan oleh pelbagai pihak (UNAIDS, 2006; MAC, 2008; CDC, 2007). Justeru, wabak ini perlu diberi perhatian yang serius kerana wabak HIV/AIDS boleh merebak dan menjangkiti setiap manusia tanpa mengira peringkat umur, jantina dan kaum.

Pendedahan dan kesedaran mengenai HIV/AIDS dalam kalangan masyarakat dunia wujud setelah satu laporan kematian membabitkan lima lelaki homoseksual di Los Angeles pada tahun 1981. Sehingga akhir Disember 2009, jumlah orang yang direkodkan dijangkiti oleh HIV ialah seramai 33.3 juta orang yang mana pada tahun 2009 sahaja sebanyak 2.6 juta orang dijangkiti oleh HIV (UNAIDS, 2010). Jumlah kematian yang disebabkan oleh AIDS lebih daripada 25 juta orang sejak ia dilaporkan pada tahun 1981 (UNAIDS, 2006). Pada tahun 2009 sahaja sebanyak 1.8 juta orang telah mati disebabkan AIDS (UNAIDS, 2010).

Justeru, Program Pengurangan Kemudaratan (Harm Reduction Programme) seperti Program NSEP menyediakan satu siri perkhidmatan kepada IDU seperti pemberian dan pertukaran peralatan menyuntik yang baru, bersih dan steril, pemberian kondom, pendidikan kesihatan secara terus dengan IDU yang merangkumi penyakit serta kaedah dan mengurangkan risiko jangkitan HIV/AIDS, hepatitis dan penyakit kelamin (STD). Terdapat juga kaunseling berkaitan aspek pergantungan penggunaan dadah, psikologi, kerohanian dan perubahan tingkah laku. Ujian saringan bagi mengesan antibodi HIV seperti VCT juga ada disediakan. Selain daripada itu, rawatan perubatan dan penjagaan kesihatan dan rujukan yang sesuai untuk tindakan susulan juga disediakan secara komprehensif (KKM, 2008). Lebih daripada 40 negara melaksanakan NSEP seperti Australia, Bangladesh, Belgium, Brazil, Bulgaria, China, Croatia, Denmark, Estonia, Finland, Filipina, Jerman, Greek, Hungary, India, Iran, Indonesia, Kazakhstan, Latvia, Luxembourg, Nepal,

Netherland, Norway, Pakistan, Poland, Portugal, Slovakia, Salvador, Slovenia, Thailand, Ukraine, United Kingdom dan Amerika Syarikat (Program Latihan Bagi Polis: Strategi Efektif Bagi Mengurangkan Jangkitan HIV/AIDS, 2006). Secara globalnya, pengurangan infeksi HIV sehingga 16% di antara tahun 2000 hingga 2008 adalah daripada kesan daripada pengenalan intervensi program-program pencegahan berkaitan HIV/AIDS seperti NSEP (UNAIDS & WHO, 2009).

Satu kajian di Vancouver, Kanada yang melibatkan 760 IDU telah menggunakan fasiliti menyuntik secara konsisten dan mereka telah diberikan pendidikan mengenai tingkah laku suntikan selamat. Hasil pemerhatian dan pemantauan yang dilakukan mendapati, 95% IDU kurang menggunakan semula picagari, menggunakan air bersih bagi menggunakan dadah dalam tingkah laku menyuntik, menyimpan picagari di tempat yang selamat seperti *disposal bin* dan lebih suka menggunakan fasiliti menyuntik "*drug consumption room*" (DCR) yang disediakan daripada menyuntik di luar. Jika diberi pilihan, IDU menginginkan peralatan menyuntik yang bersih dan selamat (Stoltz, Wood, Small, et al., 2007). Dengan kewujudan fasiliti menyuntik untuk IDU seperti ini, tingkah laku yang bersifat pengurangan risiko ini secara langsung dapat membantu mengurangkan penularan HIV dalam kalangan IDU khususnya.

### **1.1 Pernyataan Masalah**

Secara amnya, Malaysia bukanlah sebuah negara yang mengeluarkan dadah dan situasi ini telah membuktikan tren yang sama dalam beberapa tahun kebelakangan ini. Walaubagaimanapun, kesan daripada kedudukan geografi yang berhampiran dengan segitiga emas iaitu Myanmar, Laos dan Thailand serta beberapa negara Asia Tenggara yang menghasilkan heroin, amphetamine dan beberapa jenis dadah lain telah menyebabkan Malaysia terdedah dengan masalah penyalahgunaan dadah (Reid, Kamarulzaman & Sran, 2005). Pengedaran dadah ke Malaysia melalui

segitiga emas berlaku melalui jalan darat merentasi sempadan Thailand Malaysia dan juga jalan laut (Agensi Narkotik Kebangsaan, 2001).

Dalam konteks Malaysia, penyalahgunaan dadah telah bermula dengan pengambilan opium pada awal abad ke-18 (Spencer & Navaratnam, 1981). Perubahan tingkah laku pengguna dadah daripada menghisap kepada menyuntik merupakan permulaan kepada epidemik infeksi HIV di Malaysia (UNAIDS & UNODC 2000). Pengambilan dadah secara suntikan merupakan cara penyebaran HIV di dalam komuniti IDU di Malaysia. Tingkah laku menggunakan dadah secara menyuntik berlaku disebabkan oleh tekanan daripada rakan sebaya, peningkatan harga heroin, pengurangan ketulenan heroin, kekurangan bekalan heroin di pasaran dan keinginan meningkatkan perasaan kekusyukkan (Reid, Kamarulzaman, & Sran, 2005).

Tingkah laku seks IDU juga mempengaruhi epidemik HIV di kalangan pengguna dadah. Tingkah laku seks berisiko tinggi berlaku di antara IDU dengan pasangan seks mereka seperti isteri dan pekerja seks. Satu kajian yang dilakukan pada tahun 1998 mendapati bahawa 78% daripada 6,000 pengguna dadah lelaki aktif secara seksual dengan 55% dengan teman wanita, 31% dengan pekerja seks dan 5% dengan teman lelaki (Reid, Kamarulzaman & Sran, 2005). Tingkah laku seks tidak selamat seperti tidak memakai kondom adalah tinggi dalam aktiviti seks IDU dengan pasangan mereka kecuali apabila mereka diberi tekanan dalam konteks melakukan hubungan seks dengan pekerja seks (Reid, Kamarulzaman & Sran, 2005). Kes AIDS pertama di Malaysia dilaporkan pada tahun 1986 dan sejak itu berlaku peningkatan kes yang mendadak dalam bilangan kes yang dilaporkan (Goh, et. al., 1987). Malaysia telah sampai ke satu tahap iaitu dengan jangkitan 18 kes baru jangkitan HIV, 3 kes AIDS dan 3 laporan kematian akibat AIDS setiap hari (Chua Soi Lek, 2006). Di negara Malaysia, sehingga Jun 2009, peratusan kes HIV yang telah

dilaporkan adalah sebanyak 86,127 kes dan 71% daripada jumlah keseluruhan yang dijangkiti HIV adalah melalui perkongsian jarum dan alat suntikan daripada pengguna dadah, aktiviti hubungan seks yang tidak selamat dan yang terakhir ialah daripada ibu kepada anak (MAC, 2010).

Antara faktor yang mendorong kepada penularan kes HIV/AIDS di Malaysia adalah disebabkan oleh tingkah laku perkongsian jarum suntikan dalam kalangan IDU dan juga hubungan seks yang tidak selamat. Secara amnya, Malaysia bukanlah sebuah negara yang mengeluarkan dadah dan ia telah membuktikan trend yang sama dalam beberapa tahun kebelakangan ini. Walau bagaimanapun, kesan daripada kedudukan geografi yang berhampiran dengan segitiga emas iaitu Myanmar, Laos dan Thailand serta beberapa negara Asia Tenggara yang menghasilkan heroin, amphetamine dan beberapa jenis dadah lain telah menyebabkan Malaysia terdedah dengan masalah penyalahgunaan dadah (Reid, Kamarulzaman & Sran, 2005). Pengedaran dadah ke Malaysia melalui segitiga emas berlaku melalui jalan darat merentasi sempadan Thailand Malaysia dan juga jalan laut (Agensi Narkotik Kebangsaan, 2001).

Dalam konteks Malaysia, penyalahgunaan dadah telah bermula dengan pengambilan opium pada awal abad ke-18 (Spencer & Navaratnam, 1981). Perubahan tingkah laku pengguna dadah daripada menghisap kepada menyuntik merupakan permulaan kepada epidemik infeksi HIV di Malaysia (UNAIDS & UNODC 2000). Pengambilan dadah secara suntikan merupakan cara penyebaran HIV di dalam komuniti IDU di Malaysia. Tingkah laku menggunakan dadah secara menyuntik berlaku disebabkan oleh tekanan daripada rakan sebaya, peningkatan harga heroin, pengurangan ketulenan heroin, kekurangan bekalan heroin di pasaran dan keinginan meningkatkan perasaan kekusyukkan (Reid, Kamarulzaman, & Sran, 2005).

Tingkah laku seks IDU juga mempengaruhi epidemik HIV dalam kalangan pengguna dadah. Tingkah laku seks berisiko tinggi berlaku di antara IDU dengan pasangan seks mereka seperti isteri dan pekerja seks. Satu kajian yang dilakukan pada tahun 1998 mendapati bahawa 78% daripada 6,000 pengguna dadah lelaki aktif secara seksual dengan 55% dengan teman wanita, 31% dengan pekerja seks dan 5% dengan teman lelaki (Reid, Kamarulzaman & Sran, 2005). Tingkah laku seks tidak selamat seperti tidak memakai kondom adalah tinggi dalam aktiviti seks IDU dengan pasangan mereka kecuali apabila mereka diberi tekanan dalam konteks melakukan hubungan seks dengan pekerja seks (Reid, Kamarulzaman & Sran, 2005).

Kes AIDS pertama di Malaysia yang dilaporkan pada tahun 1986 dan sejak itu berlaku trend peningkatan kes yang mendadak dalam bilangan kes yang dilaporkan (Goh, et. al., 1987). Malaysia telah sampai ke satu tahap iaitu dengan jangkitan 18 kes baru jangkitan HIV, 3 kes AIDS dan 3 laporan kematian akibat AIDS setiap hari (Chua Soi Lek, 2006). Di negara Malaysia, sehingga Jun 2009, peratusan kes HIV yang telah dilaporkan adalah sebanyak 86,127 kes dan 71% daripada jumlah keseluruhan yang dijangkiti HIV adalah melalui perkongsian jarum dan alat suntikan daripada pengguna dadah, aktiviti hubungan seks yang tidak selamat dan yang terakhir ialah daripada ibu kepada anak (MAC, 2010).

IDU bukan sahaja mengalami epidemik HIV/AIDS tetapi juga pelbagai kesan negatif kesihatan lain yang berhubung dengan tingkah laku mereka. Pelbagai virus yang berjangkit melalui darah seperti Hepatitis C (HCV) sangat biasa berlaku dalam kalangan IDU. Pada lewat dekad 1990-an, satu kajian keratan rentas yang dilakukan dalam kalangan IDU di Kuala Lumpur mendapati bahawa kadar jangkitan HCV telah menular sebanyak 100%. Selain itu, kesan kesihatan daripada aktiviti menyuntik dadah termasuklah jangkitan bakteria, kulat dan parasit lain akibat menggunakan alat menyuntik yang tidak steril. Luka bernanah dan 'thrombophlebities' sering dialami



akibat jarum yang kotor serta pelbagai jangkitan pernafasan dan pelbagai tahap malnutrisi yang dialami oleh IDU (Program Latihan Bagi Polis: Strategi Efektif Bagi Mengurangkan Jangkitan HIV/AIDS, 2006).

Beberapa kajian etnografik yang dijalankan terhadap IDU mendapati penggunaan peralatan menyuntik seperti kapas yang dijadikan penapis “filter” dalam menyaring dadah selepas dimasak sebelum disuntik. Tingkah laku berisiko tinggi ini dikenal pasti daripada penggunaan “filter” secara berulang kali ini sehingga melebihi daripada tiga kali (Gyarmathy et al., 2006; Huo et al., 2005; Millson et al., 2003). Lebih daripada itu, IDU yang mengamalkan tingkah laku ini tidak menyedari bahawa risiko infeksi HCV boleh berlaku.

Justeru, pada tahun 2006, KKM telah melaksanakan Program Pertukaran Jarum dan Alat Suntikan( NSEP), yang menyediakan perkhidmatan pertukaran jarum dan alat suntikan yang steril, pemberian kondom, sumber pendidikan bertulis seperti pendidikan penggunaan selamat, pendidikan seks selamat dan perkhidmatan perubatan asas. Dalam pada itu juga, perkhidmatan rujukan mengikut keperluan klien, kaunseling ujian antibodi HIV (VCT) dan lain-lain lagi perkhidmatan yang berkaitan bagi membolehkan IDU mengamalkan tingkah laku menyuntik yang berbentuk pengurangan risiko, mengamalkan tingkah laku seks yang berbentuk pengurangan risiko, meningkatkan pengetahuan mengenai pengetahuan penyakit bawaan darah selain HIV/AIDS seperti HCV, menimbulkan kesedaran dalam mengetahui status antibodi HIV dan mengembalikan IDU yang sering tersisih mendapatkan hak mereka sebagai rakyat Malaysia dalam konteks kesihatan dan kebajikan.

Setelah sepuluh tahun NSEP ini dilaksanakan dengan pelbagai kontroversi daripada pelbagai sudut pandangan masyarakat dan juga jabatan-jabatan kerajaan yang berkaitan dengan objektif pengurangan seperti pengurangan permintaan dadah

dan juga pengurangan penawaran dadah. Pelbagai jenis stigma, undang-undang dan polisi berkaitan dengan penyalahgunaan dadah dilihat sebagai penyataan masalah kepada pencapaian objektif NSEP iaitu mengurangkan risiko epidemik HIV/AIDS di kalangan IDU.

IDU selalu berhadapan dengan isu stigma dan ianya menjadi lebih serius apabila stigma ini menjadi dwi stigma iaitu berkenaan dengan dadah dan HIV/AIDS sehingga menyebabkan golongan ini terlepas daripada peluang atau akses program-program pencegahan, rawatan dan penjagaan. Bagi sesetengah masyarakat melihat IDU dengan perspektif yang negatif dengan mengandaikan bahawa IDU yang hidup dengan HIV tidak penting kerana infeksi yang berlaku itu adalah kerana perbuatan sendiri yang disebabkan oleh keruntuhan moral IDU tersebut berbanding dengan individu yang tidak menggunakan dadah yang hidup dengan HIV. Stigma terhadap IDU yang mengikuti NSEP ini seolah-olah peserta dalam program hanya ingin melepaskan gian atau ingin mendapatkan perasaan seronok menggunakan dadah seperti perasaan 'euphoria' daripada memberikan perhatian mengenai tingkah laku menyuntik yang selamat.

Stigma atau tanggapan negatif terhadap IDU yang terlibat dalam NSEP seperti menggalakkan lagi IDU untuk menggunakan dadah dalam mod atau jumlah suntikan yang meningkat kerana IDU memperolehi jarum dan picagari secara percuma. Selain itu pengguna dadah yang tidak menyuntik akan mengamalkan tingkah laku menyuntik ketika mengambil dadah. Tiada bukti menunjukkan bahawa selepas pengenalan NSEP dilaksanakan, jumlah pengguna dadah meningkat, jumlah pengguna dadah yang tidak menyuntik beralih kepada tingkah laku menyuntik meningkat dan IDU menyuntik dadah dengan kekerapan yang tinggi (Mauer & King, 2007). Satu kajian yang dijalankan di Alaska, Amerika Syarikat yang melibatkan 600 IDU dibuat bagi melihat kadar kekerapan menyuntik dadah meningkat atau tidak di

kalangan IDU yang mendapat akses jarum dan picagari daripada NSEP. Pemilihan secara rawak terhadap IDU yang mendapat akses perkhidmatan NSEP dengan IDU yang dilatih membeli jarum dan picagari di farmasi, penemuan kajian dalam tempoh enam atau 12 bulan tidak menunjukkan sebarang perbezaan dalam konteks kekerapan kadar menyuntik bagi kedua-dua kumpulan tersebut (Fisher, Fenaughty, Cagle & Wells, 2003).

IDU sering disisihkan dan golongan ini tidak mendapat maklumat mengenai perkhidmatan-perkhidmatan pencegahan HIV yang baik. Tingkah laku penyisihan yang terbentuk dalam diri IDU juga terbentuk daripada sikap individu, keluarga, kumpulan dan komuniti dalam persekitaran IDU terbabit. Fenomena ini menyebabkan maklumat HIV, peralatan menyuntik steril, kondom, pendidikan rakan sebaya, penjagaan kesihatan primer dan rujukan untuk perkhidmatan lain, termasuk rawatan ubat-ubatan tidak dapat disampaikan kepada IDU (Program Latihan Bagi Polis: Strategi Efektif Bagi Mengurangkan Jangkitan HIV/AIDS, 2006).

Dalam kebanyakan negara, jenayah yang disebabkan oleh IDU memang wujud. Penggunaan dadah dengan kaedah menyuntik adalah satu aktiviti haram dan terselindung yang meningkatkan kepada perbuatan penyisihan diri IDU (Program Latihan Bagi Polis: Strategi Efektif Bagi Mengurangkan Jangkitan HIV/AIDS, 2006). Penyaluran perkhidmatan rawatan dan pencegahan HIV menjadi lebih sukar di kalangan IDU. Satu kajian yang dilakukan di Hungary mengenai IDU yang membawa jarum dan picagari tidak menjadi satu kesalahan namun pihak polis akan menggunakan alasan bahawa dengan membawa jarum dan picagari seseorang individu itu akan dituduh menggunakan dadah dan kenyataan ini jelas sekali melabelkan tentang tingkah laku penggunaan dadah yang merupakan satu jenayah di situ (Tapolanszky, 2002). Situasi yang sama juga ditemui di Rusia (Rhodes et al., 2003).

Undang-undang yang ada pada pihak Polis Diraja Malaysia (PDRM) berkaitan dengan penyalahgunaan dadah yang sedia ada di Malaysia seperti Seksyen 15(1) Akta Dadah Berbahaya 1952 yang membawa hukuman maksimum penjara dua tahun atau denda RM5,000 jika sabit kesalahan (PDRM, 2012). Bagi seksyen 27 (1) Akta Dadah Berbahaya 1952 (Akta 234) membolehkan pegawai polis menggeledah dan merampas alat yang digunakan untuk menyuntik dadah termasuk picagari (Akta Dadah Berbahaya, 1952). Undang-undang yang ada pada pihak Agensi Anti Dadah Kebangsaan (AADK) berkaitan dengan penggunaan dadah pula ialah Seksyen 3 Akta Penagih Dadah (Rawatan Dan Pemulihan) 1983 (AADK, 2012), juga mempengaruhi kepada pembentukan tingkah laku penyisihan dan akses untuk perkhidmatan NSEP sukar dicapai oleh pihak pelaksana perkhidmatan. Situasi seperti ini dikhuatiri mempengaruhi kepada tingkah laku berisiko tinggi dalam konteks aktiviti memasukkan dadah ke dalam badan dengan mengamalkan tingkah laku suntikan yang berisiko tinggi seperti berkongsi peralatan menyuntik.

Polisi yang terdapat pada badan-badan penguatkuasaan seperti PDRM yang terlibat dalam polisi pengurangan penawaran, pihak Jabatan AADK dengan polisi pengurangan permintaan dan pihak KKM dengan polisi pengurangan kemudaran telah menimbulkan konflik dalam implementasi polisi itu sendiri. IDU yang terlibat dengan NSEP terpaksa berhadapan dengan polisi-polisi tersebut dalam kehidupan harian mereka secara langsung pembentukan tingkah laku penyisihan berlaku dengan tahap ukuran yang tinggi jikalau pengimplementasian polisi digandakan dalam konteks memenuhi standard atau penanda aras yang ditetapkan oleh jabatan PDRM atau AADK itu sendiri. Adalah menjadi satu keperluan untuk memantau perundangan yang wujud dan kepolisan masyarakat untuk memastikan undang-undang dan amalan-amalan yang memudahkan akses kepada pengguna-pengguna dadah dengan tujuan mengurangkan jangkitan HIV di kalangan IDU dapat

dilestarikan (Program Latihan Bagi Polis: Strategi Efektif Bagi Mengurangkan Jangkitan HIV/AIDS, 2006).

Secara langsung, tingkah laku penyesihan yang berlaku ini menyukarkan akses rutin seperti pertukaran jarum tercemar dengan jarum yang steril dan situasi ini dikhuatiri akan mempengaruhi pembentukan tingkah laku yang berisiko tinggi seperti perkongsian jarum dan alat suntikan yang lain. Malah capaian kepada IDU baru yang belum berdaftar dalam NSEP turut mengalami kesukaran. Rangkaian perhubungan yang cepat diantara IDU yang berdaftar dalam NSEP dengan IDU yang belum berdaftar merupakan faktor kepada kesukaran pekerja temuseru NSEP melakukan advokasi dalam proses mendaftarkan IDU ke dalam NSEP. Isu berkaitan penangkapan IDU yang berdaftar dalam NSEP masih agak tinggi jumlahnya. Bagi IDU yang pernah ditahan oleh polis, mereka ini akan berasa lebih takut berbanding dengan IDU yang belum pernah ditahan oleh polis ((EMCDDA, 2002). Situasi seperti ini boleh menimbulkan persepsi negatif dikalangan IDU untuk menyertai NSEP kerana mereka beranggapan segala maklumat diri yang diberikan semasa proses pendaftaran akan digunakan oleh pihak yang melaksanakan NSEP bagi tujuan bekerjasama dengan pihak PDRM atau AADK (Ramthan, komunikasi personal, April 13, 2012) . Tingkah laku ini menyebabkan akses kepada golongan IDU akan menjadi sukar dan situasi ini boleh menyebabkan terbentuknya tingkah laku berisiko.

Berdasarkan kepada perbincangan diatas, ternyata masih kurang kajian-kajian dan dokumen-dokumen berkaitan NSEP dalam konteks di Malaysia. Lantaran itu, kajian ini mengkaji ciri-ciri sosiodemografi IDU di Pulau Pinang, pengetahuan IDU seperti pengetahuan mengenai HIV/AIDS, HCV dan perkhidmatan NSEP, meneroka tingkah laku suntikan dan tingkah laku hubungan seks, meneliti halangan dan tekanan yang dihadapi dalam mengamalkan tingkah laku pengurangan risiko dan diharapkan daripada penemuan kajian ini juga beberapa strategi dibentuk bagi

meningkatkan keberkesanan NSEP dalam konteks pembentukan tingkah laku pengurangan risiko dalam kalangan IDU.

## **1.2 Persoalan Kajian**

Berdasarkan kepada perbincangan sebelum ini, pengkaji telah memfokus kepada persoalan kajian seperti berikut:

- I. Apakah ciri-ciri sosiodemografi IDU yang terlibat dalam NSEP.
- II. Sejauhmanakah pengetahuan IDU yang terlibat dalam NSEP berkaitan pengetahuan mengenai HIV/AIDS, HCV, VCT dan perkhidmatan NSEP.
- III. Apakah bentuk tingkah laku IDU yang terlibat dalam NSEP berkaitan dengan tingkah laku suntikan dadah dan tingkah laku hubungan seks.
- IV. Apakah halangan dan tekanan yang dihadapi IDU dalam mengamalkan tingkah laku pengurangan risiko.
- V. Apakah implikasi kajian ini kepada praktis kerja sosial dan strategi yang boleh meningkatkan keberkesanan NSEP dalam membentuk tingkah laku pengurangan risiko IDU.

## **1.3 Objektif Kajian**

- I. Mengkaji ciri-ciri sosiodemografi IDU yang terlibat dalam NSEP.
- II. Meneroka pengetahuan IDU yang terlibat dalam NSEP berkaitan dengan pengetahuan HIV/AIDS, HCV, VCT dan perkhidmatan NSEP.
- III. Meneroka bentuk tingkah laku IDU yang terlibat dalam NSEP berkaitan dengan tingkah laku suntikan dadah dan tingkah laku hubungan seks.
- IV. Menganalisis halangan dan cabaran IDU dalam mengamalkan tingkah laku pengurangan risiko.
- V. Meneroka implikasi dan cadangan strategi yang boleh meningkatkan lagi keberkesanan NSEP ke arah pembentukan tingkah laku pengurangan risiko IDU.

#### **1.4 Kepentingan Kajian**

Dalam konteks di Malaysia, NSEP telah dilaksanakan dalam tempoh sepuluh tahun. Kajian yang dilakukan ini merupakan satu eksplorasi awal yang menggunakan pendekatan kajian kes dalam melihat pengetahuan IDU berkaitan pengetahuan mengenai HIV/AIDS, HCV, VCT dan perkhidmatan-perkhidmatan yang ada dalam NSEP serta melihat sebarang perubahan tingkah laku dalam konteks pengurangan risiko IDU dalam NSEP.

Kajian ini melihat pengetahuan IDU dalam NSEP, mengenai virus bawaan darah yang berlaku disebabkan oleh tingkah laku berisiko tinggi seperti HIV/AIDS dan HCV. Pengetahuan yang terbentuk dalam kalangan IDU mengenai virus berjangkit ini, menunjukkan kesedaran dalam penjagaan kesihatan secara holistik dan meminimumkan risiko-risiko berkaitan dengan penggunaan dadah secara suntikan. Pengetahuan yang berlaku boleh mempengaruhi kepada pembentukan tingkah laku suntikan pengurangan risiko ketika aktiviti menyuntik dadah oleh IDU.

Pengetahuan terhadap NSEP itu sendiri berkaitan objektif NSEP dan perkhidmatan-perkhidmatan yang ditawarkan dalam NSEP sehingga mempengaruhi kepada pembentukan tingkah laku. Berdasarkan kepada NSEP, penyediaan bahan berasaskan maklumat, pendidikan dan komunikasi yang berkaitan dengan HIV/AIDS, HCV, VCT, kaedah suntikan selamat dan direktori rujukan yang berkaitan jelas menunjukkan NSEP merupakan satu pakej yang komprehensif kerana program ini telah menunjukkan tahap pengukuran yang positif dalam tingkah laku yang berisiko di kalangan IDU.

Selain daripada itu, pengetahuan terhadap kaunseling dan ujian antibodi HIV (VCT) juga penting dalam konteks pengurangan risiko. VCT merupakan kaedah terbaik bagi IDU mengetahui status mereka berkaitan dengan HIV. Secara langsung IDU yang disahkan positif dalam ujian tersebut boleh mendapatkan rawatan dan

terapi antiretroviral (ART) dengan segera dan efektif. Apabila situasi ini wujud maka ia dapat memanjang jangka hayat dan meningkatkan imunisasi dalam badan mereka. Bagi sesetengah 'setting' intervensi VCT telah diiktiraf oleh WHO dan UNODC dalam proses membangunkan garis panduan kaunseling berkaitan HIV bagi golongan berisiko seperti IDU (WHO, 2007; WHO & UNODC, 2009).

Selain itu, kepentingan kajian ini ialah untuk melihat tahap kesediaan IDU untuk menjalani ujian VCT itu sendiri. Adakah IDU dalam NSEP bimbang mengetahui status mereka apabila berhadapan dengan isu-isu HIV/AIDS dan faktor-faktor lain yang menyebabkan ketidaksediaan untuk melakukan VCT.

Kajian ini sangat penting kepada golongan IDU agar dapat memperkasakan pengetahuan HIV/AIDS kepada mereka ke arah mencegah penularan epidemik HIV/AIDS dalam kelompok IDU. Indikator berkaitan dengan VCT seperti melihat peratusan IDU yang menerima ujian antibodi HIV dan mengetahui keputusan ujian tersebut telah diaplikasikan dalam survei berkaitan tingkah laku IDU dalam program pencegahan epidemik HIV/AIDS di kebanyakan negara yang melakukan program penilaian dan pemantauan program-program pengurangan kemudaratan (WHO, UNODC & UNAIDS, 2009; FHI 2000). Indikator ini juga merupakan indikator asas bagi UNGASS dalam penyediaan laporan berkaitan dengan pemantauan dalam Deklarasi Komitmen dalam HIV/AIDS 2008.

Tingkah laku semasa menyuntik dadah, sebelum ini merupakan aktiviti-aktiviti berisiko tinggi, yang sering menjadi faktor epidemik HIV dalam kalangan IDU. Oleh itu, kajian ini penting bagi melihat secara terperinci sebarang perubahan tingkah laku yang berkaitan. Pengukuran tahap tingkah laku boleh diklasifikasikan berubah atau tidak berubah melalui amalan tingkah laku menyuntik IDU yang telah berdaftar sebagai klien dalam NSEP. Sebarang perubahan yang berkaitan dengan tingkah laku menyuntik secara pengurangan risiko akan menterjemahkan kepada



satu trend peningkatan kesedaran dalam penjagaan kesihatan dalam kalangan IDU. Perubahan tingkah laku dalam kumpulan IDU yang merangkumi IDU muda dan IDU yang telah lama terlibat dalam aktiviti menyuntik akan mengurangkan infeksi HIV/AIDS dan HCV.

Selain itu perubahan tingkah laku dalam aktiviti hubungan seks juga penting dalam melihat kepentingan kajian ini seperti kesedaran dalam aktiviti hubungan seks pengurangan risiko seperti penggunaan kondom dan penggunaan kondom secara betul. Bagi memastikan tingkah laku hubungan seks pengurangan risiko diamalkan, intervensi bagi mengurangkan epidemik HIV melalui hubungan seks ialah menyediakan kondom dan meningkatkan akses kepada perkhidmatan kesihatan seks (Program Latihan Bagi Polis: Strategi Efektif Bagi Mengurangkan Jangkitan HIV/AIDS, 2006; Des Jarlais & Semaan, 2005). Hubungkait dalam perubahan tingkah laku menyuntik dan hubungan seks jelas mempunyai perkaitan dengan pengetahuan mengenai pengetahuan yang tepat dan jelas mengenai HIV/AIDS, HCV dan perkhidmatan rujukan yang disediakan dalam NSEP. Namun, terdapat juga faktor luaran yang mempengaruhi kepada pembentukan tingkah laku menyuntik dan hubungan seks yang berisiko tinggi.

Sistem sokongan sosial yang diperoleh IDU dapat meningkatkan kefungsi sosial dalam kehidupan seharian mereka. Sistem sokongan sosial seseorang IDU yang sering disisihkan harus dilihat dari tiga dimensi iaitu sistem sosial mikro, mezzo dan makro kerana ketiga-tiga sistem sokongan sosial ini saling berhubung-kait antara satu sama lain. Sekiranya salah satu sistem sosial ini terjejas, maka seseorang IDU akan menghadapi kesukaran dalam kehidupannya sehingga menjejaskan kesejahteraan hidupnya. Secara tidak langsung perkara ini boleh menyebabkan seseorang IDU tidak mempunyai keyakinan dan keprihatinan terhadap diri sendiri untuk hidup dengan tahap kesihatan yang baik.

Jurang yang secara realitinya memang telah wujud akibat daripada undang-undang berkaitan dengan pencegahan pemilikan dan penggunaan dadah, stigma serta diskriminasi oleh sistem sosial itu sendiri, dalam membentuk satu tingkah laku penyisihan di kalangan IDU. Kajian ini juga penting untuk melihat sebarang tekanan daripada sistem sosial itu sendiri iaitu menjadi penghalang kepada perubahan tingkah laku berisiko tinggi.

Akhir sekali, kajian ini diharapkan dapat meneroka implikasi ke atas praktis kerja sosial dan mengenalpasti serta membentuk strategi yang boleh dimainkan oleh pekerja sosial dalam meningkatkan lagi keberkesanan NSEP ke arah pembentukan tingkah laku pengurangan risiko. Strategi yang bersesuaian dengan praktis kerja sosial boleh dimainkan oleh pekerja sosial dalam membentuk strategi proses pertolongan kepada IDU dan pembentukan strategi ini nanti dapat menjadi kekuatan dan satu anjakan kepada profesyen kerja sosial berkaitan proses pertolongan dalam meningkatkan kefungsi sosial IDU kelak. Selain itu, kajian ini diharap dapat memberi satu sumbangan dalam kajian yang berkaitan dengan isu-isu seperti tingkah laku dalam konteks pengurangan risiko IDU dalam NSEP.

## **BAB 2**

### **ULASAN KARYA**

#### **2.0 Pendahuluan**

Dalam bab ini, pengkaji mengemukakan bahan bacaan dan kajian-kajian lepas yang telah ditemui di Perpustakaan Universiti Sains Malaysia, AIDS Action & Research Group(AARG), Malaysian AIDS Council (MAC), laman sesawang dan orang perseorangan yang berkaitan dengan isu HIV/AIDS, HCV dan NSEP serta komponen-komponen perkhidmatan yang ada dalam NSEP. Pengkaji memfokuskan kepada bahan bacaan dan kajian yang berkaitan dengan aspek-aspek penting seperti epidemik HIV/AIDS, faktor-faktor jangkitan HIV/AIDS, aktiviti penggunaan dadah yang berkaitan dengan HIV/AIDS, statistik HIV/AIDS yang berkaitan dengan penggunaan dadah secara suntikan, faktor-faktor jangkitan HCV, statistik HCV yang berkaitan dengan penggunaan dadah secara suntikan, kajian-kajian berkaitan amalan dan pengetahuan tingkah laku suntikan pengurangan risiko dan tingkah laku seks pengurangan risiko IDU dalam NSEP, kajian-kajian berkaitan NSEP dan IDU yang memberi implikasi kepada kerja sosial, peranan pihak KKM, peranan agensi pelaksana NSEP seperti AARG, dan peranan pekerja sosial berkaitan dengan program pengurangan kemudaratan seperti NSEP. Pengkaji juga mengemukakan kerangka teoritikal dan model, teori-teori, pengistilahan definisi, carta pelaksanaan kajian dan kerangka konseptual seperti huraian yang berikutnya.

#### **2.1 Epidemik HIV/AIDS**

Sehingga akhir Disember 2009, jumlah orang yang direkodkan dijangkiti oleh HIV ialah seramai 33.3 juta orang yang mana pada tahun 2009 sahaja sebanyak 2.6 juta orang dijangkiti oleh HIV(UNAIDS, 2010).

Sub- Sahara Afrika mengalami epidemik HIV/AIDS yang tertinggi di dunia dengan 22.5 juta kes yang merangkumi orang dewasa dan kanak-kanak. Perkara ini

terjadi disebabkan oleh tahap perubatan yang rendah dan liputan perkhidmatan yang terhad (UNAIDS, 2010). Manakala jumlah kematian yang disebabkan oleh AIDS lebih daripada 25 juta orang sejak ia dilaporkan pada tahun 1981 (UNAIDS, 2006). Pada tahun 2010 sahaja sebanyak 1.8 juta orang telah mati disebabkan AIDS yang mana Sub-Sahara Afrika merekodkan kematian tertinggi iaitu sebanyak 1.2 juta orang (UNAIDS, 2011).

Jadual 2.1.1 menunjukkan statistik epidemik HIV/AIDS secara global sehingga tahun 2014:

Jadual 2.1.1

*Ringkasan Global Epidemik HIV/AIDS 2014*

Negara	Orang dewasa dan kanak-kanak yang dijangkiti HIV/AIDS	Kes Terbaru Orang dewasa dan kanak-kanak yang dijangkiti HIV/AIDS	Kematian orang dewasa dan kanak-kanak yang akibat AIDS
Sub-Sahara Afrika	25.8 juta	1.4 juta	790,000
Afrika Utara & Asia Timur	240,000	22,000	12,000
Asia & Pasifik	5 juta	340,000	240,000
Amerika Latin	1.7 juta	87,000	41,000
Caribbean	280,000	13,000	8,800
Eropah Timur & Asia Tengah	1.5 juta	140,000	62,000
Amerika Utara Barat & Eropah Tengah	2.4 juta	85,000	26,000
Jumlah Sedunia	36.9 juta	2 juta	1.2 juta

*Sumber: WHO/UNAIDS/UNICEF (2015).*

Epidemik HIV/AIDS di Asia bermula pada tahun 1984 dan 1985 (Ruxrungham, Brown & Phanuphak, 2004). Jika diteliti rantau Asia Tenggara mengalami epidemik setelah empat tahun kes pertama dilaporkan di Los Angeles pada tahun 1981 (Fan, Conner & Villareal, 2004). Setelah itu, peningkatan epidemik ini telah bermula yang mana ianya mendadak sehingga 1% bagi negara Thailand

begitu juga negara-negara Asia Tenggara yang lain seperti Myanmar, Kemboja, Vietnam dan Laos turut menunjukkan peningkatan dan merupakan tren yang begitu tinggi dalam konteks epidemik HIV/AIDS sedunia seperti yang dibentangkan di Jadual 2.1.2 seperti berikut:

Jadual 2.1.2

*Statistik HIV/AIDS di Asia Tenggara 2009*

Statistik HIV/AIDS di Asia Tenggara 2009					
Negara	Thailand	Myanmar	Kemboja	Vietnam	Laos
Anggaran Jumlah Populasi	67,089,500	53,414,374	14,453,680	89,571,130	6,368,162
Anggaran individu hidup dengan HIV/AIDS	530,000	240,000	63,000	280,000	91,362
Anggaran perempuan hidup dengan HIV/AIDS	210,000	81,000	35,000	81,000	3,500
Anggaran kes prevalen orang dewasa	1.30%	0.60%	0.50%	0.40%	0.20%
Anggaran kematian disebabkan AIDS	28,000	18,000	3,100	14,000	<200

*Sumber: WHO, UNAIDS & UNICEF (2011).*

Jadual 2.1.3 berikut pula menunjukkan statistik epidemik HIV/AIDS di Malaysia pada tahun 2014:

Jadual 2.1.3

*Statistik Epidemik HIV/AIDS di Malaysia 2014*

Statistik HIV di Malaysia 2010	
Anggaran Jumlah Populasi	30,000,000
Anggaran individu hidup dengan HIV	105,189
Anggaran lelaki hidup dengan HIV	95,536
Anggaran perempuan hidup dengan HIV	11,653
Anggaran kematian disebabkan AIDS	17,096

*Sumber: Unit STD/AIDS, Kementerian Kesihatan Malaysia  
(Resource Centre, Malaysian AIDS Council, 2015).*

Kesimpulannya, sejak kes AIDS pertama di Malaysia dikesan pada tahun 1986 dan sejak itu berlakunya peningkatan kes yang mendadak dalam bilangan kes yang dilaporkan (Goh et al., 1987). Malaysia telah sampai di satu tahap iaitu dengan jangkitan 18 kes baru jangkitan HIV, 3 kes AIDS dan 3 laporan kematian akibat AIDS setiap hari (Chua Soi Lek, 2006). Malaysia, sehingga 2014, peratusan kes HIV yang telah dilaporkan adalah sebanyak 105, 189 kes (Resource Centre, Malaysian AIDS Council, 2015).

## **2.2 Faktor-Faktor Jangkitan HIV/AIDS**

Perkongsi peralatan menyuntik dadah seperti jarum dan picagari yang tidak steril dan tercemar merupakan satu cara jangkitan virus HIV. Kebiasaannya sejumlah darah akan memasuki jarum dan picagari apabila aktiviti suntikan dadah berlaku. Secara tidak langsung darah akan berpindah ke dalam peralatan menyuntik yang lain seperti sudu, tudung botol aluminium yang dipanggil sebagai “cooker”, alat penuras dan bekas air bagi tujuan penyebatian dan pembilasan. Darah yang tercemar dengan virus HIV, hepatitis dan lain-lain penyakit bawaan darah akan mudah merebak kepada IDU lain yang berkongsi peralatan-peralatan tersebut dengan risiko dijangkiti yang tinggi (Program Latihan Bagi Polis: Strategi Efektif Bagi Mengurangkan Jangkitan HIV/AIDS, 2006).

Penggunaan dadah secara menyuntik adalah satu isu yang merebak dengan pantas di sekurang-kurangnya di 148 buah negara dengan jumlah 16 juta IDU secara keseluruhannya (The Lancet, 2010). Secara global, terdapat antara 2 hingga 3 juta IDU yang dijangkiti dengan HIV. Wabak di Eropah Timur, bekas Kesatuan Soviet dan bahagian-bahagian tertentu Asia telah berkembang melalui penggunaan dadah secara menyuntik. negara seperti Amerika Utara, Eropah Barat dan sebahagian

Amerika Latin dan Timur Tengah juga tidak ketinggalan dalam isu ini (UNAIDS, 2004). Bagi negara seperti Malaysia, Vietnam, China, Rusia dan negara-negara yang sedang membangun lebih daripada 60% adalah disebabkan oleh IDU (UNAIDS & WHO, 2004).

Dalam semua rantau, antara 60-90% daripada semua IDU adalah lelaki, terutamanya yang muda. Kebiasaannya IDU yang menyuntik dadah bagi kali pertama adalah sebelum berusia 20 tahun dan terdapat ramai IDU dalam lingkungan umur di bawah 25 tahun (Program Latihan Bagi Polis: Strategi Efektif Bagi Mengurangkan Jangkitan HIV/AIDS, 2006).

IDU muda adalah berisiko tinggi mendapat jangkitan HIV berbanding IDU yang lebih berusia kerana mereka lebih berkemungkinan kurang sedar akan risiko-risiko HIV, berkemungkinan besar terlibat dalam tingkah laku penggunaan dadah yang berisiko, terutamanya perkongsian peralatan menyuntik. Berkemungkinan besar kurang maklumat mengenai HIV, peralatan suntikan yang steril, kondom serta kurang untuk mencari rawatan ubatan dan perkhidmatan-perkhidmatan kesihatan yang lain (Program Latihan Bagi Polis: Strategi Efektif Bagi Mengurangkan Jangkitan HIV/AIDS, 2006).

IDU juga berisiko dijangkiti virus HIV secara tingkah laku seks terutamanya apabila mereka melakukan hubungan seks ketika dibawah pengaruh dadah dan dalam situasi seperti ini, hubungan seks pengurangan risiko jarang sekali diamalankan. Terdapat IDU lelaki yang melakukan hubungan seks dengan pekerja seks wanita. Situasi di Karachi, Pakistan menunjukkan 47% IDU lelaki mengadakan hubungan seks dengan pekerja seks wanita (Emmanuel, 2008). Manakala separuh daripada mereka telah berkahwin (National AIDS Control Programme Islamabad, Pakistan, 2008). Prevalens HIV/AIDS melalui hubungan seks di kalangan IDU merupakan satu kitaran dalam sistem penggunaan dadah.

Kesimpulannya, ramai IDU yang tidak menyuntik secara kekerapan yang tinggi tidak menyamakan diri mereka sebagai IDU namun IDU yang masih muda, baru berjinak-jinak dan sekali-sekala menggunakan dadah secara suntikan dengan kekerapan menyuntik yang rendah juga diklasifikasikan berisiko dijangkiti HIV. Seringkali kesukaran berlaku dalam mencapai dan menyakinkan golongan ini bahawa mereka juga berisiko (UNAIDS & WHO, 2005).

### **2.3 Penggunaan Dadah Secara Suntikan**

Dianggarkan 200 juta orang yang terlibat dalam penyalahgunaan dadah yang mana 10 hingga 15 juta penagih menggunakan jarum suntikan (UNAIDS & WHO, 2005). Jangkitan HIV/AIDS dilaporkan di 114 negara disebabkan oleh penggunaan jarum suntikan. Dua wabak global iaitu penggunaan dadah secara menyuntik dan HIV/AIDS telah lama wujud dan meningkat di mana golongan IDU mempunyai akses yang terhad kepada program pengurangan kemudaratan.

IDU merupakan kumpulan fokus utama yang penting yang perlu diberi perhatian dalam epidemik HIV/AIDS (UNODC, ILO & Centre For Drug Research, Universiti Sains Malaysia, 2004). Pelakuan berisiko tinggi iaitu perkongsian jarum dan picagari merupakan penyumbang terbesar dalam dalam penyebab penyebaran wabak HIV/AIDS dikalangan pengguna dadah secara suntikan (UNAIDS & WHO, 2004).

Penggunaan dadah secara menyuntik adalah satu isu yang berkembang dengan pantas di lebih daripada 135 buah negara. Secara global, terdapat antara 2 hingga 3 juta IDU yang dijangkiti dengan HIV. Wabak di Eropah Timur, bekas Kesatuan Soviet dan bahagian-bahagian tertentu Asia telah berkembang melalui IDU (Program Latihan Bagi Polis: Strategi Efektif Bagi Mengurangkan jangkitan HIV/AIDS, 2006). Bagi negara-negara yang sedang membangun, lebih daripada 60% adalah disebabkan oleh pengguna dadah secara suntikan (UNAIDS & WHO, 2004).



Sebanyak 65% hingga 97% daripada pengguna dadah telah menggunakan heroin dan mengambilnya secara suntikan. Cara penyediaan heroin berubah mengikut kawasan dan peredaran waktu (Reid, Kamarulzaman, & Sran, 2005). Di Malaysia contohnya, sekitar tahun 1990an, heroin dicampurkan dengan air dan jus limau dengan tujuan memastikan ia kekal dalam bentuk cecair dalam masa yang lebih panjang dan diletakkan dalam sudu yang besar. Oleh kerana pada masa kini, heroin yang terdapat di pasaran boleh mengekalkan bentuk cecairnya dalam masa yang lebih lama, maka IDU pada masa kini hanya menggunakan penutup botol bagi menyediakannya selain daripada memudahkan untuk dibawa ke mana-mana (Reid, Kamarulzaman, & Sran, 2005).

Kesimpulannya, tingkah laku menyuntik telah didokumentasikan sebagai tingkah laku berisiko di kalangan IDU untuk menyebarkan HIV/AIDS di Asia lebih daripada 17 tahun yang lalu (UNODC, ILO & Centre For Drug Research, Universiti Sains Malaysia, 2004). Secara global, dadah yang digunakan untuk disuntik ialah heroin, amphetamine, kokain dan juga dadah-dadah yang lain. Walau bagaimanapun, di Asia Tenggara, dadah yang selalu digunakan untuk menyuntik ialah jenis heroin.

#### **2.4 Statistik HIV/AIDS Berkaitan Tingkah laku Penggunaan Dadah Secara Suntikan Dan Tingkah laku Hubungan Seks**

Bilangan negara yang melaporkan epidemik HIV dikalangan IDU semakin bertambah. Kekurangan minat untuk mencegah epidemik HIV dikalangan IDU adalah perkara biasa bagi sesebuah kerajaan yang memerintah sesebuah negara disebabkan oleh beberapa faktor seperti polisi, ekonomi dan sosial. Apabila pola jangkitan HIV semakin meningkat dan dianggap sebagai pandemik yang serius dan dianggap mengancam tahap kesihatan rakyat maka sesebuah kerajaan yang memerintah negara akan membentuk polisi berkaitan dengan pencegahan epidemik HIV. Polisi ini akan memberi impak dalam pencegahan penularan epidemik HIV