

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Kecemasan

2.1.1.1 Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi (Videback, dalam Prabowo 2014).

Kecemasan adalah suatu kondisi yang menandakan suatu keadaan yang mengancam keutuhan serta keberadaan dirinya dan dimanifestasikan dalam bentuk perilaku seperti rasa tidak berdaya, rasa tidak mampu, rasa takut, fobia tertentu. Muncul bila ada ancaman ketidakberdayaan, kehilangan kendali, perasaan kehilangan fungsi-fungsi dan harga diri, kegagalan pertahanan, perasaan terisolasi (Nursalam, 2015).

Kecemasan adalah keadaan individu atau kelompok mengalami perasaan gelisah (penilaian atau opini) dan aktivitas sistem saraf autonom dalam berespons terhadap ancaman yang tidak jelas, non spesifik (Stuart & Laraia, 2008).

Kecemasan pada seseorang merupakan sesuatu penyerta yang normal dari pertumbuhan, perubahan, pengalaman yang baru dan belum dicoba dan penemuan identitasnya sendiri dan arti hidup (Kaplan & Sadock dalam Sidi, 2011).

Kecemasan merupakan suatu keadaan apprehensi atau keadaan khawatir yang mengemukakan bahwa sesuatu yang buruk akan segera terjadi. Kecemasan adalah suatu respon yang tepat terhadap ancaman. Tetapi kecemasan bisa menjadi abnormal bila tingkatannya tidak sesuai dengan proporsi ancaman, atau bila seperti datang tanpa adanya penyebab, yaitu bila bukan merupakan respon terhadap perubahan lingkungan. Dalam bentuk yang ekstrem, kecemasan dapat mengganggu fungsi kita sehari-hari (Nevid dalam Sidi, 2011).

2.1.1.2 Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Hawari (2008), tanda dan gejala kecemasan antara lain:

- a) Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung.
- b) Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
- c) Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang.
- d) Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
- e) Gangguan konsentrasi dan daya ingat.
- f) Keluhan-keluhan somatic, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang.

Pendengaran berdenging, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan sebagainya.

2.1.1.3 Bentuk-Bentuk Kecemasan

Freud (dalam Sidi, 2011) Kecemasan dapat dibagi kedalam tiga tipe, yaitu:

- a. Kecemasan realistik yaitu rasa takut terhadap ancaman atau bahaya-bahaya nyata yang ada di luar atau lingkungannya. Sumber dari kecemasan diketahui oleh individu tersebut.
- b. Kecemasan neurotik yaitu rasa takut jangan-jangan insting-insting akan terlepas dari kendali dan menyebabkan dia berbuat sesuatu yang bisa membuatnya dihukum. Kecemasan neurotik bukanlah ketakutan terhadap insting itu sendiri, melainkan ketakutan terhadap hukuman yang akan menimpanya jika suatu insting dilepaskan.
- c. Kecemasan moral yaitu rasa takut terhadap suara hati (super ego). Orang-orang yang memiliki super ego yang baik cenderung merasa bersalah atau malu jika mereka berbuat atau berpikir sesuatu yang bertentangan dengan moral. Sama halnya dengan kecemasan neurotik, kecemasan moral juga berkembang berdasarkan pengalaman yang diperolehnya pada masa kanak-kanak, terkait dengan hukuman dan ancaman dari orang tua maupun orang lain yang mempunyai otoritas jika dia melakukan perbuatan yang melanggar norma.

2.1.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

a. Umur

Prawirohardjo dalam Listiorini (2009) menspesifikasikan umur kedalam tiga kategori, yaitu kurang dari 20 tahun (muda), 20-30 tahun (menengah) dan lebih dari 30 tahun (tua). Soewandi dalam Listiorini (2009) mengungkapkan bahwa umur yang lebih muda ternyata lebih mudah stres dari pada umur tua.

b. Keadaan Fisik

Menurut Carpenito dalam Listiorini (2009) penyakit adalah salah satu faktor yang menyebabkan kecemasan. Seseorang yang sedang menderita penyakit akan lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan dengan orang yang tidak sedang menderita penyakit.

c. Sosial Budaya

Menurut Soewandi dalam Listiorini (2009), cara hidup orang di masyarakat juga sangat memungkinkan timbulnya stres. Individu yang mempunyai cara hidup yang teratur akan mempunyai falsafah hidup yang jelas sehingga umumnya lebih sukar mengalami stres. Demikian juga seseorang yang keyakinan agamanya rendah.

d. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang, baik dari dalam maupun dari luar. Orang yang akan mempunyai pendidikan akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang tidak

berpendidikan. Dengan demikian pendidikan yang rendah menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan.

e. Pengetahuan

Soewandi dalam Listiorini (2009) mengatakan bahwa pengetahuan yang rendah mengakibatkan seseorang mudah mengalami stres. Ketidaktahuan akan suatu hal dianggap sebagai tekanan yang dapat mengakibatkan krisis dan dapat menimbulkan kecemasan. Stres dan kecemasan dapat terjadi pada individu dengan tingkat pengetahuan yang rendah, disebabkan karena kurangnya informasi yang diperoleh.

2.1.1.5 Tingkat Kecemasan

Kecemasan diidentifikasi menjadi 4 tingkat yaitu ringan, sedang, berat dan panik (Stuart & Laraia, 2008).

1. Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Individu melihat, mendengar, dan memegang secara lebih dibanding sebelumnya. Kecemasan jenis ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan perkembangan dan kreativitas. Tanda dan gejala yang muncul pada tingkat ini adalah Gemeteran, renjatan, rasa goyang, ketegangan otot, nafas pendek, hiperventilasi, mudah lelah.

2. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang hanya berfokus pada persoalan yang sedang melibatkan penyempitan dari lapang persepsi sehingga individu kurang melihat, mendengar dan menggenggam. Individu menahan beberapa area terpilih tetapi dapat menyelesaikan jika diarahkan. Tanda dan gejala yang terjadi pada tingkat ini yaitu kelelahan meningkat, kecepatan denyut jantung dan pernapasan meningkat, ketegangan otot meningkat, bicara cepat dengan volume tinggi, lahan persepsi menyempit, mampu untuk belajar namun tidak optimal, kemampuan konsentrasi menurun, perhatian selektif dan terfokus pada rangsangan yang tidak menambah ansietas, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah dan menangis.

3. Kecemasan Berat

Kecemasan berat ditandai oleh penurunan lapang persepsi. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang khusus dan detail dan tidak berfikir tentang hal-hal lain. Semua tingkah laku ditujukan pada pengurangan kecemasan dan memerlukan banyak bimbingan untuk berfokus pada area yang lain. Tanda dan gejala yang muncul pada tingkat ini adalah mengeluh pusing, sakit kepala, mual, tidak dapat tidur (insomnia), sering kencing, diare, palpitasi, lahan persepsi menyempit, tidak mau belajar secara efektif, berfokus pada dirinya

2.1.1.6 Teori-Teori Penyebab Kecemasan

Menurut Stuart & Laraia (2008) berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal kecemasan sebagai berikut :

1. Pandangan psikoanalitis.

Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian : id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego dan Aku, berfungsi menengahi tuntutan dari diri dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

2. Pandangan Interpersonal

Ansietas timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu, individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami kecemasan berat.

3. Teori Perilaku

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

4. Kajian Keluarga

Kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga.

5. Kajian Biologis

Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obat yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan.

2.1.1.7 Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan (Suliswati dalam Prabowo, 2014). Stressor presipitasi kecemasan dikelompokkan menjadi dua bagian yaitu :

1. Ancaman terhadap integritas fisik, ketegangan yang mengancam integritas fisik meliputi :
 - a) Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologis sistem imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal (misalnya : hamil).
 - b) Sumber eksternal : meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal.
2. Ancaman terhadap harga diri meliputi sumber internal dan eksternal :
 - a) Sumber internal : kesulitan dalam berhubungan interpersonal di rumah dan tempat kerja. Penyesuaian terhadap peran baru. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga dapat mengancam harga diri.

- b) Sumber eksternal : kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, sosial budaya.

2.1.1.8 Sumber Koping Kecemasan

Individu dapat mengatasi stres dan ansietas dengan mengerakkan sumber koping di lingkungan. Sumber koping itu berupa modal ekonomi, kemampuan menyelesaikan masalah, dukungan sosial, dan keyakinan budaya dapat membantu individu mengintergrasikan pengalaman yang menimbulkan stres dan mengadopsi strategi koping yang berhasil.

2.1.1.9 Penatalaksanaan

Menurut Hawari (dalam Prabowo, 2014) penatalaksanaan ansietas pada tahap pencegahan dan terapi memerlukan suatu metoda pendekatan yang bersifat holistik, yaitu mencakup fisik (somatik), psikologis, atau psikiatrik, psikososial dan psikoreligius.

- a) Upaya meningkatkan kekebalan terhadap stres, dengan cara :
 - 1) Makan makanan yang bergizi dan seimbang
 - 2) Tidur yang cukup
 - 3) Cukup olah raga
 - 4) Tidak merokok
 - 5) Tidak minum minuman keras

b) Terapi Psikofarmaka

Terapi psikofarmaka merupakan pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neurotransmitter (sinyal pengantar syaraf) disusunan syaraf pusat otak (limbic system). Terapi psikofarmaka yang sering dipakai adalah obat anti cemas (anxiolytic), yaitu seperti diazepam, clobazam, bromazepam, lorazepam, buspirone HCl.

c) Terapi Somatik

Gejala atau keluhan fisik (somatik) sering dijumpai sebagai gejala ikutan atau akibat dari kecemasan yang berkepanjangan. Untuk menghilangkan keluhan somatik dapat diberikan obat-obatan yang ditujukan pada organ tubuh yang bersangkutan.

d) Psikoterapi

Psikoterapi diberikan tergantung dari kebutuhan individu antara lain :

- 1) Psikoterapi suportif untuk memberikan motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberikan keyakinan serta percaya diri.
- 2) Psikoterapi re-edukatif, memberikan pendidikan ulang dan koreksi bila dinilai bahwa ketidakmampuan mengatasi kecemasan.
- 3) Psikoterapi re-konstruktif, untuk dimaksudkan memperbaiki kembali (rekonstruksi) kepribadian yang telah mengalami goncangan akibat stressor.

- 4) Psikoterapi kognitif, untuk memulihkan fungsi kognitif pasien, yaitu kemampuan berpikir secara rasional, konsentrasi dan daya ingat.
 - 5) Psikoterapi psikodinamik, untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan mengapa seseorang tidak mampu menghadapi stressor psikososial sehingga menghadapi kecemasan.
 - 6) Psikoterapi keluarga, untuk memperbaiki hubungan kekeluargaan, agar faktor keluarga tidak lagi menjadi faktor penyebab dan faktor keluarga dapat menjadi faktor pendukung.
- e) Terapi Psikoreligius

Untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial.

2.1.1.10 Penilaian Terhadap Tingkat Kecemasan

Ada beberapa parameter penilaian tingkat kecemasan yang dapat digunakan diantaranya adalah :

- a) *Hamilton Rating scale for Anxiety (HRS-A)*.

Merupakan instrumen yang dirancang untuk meneliti status emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stress. HRS-A dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk

pemahaman, pengertian, dan pengukuran yang berlaku dimanapun dari status emosional. Penilaian tingkat kecemasannya adalah : Skor <14: antisipation, Skor 14-20 : kecemasan ringan, Skor 21-27 : kecemasan sedang, Skor 28-41 : kecemasan berat, Skor 42-56 : panik (Keliat, 2011).

b) Zung Self –Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS)

adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William W.K. Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II). Terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1 : tidak pernah, 2 : kadang-kadang, 3 : sebagian waktu, 4 : hampir setiap waktu) (Nursalam, 2008).

Tabel 2.1 Kuesioner Zung Anxiety Scale (SAS/SRAS)

No.	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sebagian waktu	Hampir setiap waktu
1.	Saya merasa lebih gugup dan cemas dari biasanya				
2	Saya merasa takut tanpa alasan sama sekali				
3	Saya mudah marah atau merasa panic				
4	Saya merasa seperti jatuh terpisah dan akan hancur berkeping-keping				
5	Saya merasa bahwa semuanya baik-baik saja dan tidak ada hal buruk akan terjadi				
6	Lengan dan kaki saya gemetar				
7	Saya terganggu oleh nyeri kepala, leher dan punggung				
8	Saya merasa lemah dan mudah lelah				
9	Saya merasa tenang dan dapat duduk diam dengan mudah				
10	Saya merasakan jantung saya berdebar-debar				
11	Saya merasa pusing tujuh keliling				
12	Saya telah pingsan atau merasa seperti itu				
13	Saya dapat bernapas dengan mudah				
14	Saya merasa jari-jari tangan dan kaki kesemutan				
15	Saya terganggu oleh nyeri lambung atau gangguan pencernaan				
16	Saya sering buang air kecil				
17	Tangan saya biasa kering dan hangat				
18	Wajah saya terasa panas dan merah merona				
19	Saya mudah tertidur dan dapat istirahat malam dengan baik				
20	Saya mimpi buruk				

2.1.2 Pengetahuan

2.1.2.1 Definsi

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terhadap obyek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu pengindraan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui matadan telinga (Wawan dan Dewi, 2011).

Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah juga berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan non formal saja, akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek yang tertentu. Salah satu bentuk objek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri (Notoatmodjo, 2007).

2.1.2.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Tingkatan Pengetahuan dalam domain kognitif (Notoatmodjo, 2007).

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu “tahu” ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehention*)

Memahami artinya sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dimana dapat menginterpretasikan secara benar. Orang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan meramalkan dan sebagainya terhadap suatu objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitan satu sama lain.

5. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis yang dimaksud menunjukkan pada suatu kemampuan untuk melaksanakan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria-kriteria yang telah ada.

2.1.2.3 Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007), cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dikelompokkan menjadi dua cara yaitu cara tradisional (non ilmiah) yaitu tanpa melalui penelitian dan cara modern (ilmiah) yaitu melalui proses penelitian. Untuk lebih jelasnya dapat dijelaskan sebagai berikut :

1) Cara Tradisional (Non Ilmiah) terdiri dari :

a. Cara coba salah (*trial dan error*)

Cara ini dipakai dipakai oleh orang sebelum ada kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban apabila seseorang menghadapi persoalan atau masalah upaya pemecahannya dilakukan dengan coba-coba. Cara ini dilakukan dengan beberapa kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

b. Secara kebetulan

Penemuan kebenaran secara kebetulan ditemukan karena tidak sengaja oleh orang yang bersangkutan

c. Cara kekuatan atau otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaankebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan seperti ini tidak hanya terjadi pada masyarakat

tradisional saja, melainkan juga terjadi pada masyarakat modern. Para pemegang otoritas, baik pemimpin pemerintah, tokoh agama, maupun ahli ilmu pengetahuan pada prinsipnya mempunyai mekanisme yang sama di dalam penemuan pengetahuan.

d. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman adalah guru yang baik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh karena itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu.

e. Cara akal sehat

Akal sehat atau *common sense* kadang-kadang dapat menemukan teori atau kebenaran. Sebelum ilmu pendidikan ini berkembang, para orang tua zaman dahulu agar anaknya mau menuruti nasihat orang tuanya, atau agar anak disiplin menggunakan cara hukuman fisik bila anaknya berbuat salah, misalnya dijewer telinganya atau dicubit. Ternyata cara menghukum anak ini sampai sekarang berkembang menjadi teori atau kebenaran, bahwa hukuman adalah merupakan metode (meskipun bukan yang paling baik) bagi pendidikan anak. Pemberian hadiah dan hukuman (reward and

punishment) merupakan cara yang masih dianut oleh banyak orang untuk mendisiplinkan anak dalam konteks pendidikan.

f. Kebenaran melalui wahyu

Ajaran dan dogma agama adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari Tuhan melalui para Nabi. Kebenaran ini harus diterima dan diyakini oleh pengikut-pengikut agama yang bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau tidak.

g. Kebenaran secara intuitif

Kebenaran secara intuitif diperoleh manusia cepat sekali melalui proses diluar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau berpikir. Kebenaran yang diperoleh melalui intuitif sukar dipercaya karena kebenaran ini tidak menggunakan cara-cara yang rasional dan yang sistematis. Kebenaran ini diperoleh seseorang hanya berdasarkan intuisi atau suara hati atau bisikan hati saja.

h. Melalui jalan pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berfikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi.

i. Induksi

Induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan-pernyataan khusus ke pertanyaan yang bersifat umum. Proses berpikir induksi berasal dari hasil pengamatan indra atau hal-hal yang nyata, maka dapat dikatakan bahwa induksi beranjak dari hal-hal yang konkret kepada hal-hal yang abstrak.

j. Deduksi

Deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum yang ke khusus. Aristoteles (384-322SM) mengembangkan cara berpikir deduksi ini ke dalam suatu cara yang disebut “silogisme”. Silogisme merupakan suatu bentuk deduksi berlaku bahwa sesuatu yang dianggap benar secara umumpada kelas tertentu, berlaku juga kebenarannya pada semua peristiwa yang terjadi pada setiap yang termasuk dalam kelas itu.

2) Cara Ilmiah Dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistimatis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah, atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*). Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626). Ia mengatakan bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung, dan membuat pencatatan-pencatatan terhadap semua fakta sehubungan

dengan objek yang diamati. Pencatatan ini mencakup tiga hal pokok yakni :

- a. Segala sesuatu yang positif, yakni gejala tertentu yang muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- b. Segala sesuatu yang negatif, yakni gejala tertentu yang tidak muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- c. Gejala-gejala yang muncul secara bervariasi, yaitu gejala-gejala yang berubah-ubah pada kondisi-kondisi tertentu.

2.1.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

1. Faktor Internal

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Notoadmojo, 2007).

b. Pekerjaan

Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga (Wawan dan Dewi, 2011).

c. Umur

Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang tinggi kedewasaannya. Hal ini merupakan sebagian dari pengalaman dan kematangan jiwa (Wawan dan Dewi, 2011).

2. Faktor Eksternal

Menurut Wawan dan Dewi (2011) Faktor eksternal:

a. Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b. Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

2.1.2.5 Penilaian Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif yang dibagi dalam kategori baik (76% - 100%), cukup (56%- 75%), kurang (< 56%) (Arikunto, 2012).

2.1.3 HIV/AIDS

2.1.3.1. Definisi HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyerang kekebalan tubuh manusia. HIV ini menyerang sel-sel darah putih yang berfungsi untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit. Salah satu unsur yang penting dalam sistem kekebalan tubuh adalah sel CD4 yang merupakan salah satu jenis sel darah putih. Namun sel CD4 dibunuh ketika HIV menggandakan diri dalam darah (Murni, 2012).

Semakin lama individu terinfeksi HIV maka semakin banyak sel CD4 dibunuh sehingga jumlah sel semakin rendah dan kemampuan sistem kekebalan tubuh untuk melindungi diri dari infeksi semakin rendah. Seseorang yang terinfeksi HIV tetapi tanpa gejala disebut HIV positif dan ketika gejala seperti infeksi oportunistik yang lain muncul maka individu tersebut memasuki fase AIDS (Nursalam, 2007).

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disertai oleh infeksi HIV. Gejala-gejala tersebut tergantung dari infeksi oportunistik yang menyertainya. Infeksi oportunistik terjadi karena menurunnya daya tahan tubuh yang

disebabkan rusaknya imun tubuh akibat infeksi HIV tersebut (Widoyono, 2011).

2.1.3.2. Siklus Hidup HIV/AIDS

Sel pejamu yang terinfeksi oleh HIV memiliki waktu hidup sangat pendek; hal ini berarti HIV secara terus-menerus menggunakan sel pejamu baru untuk mereplikasi diri. Sebanyak 10 milyar virus dihasilkan setiap harinya. Serangan pertama HIV akan tertangkap oleh sel dendrit pada membran mukosa dan kulit pada 24 jam pertama setelah paparan. Sel yang terinfeksi tersebut akan membuat jalur ke nodus limfa dan kadang-kadang ke pembuluh darah perifer selama 5 hari setelah paparan, dimana replika virus menjadi semakin cepat (Nursalam, 2007).

Siklus hidup HIV dapat dibagi menjadi 5 fase, yaitu:

- 1) Masuk dan mengikat.
- 2) *Reverse* transcriptase.
- 3) Replikasi.
- 4) *Budding*.
- 5) Maturasi.

2.1.3.3. Tipe-tipe HIV/AIDS

Ada 2 tipe HIV yang dapat menyebabkan AIDS: HIV-1 dan HIV-2. HIV-1 bermutasi lebih cepat karena replika lebih cepat. Berbagai macam subtipe dari HIV-1 telah ditemukan dalam area geografis yang spesifik

dan kelompok spesifik risiko tinggi. Individu dapat terinfeksi oleh sub tipe yang berbeda. Berikut adalah sub tipe HIV-1 dan distribusi geografisnya:

Sub tipe A : Afrika Tengah

Sub tipe B : Amerika Selatan, Brazil, USA, Thailand

Sub tipe C : Brazil, India, Afrika Selatan

Sub tipe D : Afrika Tengah

Sub tipe E : Thailand, Afrika Tengah

Sub tipe F : Brazil, Rumania, Zaire

Sub tipe G : Zaire, Gabon, Thailand

Sub tipe H : Zaire, Gabon

Sub tipe O : Kamerun, Gabon

Sub tipe C sekarang ini terhitung lebih dari separuh dari semua terinfeksi HIV baru di seluruh dunia (Nursalam, 2007).

2.1.3.4. Etiologi HIV/AIDS

Walaupun sudah jelas dikatakan bahwa HIV sebagai penyebab AIDS, tetapi asal-usul virus ini masih belum diketahui secara pasti. Mula-mula dinamakan LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*). Virus ini ditemukan oleh ilmuwan Institute Pasteur Paris, Dr. L. Montagnier pada tahun 1983, dari seorang penderita dengan gejala "*lymhadenopathy syndrome*". Pada tahun 1984, Dr. R. Gallo dari *National Institute of Health*, USA, menemukan virus lain yang disebut HTLV-III (Human

Immunodeficiency Virus) sesuai dengan pertemuan “*International Comrhitte on Taxonomy of Viruses*” tahun 1962 (Koes Irianto, dalam Enggarwati, 2015).

HIV mempunyai tendensi spesifik, yaitu menyerang dan merusak sel limfosit T (sel T4 penolong) yang mempunyai peranan penting dalam sistem kekebalan seluler tubuh. HIV dapat pula ditemukan dalam sel monosit, makrofag dan sel gila jaringan otak. Virus ini dapat berkembang di dalam sel limfosit T dan seperti pengidap HIV selalu dianggap “*infectious*” yang dapat aktif kembali dan dapat ditularkan selama hidup pengidap HIV (Koes Irianto, dalam Enggarwati 2015).

2.1.3.5. Gejala Klinis HIV/AIDS

Gejala klinis pada stadium AIDS dibagi antara lain:

2.1.3.5.1 Gejala utama/mayor:

- a. Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan.
- b. Diare kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terus-menerus.
- c. Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan.
- d. TBC.

2.1.3.5.2 Gejala minor:

- a. Batuk kronis selama lebih dari satu bulan.
- b. Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur *Candida Albicans*.
- c. Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh.

d. Munculnya *Herpes zoster* berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh (Nursalam, 2007).

2.1.3.6. Fase-fase HIV/AIDS

2.1.3.6.1 Stadium pertama : HIV

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibodi terhadap virus tersebut berubah dari negative menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibody terhadap HIV menjadi positif disebut *window period*. Lama *window period* antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang data berlangsung sampai enam bulan (Nursalam, 2007).

2.1.3.6.2 Stadium kedua : Asimptomatik (tanpa gejala)

Asimptomatik berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala. Keadaan ini dapat berlangsung rerata selama 5-10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV/AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV keada orang lain (Nursalam, 2007).

2.1.3.6.3 Stadium ketiga

Pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih dari satu bulan (Nursalam, 2007).

2.1.3.6.4 Stadium keempat : AIDS

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf, dan penyakit infeksi sekunder (Nursalam, 2007).

Meliputi semua gejala klinis yang terkait dengan AIDS, ditambah dengan jumlah hari dimana pasien terbaring sakit lebih dari setengah bulan, dalam sebulan terakhir (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2010).

2.1.3.7 Klasifikasi Klinis Infeksi HIV

Klasifikasi klinis infeksi HIV menurut WHO

2.1.3.7.1 Stadium I : Asimtomatik, aktivitas normal

- a. Asimptomatik
- b. Limfadenopati generalisata

2.1.3.7.2 Stadium II : Simptomatik, aktivitas normal

- a. Berat badan menurun <10 %
- b. Kelainan kulit dan mukosa yang ringan, dermatitis seboroik, prurigo, onikomikosis, ulkus oral yang rekuren, dan kheilitis angularis
- c. Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir
- d. Infeksi saluran napas bagian atas, seperti sinusitis bakterialis.

2.1.3.7.3 Stadium III : Pada umumnya lemah, aktivitas ditempat tidur kurang dari 50 %.

- a. Berat badan menurun > 10 %
- b. Diare kronis yang berlangsung lebih dari satu bulan

- c. Demam berkepanjangan lebih dari satu bulan
- d. Kandidiasis orofaringeal
- e. Oral hairy leukoplakia
- f. TB paru dalam tahun terakhir
- d. Infeksi bakterial yang berat seperti pneumonia dan piomiositish

2.1.3.7.4 Stadium IV : Pada umumnya sangat lemah, aktivitas di tempat tidur lebih dari 50 %

- a. HIV Wasting syndrome seperti yang didefinisikan oleh CDC
- b. Pnemonia *Pneumocystis carinii*
- c. Toksoplasmosis otak
- d. Diare *Kristosporidiosis* lebih dari 1 bulan
- e. Kriptokokosis Ekstrapilmonal.
- f. Retinitis virus sitomegalo
- g. Herpes simplex mukokutan > dari 1 bulan
- h. Leukoensefalopati multifocal progresif
- i. Mikosis diseminata seperti histoplasmosis
- j. Kandidiasis di esophagus, trakea, bronkus dan paru
- k. Mikobakteriosis atipikal diseminata
- l. Septisemia salmonellosis nontifoid
- m. Tuberkulosis di luar paru
- n. Limfoma
- o. Sarkoma Kaposi
- p. Ensefalopati HIV

2.1.3.8 Cara Penularan HIV/AIDS

2.1.3.8.1 Hubungan Seksual

Hubungan seksual baik secara vaginal, oral, maupun anal dengan seorang pengidap. Ini adalah cara yang paling umum terjadi, meliputi 80-90% dari total kasus sedunia. Penularan mudah terjadi apabila terdapat lesi penyakit kelamin dengan ulkus atau peradangan jaringan seperti herpes genetalis, sifilis, gonorea, klamidia, kankroid, dan trikomoniasis. Risiko pada seks anal lebih besar dibandingkan seks vagina, dan risiko lebih besar pada reseptif daripada insertif (Soekidjo Notoatmodjo, 2007). Selama hubungan seksual berlangsung, air mani, cairan vagina dan darah dapat mengenai selaput lender vagina, penis, dubur atau mulut sehingga HIV yang terdapat dalam cairan tersebut masuk ke aliran darah pasangan seksual (Nursalam, 2007).

2.1.3.8.2 Ibu pada bayinya

Penularan HIV dari ibu bisa terjadi pada saat kehamilan (*in utero*). Berdasarkan laporan CDC Amerika, prevalensi penularan HIV dari ibu ke bayi adalah 0,01 % sampai 0,7%. Bila ibu baru terinfeksi HIV dan belum ada gejala AIDS, kemungkinan bayi akan terinfeksi sebanyak 20% sampai 35%, sedangkan kalau gejala AIDS sudah jelas pada ibu kemungkinannya mencapai 50%. Penularan juga terjadi selama proses persalinan melalui tranfusi *fetomaternal* atau kontak antara kulit atau membran mukosa bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan. Semakin lama proses melahirkan maka semakin besar risiko

penularan. Oleh karena itu, lama proses persalinan bisa dipersingkat dengan operasi *section caesaria*. Transmisi lain terjadi selama periode *post partum* melalui ASI. Risiko bayi tertular melalui ASI dari ibu yang positif sekitar 10% (Nursalam, 2007).

2.1.3.8.3 Darah dan produk darah yang tercemar HIV/AIDS

Sangat cepat menularkan HIV karena virus langsung masuk ke pembuluh darah dan menyebar ke seluruh tubuh (Nursalam, 2007).

2.1.3.8.4 Pemakaian Alat Kesehatan yang Tidak Steril

Alat pemeriksaan kandungan seperti spekulum, tenakulum, dan alat-alat lain yang menyentuh darah, cairan vagina atau air mani yang terinfeksi HIV, dan langsung digunakan untuk orang lain yang tidak terinfeksi bisa menularkan HIV (Nursalam, 2007).

2.1.3.8.5 Alat-alat Untuk Menoreh Kulit

Alat tajam dan runcing seperti jarum, pisau, silet, menyuntat seseorang, membuat tato, memotong rambut, dan sebagainya bisa menularkan HIV sebab alat tersebut mungkin dipakai tanpa disterilkan dulu (Nursalam, 2007).

2.1.3.8.6 Menggunakan jarum suntik secara bergantian

Jarum suntik yang digunakan di fasilitas kesehatan, maupun yang digunakan oleh pengguna narkoba sangat berpotensi menularkan HIV (Nursalam, 2007).

2.1.3.9 Kondisi Yang Memungkinkan Penularan HIV/AIDS

Perilaku berisiko terkena HIV/AIDS merupakan orang yang mempunyai kemungkinan terkena infeksi HIV/AIDS atau menularkan HIV/AIDS pada mereka yang mempunyai perilaku berisiko tinggi adalah:

1. Aktif dalam perilaku seksualnya. Semakin aktif, semakin tinggi risikonya. Golongan yang sangat aktif adalah PSK, PTS (Pria Tuna Susila) dan pencari kepuasan seksual (pelanggan seks atau PTS). Ditinjau dari usianya, yang mempunyai kemungkinan tertinggi untuk berperilaku seksual aktif adalah orang-orang berusia remaja keatas.
2. Kaum biseksual maupun homoseksual. Makin sering dia melakukan praktik homoseksual, makin tinggi risikonya.
3. Mereka yang suka/pernah melakukan hubungan seks dengan orang asing yang berasal dari daerah-daerah dimana insiden AIDS tinggi. Mereka yang tinggal di daerah turisme atau yang senang melayani turis mempunyai peluang lebih besar untuk tergolong jenis ini.
4. Penggunaan narkotika dengan suntikan, yang menggunakan jarum suntik secara bergantian (Koes Irianto, dalam Enggarwati 2015).

2.1.3.10 Patogenesis Penyakit

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama imunitas seluler dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis.

Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan risiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan. Dari semua orang yang terinfeksi HIV, sebagian berkembang menjadi AIDS pada tiga tahun pertama, 50% menjadi AIDS sesudah sepuluh tahun, dan hampir 100% pasien HIV menunjukkan gejala AIDS setelah 13 tahun (Sudoyo, dalam Nursalam 2007).

Dalam tubuh ODHA, partikel virus akan bergabung dengan DNA sel pasien, sehingga orang yang terinfeksi HIV seumur hidup akan tetap terinfeksi. Sebagian pasien memperlihatkan gejala tidak khas seperti demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar bening, ruam, diare, atau batuk pada 3-6 minggu setelah infeksi (Sudoyo dalam Nursalam 2007). Kondisi ini dikenal dengan infeksi primer.

Pada fase awal proses infeksi akan terjadi respons imun berupa peningkatan aktivasi imun. Daya tahan tubuh menurun sehingga masuk infeksi lanjut. Saat ini jumlah virus akan sangat tinggi.

Setelah infeksi akut, dimulailah infeksi asimtomatik (tanpa gejala) yang bias berlangsung 8-10 tahun. Tetapi ada yang lebih cepat hanya sekitar 2 tahun dan ada yang sangat lambat.

Seiring makin memburuknya kekebalan tubuh ODHA menampakkan gejala akibat infeksi oportunistik (penurunan berat badan, demam lama, diare, dll).

2.1.3.11 Cara Mencegah HIV/AIDS

Pencegahan penularan HIV pada wanita dilakukan secara primer, yang mencakup mengubah perilaku seksual dengan menetapkan prinsip ABC, yaitu *Abstinence* (tidak melakukan hubungan seksual), *Be faithful* (setia pada pasangan), dan *Condom* (pergunakan kondom jika terpaksa melakukan hubungan dengan pasangan), *Don't Drug, Education*. Wanita juga disarankan tidak menggunakan narkoba, terutama narkoba suntik dengan pemakaian jarum bergantian, serta pemakaian alat menoreh kulit dan benda tajam secara bergantian dengan orang lain (misalnya tindik, tato, silet, cukur, dan lain-lain). Petugas kesehatan perlu menetapkan kewaspadaan universal dan menggunakan darah serta produk darah yang bebas dari HIV untuk pasien (Nursalam, 2007).

Menurut Depkes RI (2003), WHO mencanangkan empat strategi untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi dan anak, yaitu dengan mencegah jangan sampai wanita terinfeksi HIV/AIDS. Apabila sudah dengan HIV/AIDS, dicegah supaya tidak hamil. Apabila sudah hamil, dilakukan pencegahan supaya tidak menular pada bayi dan anaknya, namun bila ibu dan anaknya sudah terinfeksi, maka sebaiknya diberikan dukungan dan perawatan bagi ODHA dan keluarganya (Nursalam, 2007).

2.1.3.12 Strategi Pencegahan Penularan HIV/AIDS

Berdasarkan strategi nasional penganggulangan HIV dan AIDS tahun 2007-2010, penyebaran HIV dipengaruhi oleh perilaku berisiko kelompok-kelompok masyarakat. Pencegahan dilakukan kepada kelompok-kelompok masyarakat sesuai dengan perilaku kelompok dan potensi ancaman yang dihadapi. Kegiatan-kegiatan dari pencegahan dalam bentuk penyuluhan, promosi hidup sehat, pendidikan sampai kepada cara penggunaan alat pencegahan yang efektif dikemas sesuai dengan sasaran upaya pencegahan. Program-program pencegahan pada kelompok sasaran meliputi:

2.1.3.12.1 Kelompok Tertular (*Infection People*)

Kelompok tertular adalah mereka yang sudah terinfeksi HIV. Pencegahan ditujukan untuk menghambat lajunya perkembangan HIV, memelihara produktifitas individu dan meningkatkan kualitas hidup.

2.1.3.12.2 Kelompok Berisiko Tertular atau Rawan Tertular (*High-Risk People*)

Kelompok berisiko tertular adalah mereka yang berperilaku sedemikian rupa sehingga sangat berisiko untuk tertular HIV. Dalam kelompok ini termasuk penjaja seks baik perempuan maupun laki-laki, pelanggan penjaja seks, penyalahguna napza suntik dan pasangannya, waria, penjaja seks dan pelanggannya, serta lelaki suka lelaki. Karena kekhususannya, narapidana termasuk dalam kelompok ini. Pencegahan

untuk kelompok ini ditujukan untuk mengubah perilaku berisiko menjadi perilaku aman.

2.1.3.12.3 Kelompok Rentan (*Vulnerable People*)

Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang karena lingkup pekerjaan, lingkungan, ketahanan dan atau kesejahteraan keluarga yang rendah dan status kesehatan yang labil, sehingga rentan terhadap penularan HIV. Termasuk dalam kelompok rentan adalah orang dengan mobilitas tinggi baik sipil maupun militer, perempuan, remaja, anak jalanan, pengungsi, ibu hamil, penerima transfuse darah dan petugas pelayanan kesehatan. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan agar tidak melakukan kegiatan-kegiatan yang berisiko tertular HIV (menghambat menuju kelompok berisiko).

2.1.3.12.4 Masyarakat Umum (*General Population*)

Masyarakat umum adalah mereka yang tidak termasuk dalam ketiga kelompok terdahulu. Pencegahan ditujukan untuk meningkatkan kewaspadaan, kepedulian dan keterlibatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungannya.

2.1.3.13 Diagnosa HIV

2.1.3.13.1 Diagnosis HIV pada Orang Dewasa

Diagnosis HIV pada orang dewasa mengikuti prinsip-prinsip khusus. Baik diagnosis klinik maupun laboratorium dikembangkan ununtuk menentukan diagnosis negatif atau positif. Tanda dan gejala infeksi HIV awal bisa sangat tidak spesifik dan menyerupai infeksi

virus lain yaitu: alergi, malaise, sakit tenggorokan, mialgia (nyeri otot), demam, dan berkeringat. Pasien mungkin mengalami beberapa gejala, tetapi tidak mengalami keseluruhan gejala tersebut diatas. Pada stadium awal, pemeriksaan laboratorium merupakan cara terbaik mngetahui apakah pasien infeksi virus HIV atau tidak.

ELISA merupakan tes yang baik, tetapi hasilnya mungkin akan negative sampai 6-12 minggu pasien setelah terinfeksi. Jika terdapat tanda-tanda infeksi akut pada pasien dan hasil ELISA negatif, maka pemeriksaan ELISA perlu diulang. Gejala infeksi akut yang mirip dengan gejala flu ini akan sembuh dan pasien tidak menunjukkan tanda-tanda terinfeksi virus HIV sampai dengan beberapa tahun. Periode ini disebut perode laten dan berlangsung selam 8-10 tahun. Selama periode laten, virus HIV terus menerus menyerang kekebalan tubuh penderita meskipun tidak tampak tanda dan gejala infeksi HIV. Stadium lanjut infeksi HIV dimulai ketika pasien dimulai mengalami penyakit AIDS. Gejala paling sering dijumpai pada stadium ini adalah penurunan berat badan, diare dan kelemahan. Ada dua system klasifikasi yang bisa dipakai yaitu menurut sistem klasifikasi WHO dan CDC (Nursalam, 2007).

2.1.3.13.2 Diagnosis HIV pada Anak

Anak-anak berusia lebih dari 18 bulan bisa didiagnosis dengan menggunakan kombinasi antara gejala klinis dan pemeriksaan laboratorium. Anak dengan HIV sering mengalami infeksi bakteri

kambuh-kambuhan, gagal tumbuh atau *wasting*, limfadenopati menetap, keterlambatan berkembang, sariawan pada mulut faring. Anak usia lebih dari 18 bulan bisa didiagnosis dengan ELISA dan tes konfirmasi lain seperti pada orang dewasa. Terdapat dua klasifikasi yang bisa digunakan untuk mendiagnosis bayi dan anak dengan HIV yaitu menurut CDC dan WHO (Nursalam, 2007).

2.1.3.13.3 Diagnosis HIV pada Bayi

Penyebaran virus HIV/AIDS di sejumlah provinsi di tanah air dalam beberapa tahun terakhir telah memasuki populasi umum, yakni kaum ibu dan bayi. Setiap hari hampir 1800 bayi di dunia telah terinfeksi HIV. Di Indonesia, jika tanpa intervensi diperkirakan 3000 bayi lahir dengan HIV per tahun (Nursalam, 2007).

2.1.3.14 Penatalaksanaan Umum

2.1.2.14.1 Medikamentosa/Pengobatan HIV/AIDS

Infeksi HIV/AIDS merupakan suatu penyakit dengan perjalanan yang panjang. Sistem imunitas menurun secara progresif sehingga muncul infeksi oportunistik yang dapat muncul secara bersama dan berakhir pada kematian. Sementara itu belum ditemukan obat maupun vaksin yang efektif, sehingga pengobatan HIV/AIDS dapat dibagi dalam tiga kelompok antara lain:

2.1.3.14.1.1 Pengobatan Suportif

Adalah pengobatan untuk meningkatkan keadaan umum penderita. Pengobatan ini terdiri dari pemberian gizi yang baik, obat simptomatik, vitamin, dan dukungan psikososial agar penderita dapat melakukan aktivitas seperti semula/seoptimal mungkin. Pengobatan infeksi oportunistik dilakukan secara empiris.

2.1.3.14.1.2 Pengobatan Infeksi Oportunistik

Adalah pengobatan yang ditujukan untuk infeksi oportunistik dan dilakukan secara empiris.

2.1.3.14.1.3 Pengobatan Antiretroviral

ARV bekerja langsung menghambat perkembangbiakan HIV. ARV bekerja langsung menghambat enzim *reverse transcriptase* atau menghambat enzim protease. Kendala dalam pemberian ARV antara lain kesukaran ODHA untuk minum obat secara langsung, dan resistensi HIV terhadap obat ARV (Depkes RI, 2006).

CDC menyarankan pemberian antiretroviral pada keadaan asimtomatik bila $CD4 < 300/mm^3$, dan $CD4 < 500/mm^3$ pada keadaan simptomatik (Koes Irianto, 2014).

Untuk profilaksis Indikasi pemberian profilaksis untuk *Pneumocystis Carinii Pneumoniae* (PCP) yaitu bila $CD4 < 200/mm^3$, terdapat kandidiosis oral yang berlangsung lebih dari 2 minggu, atau pernah mengalami infeksi PCP di masa lalu (Koes Irianto dalam Enggarwati 2015)

Pada Stadium Lanjut banyak yang dapat terjadi, umumnya infeksi oportunistik yang mengancam jiwa. Oleh karena itu diperlukan penanganan multidisipliner. Obat yang dapat diberikan adalah ZDV dengan dosis awal 1.000mg/hari dengan 4-5 kali pemberian dengan berat badan 70 kg (Koes Irianto dalam Enggarwati 2015).

Sedangkan fase terminal yaitu penyakit sudah tak teratasi, pengobatan yang diberikan hanya simptomatik dengan tujuan pasien merasa enak, bebas dari rasa mual dan sesak, mengatasi infeksi yang ada, dan dapat mengurangi rasa cemas (Koes Irianto dalam Enggarwati 2015).

2.1.3.14.2 Nonmedikamentosa

Upaya pencegahan HIV/AIDS yang dapat dilakukan antara lain:

1. Pendidikan kepada kelompok berisiko tinggi.
2. Anjuran bagi yang telah terinfeksi HIV untuk tidak menyumbangkan darah, organ atau cairan semen, dan mengubah kebiasaan seksualnya guna mencegah penularannya.
3. Skrinning darah donor terhadap adanya antibody HIV (Koes Irianto dalam Enggarwati 2015).

2.1.4 *Voluntary Counseling Test (VCT)*

2.1.4.1 Definisi *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*

VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan antiretroviral (ARV) dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS yang bertujuan untuk perubahan perilaku ke arah perilaku lebih sehat dan lebih aman (Depkes, 2008).

2.1.4.2 Prinsip Layanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

VCT merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat dan sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV/AIDS berkelanjutan yang berdasarkan prinsip:

1. Sukarela dalam melaksanakan testing HIV.

Pemeriksaan HIV hanya dilaksanakan atas dasar kerelaan klien tanpa paksaan dan tanpa tekanan. Keputusan untuk melakukan pemeriksaan terletak ditangan klien. Testing dalam VCT bersifat sukarela sehingga tidak direkomendasikan untuk testing wajib pada pasangan yang akan menikah, pekerja seksual, Injecting Drug User (IDU), rekrutmen pegawai / tenaga kerja Indonesia dan asuransi kesehatan.

2. Saling mempercayai dan terjaminnya kerahasiaan.

Layanan harus bersifat profesional, menghargai hak dan martabat semua klien. Semua informasi yang disampaikan klien harus dijaga kerahasiaannya oleh konselor dan petugas kesehatan, tidak

diperkenankan didiskusikan diluar konteks kunjungan klien. Semua informasi tertulis harus disimpan dalam tempat yang tidak dapat dijangkau oleh mereka yang tidak berhak. Untuk penanganan kasus klien selanjutnya dengan seijin klien maka informasi kasus dari diri klien dapat diketahui.

3. Mempertahankan hubungan relasi konselor dan klien yang efektif.

Konselor mendukung klien untuk kembali mengambil hasil testing dan mengikuti pertemuan konseling pasca testing untuk mengurangi perilaku beresiko. Dalam VCT dibicarakan juga respon dan perasaan klien dalam menerima hasil testing dan tahapan penerimaan hasil testing positif.

4. Testing merupakan salah satu komponen dari VCT.

WHO dan Departemen Kesehatan RI (2010) telah memberikan pedoman yang dapat digunakan untuk melakukan testing HIV. Penerimaan hasil testing senantiasa diikuti oleh konseling pasca testing oleh konselor yang sama atau konselor lain yang disetujui oleh klien.

2.1.4.3 Model Layanan *Voluntary Counseling and Testing (VCT)*

Pelayanan VCT dapat dikembangkan diberbagai layanan terkait yang dibutuhkan, misalnya klinik Infeksi Menular Seksual (IMS), klinik Tuberkulosa (TB), Klinik Tumbuh Kembang Anak dan sebagainya. Lokasi layanan VCT hendaknya perlu petunjuk atau tanda yang jelas hingga mudah diakses dan mudah diketahui oleh klien VCT.

Namun klinik cukup mudah dimengerti sesuai dengan etika dan budaya setempat dimana pemberian nama tidak mengundang stigma dan diskriminasi.

Model layanan VCT terdiri atas :

1. Mobile VCT (Penjangkauan dan keliling)

Mobile VCT adalah model layanan dengan penjangkauan dan keliling yang dapat dilaksanakan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) atau layanan kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat yang memiliki perilaku berisiko atau berisiko tertular HIV/AIDS di wilayah tertentu. Layanan ini diawali dengan survei atau penelitian atas kelompok masyarakat di wilayah tersebut dan survei tentang layanan kesehatan dan layanan dukungan lainnya di daerah setempat.

2. Statis VCT (Klinik VCT tetap)

Statis VCT adalah sifatnya terintegrasi dalam sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya, artinya bertempat dan menjadi bagian dari layanan kesehatan yang telah ada. Sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya harus memiliki kemampuan memenuhi kebutuhan masyarakat akan VCT, layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan terkait dengan HIV/AIDS.

2.1.4.4 Tahapan Layanan Voluntary Counseling and Testing (VCT)

1. Pre-test counseling

Pre-test counseling adalah diskusi antara klien dan konselor yang bertujuan untuk menyiapkan klien untuk testing, memberikan pengetahuan pada klien tentang HIV/AIDS. Isi diskusi yang disampaikan adalah klarifikasi pengetahuan klien tentang HIV/AIDS, menyampaikan prosedur tes dan pengelolaan diri setelah menerima hasil tes, menyiapkan klien menghadapi hari depan, membantu klien memutuskan akan tes atau tidak, mempersiapkan informed consent dan konseling seks yang aman.

2. HIV testing

Pada umumnya, tes HIV dilakukan dengan cara mendeteksi antibodi dalam darah seseorang. Jika HIV telah memasuki tubuh seseorang, maka di dalam darah akan terbentuk protein khusus yang disebut antibodi. Antibodi adalah suatu zat yang dihasilkan sistem kekebalan tubuh manusia sebagai reaksi untuk membendung serangan bibit penyakit yang masuk. Pada umumnya antibodi terbentuk di dalam darah seseorang memerlukan waktu 6 minggu sampai 3 bulan tetapi ada juga sampai 6 bulan bahkan lebih. Jika seseorang memiliki antibodi terhadap HIV di dalam darahnya, hal ini berarti orang itu telah terinfeksi HIV.

Tes HIV yang umumnya digunakan adalah Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA), Rapid Test dan Western Immunoblot Test. Setiap tes HIV ini memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang berbeda. Sensitivitas adalah kemampuan tes untuk mendeteksi adanya

antibodi HIV dalam darah sedangkan spesifisitas adalah kemampuan tes untuk mendeteksi antibodi protein HIV yang sangat spesifik.

a. *Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA)*

Tes ini digunakan untuk mendeteksi antibodi yang dibuat tubuh terhadap virus HIV. Tes ELISA ini dapat dilakukan dengan sampel darah vena, air liur, atau air kencing. Hasil positif pada ELISA belum dapat dipastikan bahwa orang yang diperiksa telah terinfeksi HIV karena tes ini mempunyai sensitivitas tinggi tetapi spesifisitas rendah. Oleh karena itu masih diperlukan tes pemeriksaan lain untuk mengkonfirmasi hasil pemeriksaan ELISA ini. Jadi walaupun ELISA menunjukkan hasil positif, masih ada dua kemungkinan, orang tersebut sebenarnya tidak terinfeksi HIV atau betul-betul telah terinfeksi HIV.

b. *Rapid Test*

Penggunaan dengan metode rapid test memungkinkan klien mendapatkan hasil tes pada hari yang sama dimana pemeriksaan tes hanya membutuhkan waktu 10 menit. Metode pemeriksaan dengan menggunakan sampel darah jari dan air liur. Tes ini mempunyai sensitivitas tinggi (mendekati 100%) dan spesifisitas (>99%). Hasil positif pada tes ini belum dapat dipastikan apakah dia terinfeksi HIV. Oleh karena itu diperlukan pemeriksaan tes lain untuk mengkonfirmasi hasil tes ini.

c. *Western Immunoblot Test*

Sama halnya dengan ELISA, Western Blot juga mendeteksi antibodi terhadap HIV. Western blot digunakan sebagai tes konfirmasi untuk tes HIV lainnya karena mempunyai spesifisitas yang lebih tinggi untuk memastikan apakah terinfeksi HIV atau tidak.

3. *Post-test counseling*

Post-test counseling adalah diskusi antara konselor dengan klien yang bertujuan menyampaikan hasil tes HIV klien, membantu klien beradaptasi dengan hasil tes, menyampaikan hasil secara jelas, menilai pemahaman mental emosional klien, membuat rencana dengan menyertakan orang lain yang bermakna dalam kehidupan klien, menjawab, menyusun rencana tentang kehidupan yang mesti dijalani dengan menurunkan perilaku berisiko dan perawatan, dan membuat perencanaan dukungan.

2.1.5 Hubungan Pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan Kecemasan melakukan VCT.

Kecemasan merupakan pengalaman emosional yang dirasakan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan yang terjadi akibat adanya rasa khawatir akan ketidakmampuannya menyelesaikan masalah akibat suatu peristiwa yang terjadi dan menimbulkan ancaman. Jersild (dalam Rusmirina, 2014) menyatakan bahwa ada dua tingkatan kecemasan. Pertama, kecemasan normal, yaitu pada saat individu masih menyadari konflik-konflik dalam diri yang menyebabkan cemas. Kedua, kecemasan

neurotic, ketika individu tidak menyadari adanya konflik dan tidak mengetahui penyebab cemas, kecemasan kemudian dapat menjadi bentuk pertahanan diri. Kecemasan yang terjadi akan muncul dalam bentuk reaksi fisiologis dan psikologis.

Christ & Wiener (dalam Gabriella, 2012), menyatakan bahwa salah satu aspek paling sulit dalam menghadapi diagnosis HIV positif adalah merasakan perasaan terancam dan tidak sanggup menghadapi keadaan pada saat yang bersamaan dengan harus melakukan perubahan besar dalam gaya hidup dan tingkah laku untuk melindungi diri dan orang lain. Selain itu, Hoffman (dalam Gabriella, 2012) juga menyatakan bahwa diagnosis HIV positif sangat penting diketahui dampaknya pada orang yang positif terinfeksi karena diagnosis ini juga akan mempengaruhi kehidupan mereka dalam berbagai aspek.

Soewandi dalam Listiorini (2009) juga mengemukakan bahwa salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan adalah pengetahuan, pengetahuan yang kurang menyebabkan timbulnya rasa cemas, sedangkan pengetahuan dapat digunakan untuk mengatasi masalah yang dihadapi (coping).

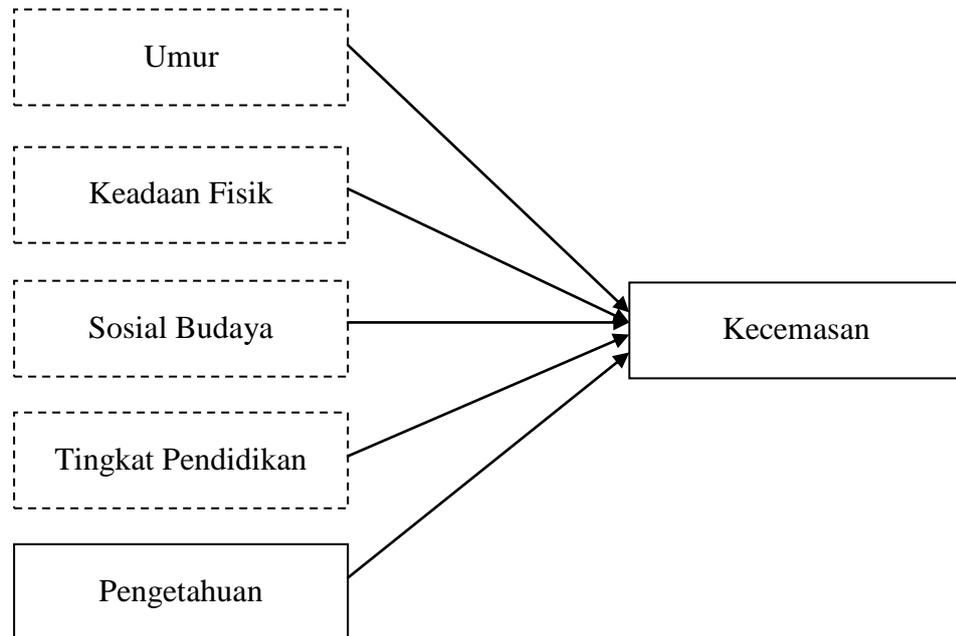
Pentingnya informasi yang benar untuk meningkatkan pengetahuan tentang HIV/AIDS sangat dibutuhkan dalam meminimalisasi kecemasan. Dalam penelitian Eyitope, 2014 mengemukakan bahwa beberapa responden mempunyai pengetahuan yang keliru tentang transmisi dan pencegahan HIV. Responden menganggap bahwa orang yang melakukan

VCT adalah untuk mengetahui saat kematian dan hanya dibutuhkan oleh orang yang sakit, inilah yang mengakibatkan kecemasan terjadi. Eytipe juga mengatakan bahwa salah satu penyebab ketidaksiapan secara psikologis terjadi karena tidak adanya informasi yang akurat tentang HIV/AIDS dan VCT.

VCT merupakan proses membantu seseorang untuk belajar menyelesaikan masalah interpersonal, emosional dan pengambilan keputusan karena konseling HIV/AIDS merupakan komunikasi yang bersifat rahasia Antara klien dan konselor yang bertujuan meningkatkan kemampuan mnghadapi stres dan mengambil keputusan berkaitan dengan HIV/AIDS. Konseling yang diberikan pada klien akan membantunya dalam memperoleh akses informasi yang benar, memahami dirinya secara lebih baik, mampu menghadapi masalah lebih baik, dan mampu berkomunikasi lebih lancar (Nursalam,2007).

Kecemasan pada klien VCT juga berhubungan dengan perasaan putus asa, rasa berduka yang berkelanjutan, kemungkinan stigma dan diskriminasi, penyampaian status pada pasangan seksual, pemutusan hubungan kerja dan lain-lain sehingga proses konseling dalam VCT ini diharapkan dapat membantu mengatasi hal-hal tersebut.

2.2 Kerangka Teori



Keterangan

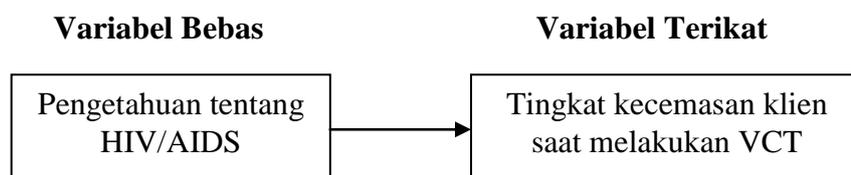
_____ : Diteliti

----- : Tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Listyorini (2009)

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.4 Hipotesis

Ada hubungan pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan tingkat kecemasan klien saat melakukan *voluntary counseling and testing* (VCT)