

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Dasar tentang HIV/AIDS

a. Pengertian HIV/AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus yang menyebabkan penyakit *AIDS*, dan untuk memudahkannya disebut sebagai penyakit HIV/AIDS, yang merupakan penyakit kelamin yang pada mulanya dialami oleh kelompok kaum homoseksual. *AIDS* adalah kumpulan penyakit yang disebabkan oleh virus HIV yang merusak sistem kekebalan tubuh sehingga tubuh mudah diserang penyakit-penyakit lain karena sistem kekebalan tubuhnya menurun terus secara drastis. Virus yang menyebabkan penyakit ini adalah HIV (*Human Immune-deficiency Virus*) (Dianawati, 2008).

b. Cara Transmisi

HIV ditransmisikan dengan cara terbatas, antara lain melalui kontak seksual, komponen darah, dan secara perinatal (Peter dan Esther, 1997). HIV telah diisolasi dari sejumlah cairan tubuh, termasuk darah, saliva, urin, cairan serebrospinal, dan keringat. Virus HIV seringkali menginfeksi sel limfosit T helper (juga dikenal dengan nama T4+, CD4+, OKT4+). Walaupun begitu temuan tersebut tidak berarti bagi kesehatan. Tidak ada bukti yang menyatakan bahwa kontak dengan saliva atau air mata penderita dapat menyebabkan seseorang terinfeksi (Departemen Pemberdayaan Perempuan, 2010).

Kegiatan dan/atau perilaku yang dianggap mempunyai resiko tinggi dan seringkali ada hubungannya dengan infeksi HIV antara lain hubungan seksual melalui vagina dan atau hubungan seksual melalui anal serta kegiatan seksual lainnya yang potensial dapat menyebabkan seseorang terinfeksi oleh HIV. Kegiatan seksual lain yang mungkin dapat menyebabkan terjadinya infeksi HIV antara lain: (Departemen Pemberdayaan Perempuan, 2010)

- 1) *Anilingus* : menginduksi hubungan intim di daerah anal dengan menggunakan lidah.
- 2) *Cunnilingus* : menginduksi hubungan intim di daerah vagina/kitoris dengan menggunakan lidah (resiko lebih tinggi saat menstruasi)
- 3) *Fellatio* : menginduksi hubungan intim pada daerah genital pria dengan menggunakan lidah dan penghisapan (resiko lebih tinggi bila ejakulasi terjadi di dalam mulut).
- 4) *Fisting* : memasukkan atau meletakkan tangan, kepalan tangan, ataupun lengan bawah ke dalam rektum atau vagina.
- 5) *Urolagnia* : menginduksi hubungan intim dengan cara mengeluarkan urin ke dalam kulit (lebih berisiko bila terdapat luka terbuka pada kulit, oral, vagina, atau rektum).
- 6) Memakai benda-benda seks pada rektum dan/atau vagina.
- 7) Bergantian menggunakan jarum suntik dan penggunaan yang sering pada pecandu obat.
- 8) Penderita hemofilia dan mereka yang menerima transfusi darah terutama sebelum pertengahan tahun 1985.

- 9) Transmisi ibu-janin: wanita yang terinfeksi HIV menularkan HIV ke janin yang dikandungnya baik saat dalam kandungan maupun saat melahirkan (25% atau 35% kasus).

Kegiatan dan/atau perilaku yang dianggap mempunyai risiko dan seringkali tak ada hubungannya dengan infeksi HIV antara lain:

- 1) Transmisi okupasi: dari bukti yang terkumpul dapat disimpulkan bahwa tenaga kesehatan mempunyai resiko terhadap transmisi okupasi (misalnya melalui jarum suntik) (kurang dari 0.4% atau 1:200), dan
- 2) Kontak yang tak disengaja: tidak ada bukti yang menyatakan bahwa AIDS atau HIV dapat ditransmisikan melalui udara, makanan, air cairan muntahan, artherooda (nyamuk), atau melalui kontak yang tak disengaja (misalnya berpelukan atau berciuman).

c. Epidemiologi

AIDS merupakan kumpulan berbagai gejala penyakit akibatnya turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan oleh virus HIV (Anonymous, 2007). Orang yang terinfeksi virus HIV belum tentu AIDS. Perlu waktu 3-10 tahun untuk menjadi AIDS. HIV positif belum tentu AIDS, tetapi akhirnya akan menjadi AIDS, dan status HIV positif tidak pernah berubah menjadi HIV negatif.

Menurut Nasaronudin (2007), tahapan perubahan dari HIV ke AIDS yaitu :

1) Fase 1

Pada fase ini individu sudah terpapar dan terinfeksi, tetapi ciri-ciri infeksi belum terlihat meskipun dilakukan tes darah, namun bisa juga

mengalami gejala ringan, seperti flu (biasanya 2-3 hari dan sembuh sendiri). Umur infeksi 3 – 6 bulan.

2) Fase 2

Umur infeksi 3–10 tahun setelah terinfeksi HIV. Pada fase ini individu sudah positif HIV, tapi belum menampakkan gejala sakit (atau bisa saja menampakkan gejala ringan, misalnya flu 2 – 3 hari dan sembuh sendiri) dan sudah dapat menularkan kepada orang lain.

3) Fase 3

Gejala-gejala penyakit mulai muncul, antara lain keringat yang berlebihan di malam hari, diare terus-menerus, pembengkakan kelenjar getah bening, flu yang tidak sembuh-sembuh, nafsu makan berkurang dan badan menjadi lemah, serta berat badan terus berkurang, dan sistem kekebalan tubuh mulai berkurang. Pada fase ini belum disebut sebagai gejala AIDS.

4) Fase 4

Sudah masuk pada fase AIDS, dan timbul infeksi-infeksi oportunistik. Ada gejala utama dan gejala minor. Jika seseorang memiliki minimal dua dari tiga gejala utama dan satu dari lima gejala minor, maka dapat disimpulkan menderita AIDS.

Gejala utama yaitu :

- 1) Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan,
- 2) Diare kronis lebih dari satu bulan (berulang maupun terus-menerus),
- 3) Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan.

Gejala minor yaitu :

- 1) Batuk kronis lebih dari satu bulan
- 2) Infeksi pada mulut dan tenggorokan yang disebabkan oleh candida albicans
- 3) Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh
- 4) Munculnya Herpes Zoster yang berulang
- 5) Adanya bercak-bercak gatal di seluruh tubuh.

Kelompok populasi yang berisiko terhadap HIV dan AIDS yaitu Wanita Pekerja Seks (WPS), pelanggan WPS dan pasangannya, pengguna jarum suntik dan pasangannya, waria dan pelanggan waria, laki-laki suka laki-laki, dan narapidana. Meskipun risiko penularan kecil tetapi risiko tetap ada bagi kelompok pekerjaan berisiko terpapar HIV seperti petugas kesehatan, petugas laboratorium, dan orang yang bekerja dengan spesimen atau bahan yang terinfeksi HIV, terutama bila menggunakan benda tajam. Berbagai penelitian multi-institusi menyatakan bahwa risiko penularan HIV setelah kulit tertusuk jarum atau benda tajam lainnya yang tercemar oleh darah seseorang yang terinfeksi HIV adalah sekitar 0,3%, sedangkan risiko penularan HIV akibat paparan bahan yang tercemar HIV ke membran mukosa atau kulit yang mengalami erosi adalah sekitar 0,09% (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2007).

d. Patofisiologi

Penyakit AIDS disebabkan oleh Virus HIV. Masa inkubasi AIDS diperkirakan antara 10 minggu sampai 10 tahun. Diperkirakan sekitar 50% orang yang terinfeksi HIV akan menunjukkan gejala AIDS dalam 5 tahun

pertama, dan mencapai 70% dalam sepuluh tahun akan mendapat AIDS. Berbeda dengan virus lain yang menyerang sel target dalam waktu singkat, virus HIV menyerang sel target dalam jangka waktu lama. Supaya terjadi infeksi, virus harus masuk ke dalam sel, dalam hal ini sel darah putih yang disebut limfosit. Materi genetik virus dimasukkan ke dalam DNA sel yang terinfeksi. Di dalam sel, virus berkembangbiak dan pada akhirnya menghancurkan sel serta melepaskan partikel virus yang baru. Partikel virus yang baru kemudian menginfeksi limfosit lainnya dan menghancurkannya (Mandal dkk, 2008).

Virus menempel pada limfosit yang memiliki suatu reseptor protein yang disebut CD4, yang terdapat di selaput bagian luar. CD4 adalah sebuah marker atau penanda yang berada di permukaan sel-sel darah putih manusia, terutama sel-sel limfosit. Sel-sel yang memiliki reseptor CD4 biasanya disebut sel CD4+ atau limfosit T penolong. Limfosit T penolong berfungsi mengaktifkan dan mengatur sel-sel lainnya pada sistem kekebalan (misalnya limfosit B, makrofag dan limfosit T sitotoksik), yang kesemuanya membantu menghancurkan sel-sel ganas dan organisme asing. Infeksi HIV menyebabkan hancurnya limfosit T penolong, sehingga terjadi kelemahan sistem tubuh dalam melindungi dirinya terhadap infeksi dan kanker (Castillo, 2005).

Seseorang yang terinfeksi oleh HIV akan kehilangan limfosit T penolong melalui 3 tahap selama beberapa bulan atau tahun. Seseorang yang sehat memiliki limfosit CD4 sebanyak 800-1300 sel/mL darah. Pada beberapa bulan pertama setelah terinfeksi HIV, jumlahnya menurun

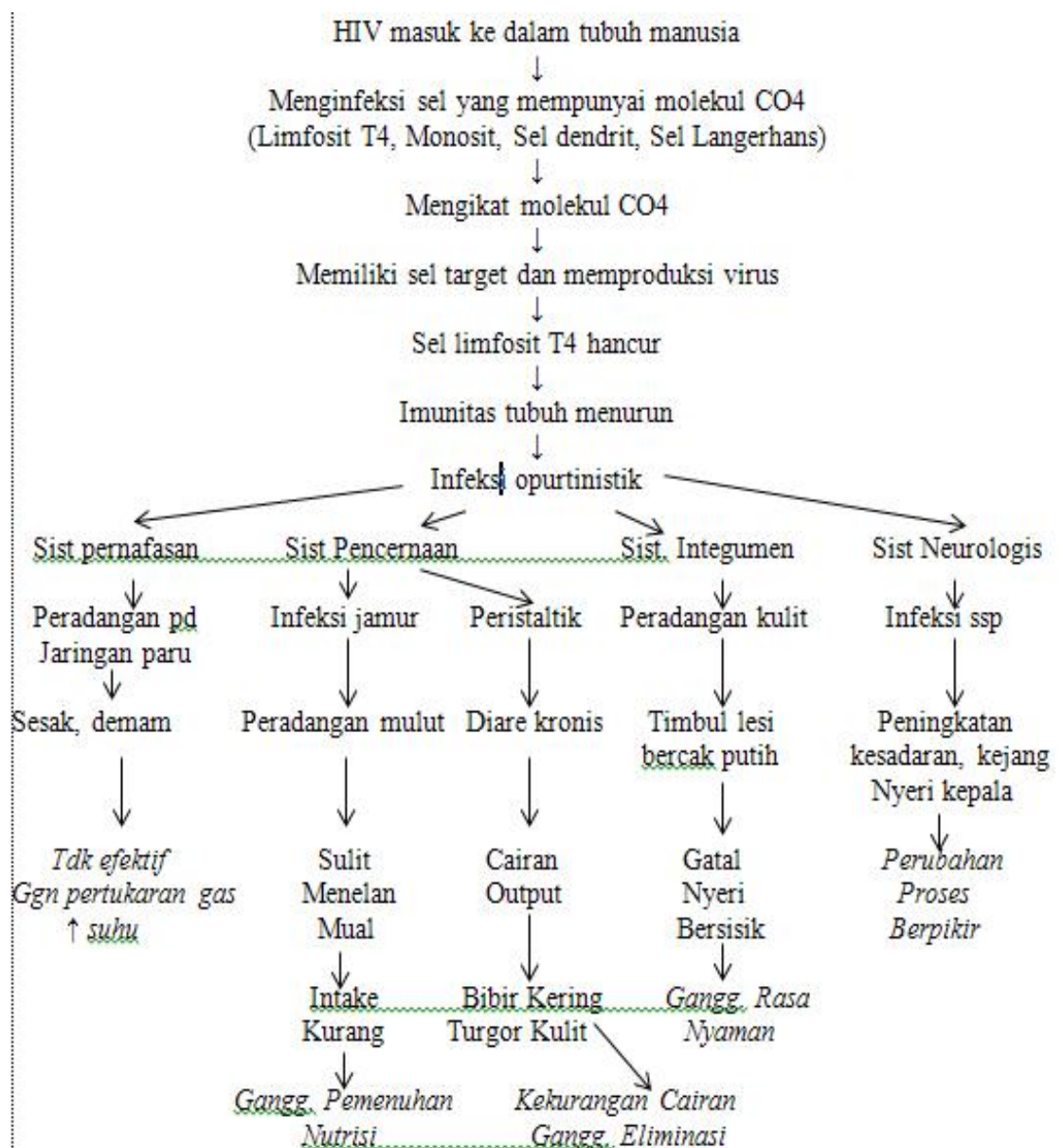
sebanyak 40-50%. Selama bulan-bulan ini penderita bisa menularkan HIV kepada orang lain karena banyak partikel virus yang terdapat di dalam darah. Meskipun tubuh berusaha melawan virus, tetapi tubuh tidak mampu meredakan infeksi. Setelah sekitar 6 bulan, jumlah partikel virus di dalam darah mencapai kadar yang stabil, yang berlainan pada setiap penderita. Perusakan sel CD4+ dan penularan penyakit kepada orang lain terus berlanjut. Kadar partikel virus yang tinggi dan kadar limfosit CD4+ yang rendah membantu dokter dalam menentukan orang-orang yang beresiko tinggi menderita AIDS. 1-2 tahun sebelum terjadinya AIDS, jumlah limfosit CD4+ biasanya menurun drastis. Jika kadarnya mencapai 200 sel/mL darah, maka penderita menjadi rentan terhadap infeksi (Mandal dkk, 2008).

Infeksi HIV juga menyebabkan gangguan pada fungsi limfosit B (limfosit yang menghasilkan antibodi) dan seringkali menyebabkan produksi antibodi yang berlebihan. Antibodi ini terutama ditujukan untuk melawan HIV dan infeksi yang dialami penderita, tetapi antibodi ini tidak banyak membantu dalam melawan berbagai infeksi oportunistik pada AIDS. Pada saat yang bersamaan, penghancuran limfosit CD4+ oleh virus menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem kekebalan tubuh dalam mengenali organisme dan sasaran baru yang harus diserang.

Setelah virus HIV masuk ke dalam tubuh dibutuhkan waktu selama 3-6 bulan sebelum titer antibodi terhadap HIV positif. Fase ini disebut “periode jendela” (*window period*). Setelah itu penyakit seakan berhenti berkembang selama lebih kurang 1-20 bulan, namun apabila diperiksa titer antibodinya terhadap HIV tetap positif (fase ini disebut fase laten) Beberapa

tahun kemudian baru timbul gambaran klinik AIDS yang lengkap (merupakan sindrom/kumpulan gejala). Perjalanan penyakit infeksi HIV sampai menjadi AIDS membutuhkan waktu sedikitnya 26 bulan, bahkan ada yang lebih dari 10 tahun setelah diketahui HIV positif (Price, 2005).

Untuk menggambarkan patofisiologi HIV/AIDS, dapat dijelaskan dalam gambar berikut :



Gambar 2.1. Patway HIV/AIDS

e. Pemeriksaan Diagnostik Untuk HIV

Ada tiga pemeriksaan yang sering dipakai untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap HIV. Yang pertama adalah ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*), bereaksi terhadap antibodi yang ada dalam serum dengan memperlihatkan warna yang lebih tua jika terdeteksi antibodi virus dalam jumlah besar. Pemeriksaan ELISA mempunyai sensitifitas 93% dan sampai 98% dan spesifitasnya 98% sampai 99%. Tetapi hasil positif palsu (atau negatif palsu) dapat berakibat luar biasa, karena akibatnya sangat serius. Oleh sebab itu, pemeriksaan ELISA diulang dua kali, dan jika keduanya menunjukkan hasil positif, dilanjutkan dengan pemeriksaan yang lebih spesifik, yaitu *Western Blot* (Nasronudin, 2007).

Pemeriksaan Western blot juga dilakukan dua kali. Pemeriksaan ini lebih sedikit memberikan hasil positif palsu atau negatif palsu. Jika seseorang telah dipastikan mempunyai seropositif terhadap HIV, maka dilakukan pemeriksaan klinis dan imunologik untuk menilai keadaan penyakit, dan mulai dilakukan usaha untuk mengendalikan infeksi. Dan yang ketiga adalah Rapid test. Berbagai macam Rapid tes digunakan berdasarkan bermacam teknik termasuk aglutinasi partikel, *lateral flow membrane*; melalui aliran membran dan berdasarkan sistem *assay comb* atau *dipstick*. Rapid test sekarang banyak digunakan terutama layanan kesehatan kecil dimana hanya memproses beberapa contoh darah setiap hari. Rapid test lebih cepat dan tidak memerlukan alat khusus. Rapid test, perdefinisi memerlukan waktu 10 menit. Sebagian besar immuniassay

noda darah atau aglutinasi tidak membutuhkan alat atau pelatihan khusus dan hanya menyita waktu 10-20 menit. Sebagian besar Rapid test mempunyai sensitivitas dan spesifisitas diatas 99% dan 98%.

Menurut Suharto (Jawa Pos, Sabtu 30 November 2013) ada 3 kemungkinan yang bisa terjadi setelah menjalani tes yaitu:

- 1) Negatif, bukan jendela. Bila seseorang tidak sedang dalam periode jendela dan hasil tesnya negatif, bukan berarti dia terbebas dari HIV seumur hidup sehingga boleh berperilaku bebas.
 - 2) Negatif, dalam jendela. Pada kasus ini, penderita jelas-jelas melakukan kontak yang bisa tertular HIV. Namun virus ini belum muncul dalam tes, untuk itu perlu observasi mendalam. Golongan penderita ini perlu mengulangi tes dalam jangka waktu 3 bulan kemudian, untuk kepastian status HIV-nya. Pengulangan tes ini dilakukan terus hingga status HIV-nya pasti.
 - 3) Positif, penderita telah terinfeksi HIV/AIDS.
- f. Penularan, Pencegahan HIV/AIDS, Aspek Psikososial, Hak dan Tanggung Jawab ODHA (orang dengan HIV/AIDS)
- 1) Teknik Penularan virus HIV/AIDS (Depkes RI, 2007)

Menurut Depkes RI (2007), penularan virus HIV/AIDS dapat ditularkan melalui beberapa cara, yaitu :

a) Darah

Contoh : Tranfusi darah, terkena darah hiv+ pada kulit yang terluka, terkena darah menstruasi pada kulit yang terluka, jarum suntik, atau alat-alat yang tercemar HIV.

- b) Cairan Semen, Air Mani, Sperma dan Peju Pria. Contoh : Laki-laki berhubungan badan tanpa kondom atau pengaman lainnya, oral seks.
- c) Cairan Vagina pada Perempuan. Contoh : Wanita berhubungan badan tanpa pengaman, bergantian menggunakan alat bantu seks, oral seks.
- d) Air Susu Ibu / ASI. Contoh : Bayi minum asi dari wanita hiv+, Laki-laki meminum susu asi pasangannya, dan lain sebagainya.

Adapun cairan tubuh yang tidak mengandung Virus HIV pada penderita HIV+ (Depkes RI, 2007) :

- 1) Air liur / air ludah / saliva
- 2) Air mata
- 3) Air keringat
- 4) Air seni / air kencing / air pipis / *urine*

AIDS tidak ditularkan lewat :

- 1) Hidup serumah dengan penderita AIDS (asal tidak mengadakan hubungan seks).
- 2) Bersenggolan dengan penderita.
- 3) Bersentuhan dengan pakaian dan barang yang dipakai orang terkena HIV/AIDS.
- 4) Berjabat tangan.
- 5) Penderita AIDS batuk atau bersin di dekat kita.
- 6) Makan, minum bersama dari satu piring atau gelas.
- 7) Gigitan nyamuk atau serangga lain.

2) Pencegahan Penyakit HIV/AIDS

Cara pencegahan penularan HIV yang paling efektif adalah dengan memutuskan rantai penularan. Tentu saja hal ini tidak mudah. Ada beberapa cara yang bisa dilakukan untuk mencegah penularan, yaitu :

- 1) Tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah.
- 2) Tidak berganti-ganti pasangan.
- 3) Selalu menggunakan kondom secara tepat dan konsisten.
- 4) Selalu memastikan mendapatkan darah yang aman untuk transfusi.
- 5) Tidak menggunakan jarum suntik secara bergantian.
- 6) Pendidikan atau *edukasi*.

Dalam konteks kesehatan umum, tindakan mencegah merupakan tindakan yang lebih baik daripada mengobati, oleh karena itu dorongan melakukan tindakan preventif dan promotif ditekankan untuk membantu masyarakat merubah perilaku yang lebih selaras dengan kaidah-kaidah hidup yang sehat *UNAIDS*, sebuah lembaga PBB yang khusus menangani HIV/AIDS, memperkenalkan formula pencegahan HIV/AIDS yang disebut sebagai kombinasi ABC yang telah diadopsi dari berbagai sumber, pola atau model pencegahan ini telah dikenal cukup lama dan diterapkan oleh berbagai institusi dalam pencegahan HIV/AIDS.

Pola ABC ini dapat dikembangkan dilanjutkan sebagai berikut (Depkes RI, 2007):

- a) A (*Abstinence*) artinya berpantang hubungan seks atau tidak berhubungan seks. Dalam konteks ini berpantang berarti menunda hubungan seks sampai pernikahan.
- b) B (*Befaithful*) artinya saling setia dengan satu pasangan dan tidak memperpanjang jaring pasangan seksual. Hal ini bermakna himbauan untuk tidak melakukan poligami dan peringatan untuk tidak melakukan aktifitas seksual diluar pernikahan.
- c) C (*Condom*) artinya selalu pakai kondom saat berhubungan seksual dengan pasangan tetapnya maupun pasangan yang baru dikenalnya. Kondom adalah upaya manusia untuk menurunkan risiko transfer beberapa substansi renik (sperma, kuman, virus, gizi mikro) dari orang ke orang selama melakukan penetrasi. Ditemukan kondom dalam ukuran dan kerapatan yang ada di pasaran, menurunkan risiko penularan HIV/AIDS sebanyak 90 - 98 persen bila dipakai secara benar.

Menurut Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (2007), bahwa infeksi HIV/AIDS dapat dihindari melalui beberapa cara. Beberapa cara tersebut adalah :

- a) *Abstinentia* (Puasa) atau berpantang melakukan hubungan seks.

Cara ini paling aman untuk menghindari infeksi melalui hubungan seks.

- b) *Be Faithful* (Setia pada pasangan)

Seseorang yang telah aktif secara seksual, dapat menghindari infeksi HIV dengan tidak melakukan hubungan seks dengan orang

lain selain pasangannya. Ini berarti seorang laki-laki harus tetap melakukan hubungan seks dengan seorang perempuan saja.

c) *Condom* (Menggunakan Kondom)

Kondom adalah alat kontrasepsi yang diandalkan saat ini untuk melindungi diri dan pasangan dari infeksi HIV.

d) Hindari menggunakan jarum suntik dan alat bekas.

Rata-rata pengguna napza suntik (penasun) menyuntikan napza secara bergantian. Sehingga memudahkan penularan HIV. Selain itu banyak orang ketika menggunakan alat-alat tajam tidak lagi apakah alat itu steril atau tidak. Para tukang cukur rambut tradisional sering menggunakan alat cukurnya yang tidak steril ketika akan menggunakannya.

e) Edukasi

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan HIV/AIDS melalui penyuluhan, pelatihan kecakapan hidup (*life skill education*) baik pada kelompok beresiko tinggi dan kelompok resiko rendah.

HIV/ AIDS terutama dapat terjadi melalui hubungan seksual, sehingga pencegahan perlu difokuskan pada hubungan seksual, dalam hal ini langkah pencegahan yang dianjurkan untuk dilakukan adalah :
Manuaba (2011)

a) Melakukan hubungan monogami seumur hidup. Secara statistik dapat diperhitungkan bahwa dengan melakukan hubungan seks

dengan pasangan yang terbatas maka resiko terinfeksi kuman penyebab IMS dan virus HIV juga akan berkurang.

b) Berhubungan seks yang aman, yaitu dengan :

(1) Lebih berhati-hati dalam memilih pasangan, yaitu yang beresiko rendah terhadap infeksi kuman IMS, HIV dan AIDS.

(2) Hindarkan berganti-ganti pasangan.

c) Mempraktekan *protective sex*, yaitu hubungan seksual yang tidak terdapat pertukaran atau kontak dengan semen, cairan vagina atau darah antar pasangan. Termasuk dalam kategori ini adalah penggunaan kondom.

Di samping itu, secara medis pencegahan yang sudah ditempuh diantaranya dengan adanya konseling dan tes HIV sukarela yang dikenal sebagai *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV dan AIDS berkelanjutan. Program VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien dengan memberikan layanan dini dan memadai baik kepada mereka dengan HIV positif maupun negatif. Layanan ini termasuk pencegahan primer melalui konseling dan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) seperti pemahaman HIV, pencegahan penularan dari ibu ke anak (*Prevention of Mother To Child Transmission – PMTCT*) dan akses terapi infeksi oportunistik, seperti tuberkulosis (TBC) dan infeksi menular seksual (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2006).

Test HIV dilakukan setelah klien terlebih dahulu memahami dan menandatangani *informed consent* yaitu surat persetujuan setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan benar (Anonymous, 2007).

3) Aspek Psikososial ODHA (orang dengan HIV/AIDS)

Karena kurang pengetahuan masyarakat terhadap cara penularan AIDS dan rasa takut yang berlebihan, ODHA sering mengalami deskriminasi. Jenis deskriminasi yang dapat dialami ODHA antara lain :

- a) Lingkungan keluarga menjadi takut terkena aib sehingga keadaan ODHA dirahasiakan, malah kadang–kadang diusir dari rumah.
- b) Lingkungan sekolah mendeskriminasi ODHA dan mengeluarkannya dari sekolah.
- c) Lingkungan tempat tinggal, mengusir ODHA dari tempat tinggalnya.
- d) Lingkungan tempat kerja mengeluarkan ODHA dari tempat kerja.
- e) Masyarakat sering melupakan bahwa ODHA mempunyai hak dan kewajiban yang sama dengan warga negara lain.

4) Hak dan tanggung jawab ODHA

a) Hak ODHA

ODHA mempunyai hak sebagaimana anggota masyarakat lain, antara lain:

- (1) Hak untuk konfidensialitas.
- (2) Hak untuk menginformasikan atau tidak menginformasikan statusnya kepada orang lain.

- (3) Hak untuk mendapatkan kesempatan bekerja dan berpartisipasi dalam masyarakat.
- (4) Hak untuk mendapat dan memilih jenis layanan kesehatan yang sesuai dengan kehendaknya.
- (5) Hak untuk diperlakukan manusiawi dan tidak diskriminatif dalam layanan kesehatan, layanan sosial, dan lain-lain.
- (6) Hak untuk mendapatkan pendidikan dan penghasilan yang sesuai dengan pekerjaannya.
- (7) Hak untuk mendapatkan informasi yang benar mengenai keadaan atau status kesehatannya.
- (8) Hak untuk menentukan bersama tenaga kesehatan tindakan medis yang perlu dilakukan pada dirinya.

b) Tanggung jawab ODHA

Selain hak, ODHA juga mempunyai tanggung jawab antara lain:

- (1) Mencegah penularan HIV/AIDS kepada orang lain.
- (2) Menjaga kesehatan dirinya sebaik mungkin.
- (3) Memberikan informasi yang jelas dan benar kepada orang yang memerlukan.
- (4) Menjadi mitra kerja tenaga kesehatan dalam program pengobatan.
- (5) Membantu dan mendukung program pemerintah dalam penanggulangan HIV/AIDS.

2. Pengetahuan

a. Pengertian

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yaitu: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*).

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkatan yaitu :

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima sebelumnya.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, mengimplementasikan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya terjadi.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam satu bentuk keseluruhan yang baru, atau dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2010).

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (*over behavior*) perilaku yang didasari pengetahuan bersifat langgeng. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan (Sukanto, 2005) yaitu :

- 1) Tingkat pendidikan, pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat.
- 2) Informasi, seseorang mempunyai sumber informasi lebih akan mempunyai pengetahuan lebih luas.
- 3) Budaya, tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhan yang meliputi sikap dan kepercayaan.
- 4) Pengalaman, sesuatu yang pernah dialami seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat informal.
- 5) Sosial ekonomi, tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup. Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi akan menambah tingkat pengetahuan, hal ini disebabkan oleh sarana prasarana serta biaya yang dimiliki untuk mencari ilmu pengetahuan terpenuhi.

c. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui

atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan domain diatas (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Arikunto (2006) tingkat pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- | | | |
|-----------|--------------------|---------|
| 1) Baik | : Hasil presentase | 76–100% |
| 2) Cukup | : Hasil presentase | 56-75% |
| 3) Kurang | : Hasil presentase | > 56%. |

3. Stigma

a. Pengertian

Stigma berasal dari bahasa Inggris yang artinya noda atau cacat, sering juga disebut sebagai pandangan yang negatif. Stigma juga berarti pencemaran, perusakan yang memberikan pengaruh yang buruk pada penerimaan sosial seorang individu yang terkena (Dadang, 2007).

Menurut Busza (2004) secara umum stigma merujuk pada persepsi yang negatif pada suatu keadaan yang sebenarnya tidak terbukti. Stigma adalah suatu hal yang dipakai seseorang atau kelompok dalam menganggap suatu keadaan yang negatif yang kemudian akan dipakai menjadi suatu norma pada seseorang atau kelompok dalam masyarakat.

Maman dalam Leslie Butt (2010) mendefenisikan stigma sebagai perbedaan-perbedaan yang merendahkan yang secara sosial dianggap mendiskreditkan, dan dikaitkan dengan berbagai stereotip negatif. Diskriminasi sendiri merupakan aksi-aksi spesifik yang didasarkan pada berbagai stereotip negatif ini yakni aksi-aksi yang dimaksudkan untuk

mendiskredit dan merugikan orang. Dalam praktek, seseorang yang terkena stigma dianggap sebagai tantangan bagi tatangan moral (stigmatisasi), sehingga orang tersebut mesti dijatuhkan/direndahkan, atau dikucilkan (diskriminasi).

Parker dan Aggleton dalam Leslie Butt (2010) menekankan bagaimana stigma terjadi pada berbagai tingkat. Keduanya mengidentifikasi 4 (empat) tingkat utama terjadinya stigma:

- 1) Diri: berbagai mekanisme internal yang dibuat diri sendiri, yang kita sebut stigmatisasi diri.
- 2) Masyarakat: gosip, pelanggaran dan pengasingan di tingkat budaya dan masyarakat
- 3) Lembaga: perlakuan preferensial atau diskriminasi dalam lembaga-lembaga yang ada.
- 4) Struktur: lembaga-lembaga yang lebih luas seperti kemiskinan, rasisme, serta kolonialisme yang terus-menerus mendiskriminasi suatu kelompok tertentu.

Menurut Adam (2010), perhatian terhadap stigma sesuai dengan perhatian yang lebih luas tentang penyimpangan dan penamaannya. Tindakan penamaan seringkali menggerakkan proses rekonstruksi kognitif yang merusak, yang memberikan data perilaku sebuah makna yang hampa dan tidak menyenangkan, karena itu muncul kecenderungan kuat bagi reaksi stigmatisasi untuk bergerak di dalam arah stereotype yang merasionalkan atau menjelaskan pengaruh negatif yang ada. Meskipun demikian banyak

reaksi stigmatisasi pada awalnya dicirikan oleh kegelisahan yang samar-samar dan pengaruh yang tidak pada tempatnya.

b. Stigma Orang dengan HIV/AIDS

Stigma adalah label negatif yang diberikan pada orang dengan HIV/AIDS atau ODHA (Orang dengan HIV/AIDS). Ini akibat persepsi yang keliru. Gambaran negatif pada ODHA dibangun dari informasi yang tidak lengkap, tidak benar dan tidak jelas. Hukuman sosial atau stigma oleh masyarakat di berbagai belahan dunia terhadap pengidap AIDS terdapat dalam berbagai cara, antara lain tindakan-tindakan pengasingan, penolakan, diskriminasi, dan penghindaran atas orang yang diduga terinfeksi HIV; diwajibkannya uji coba HIV tanpa mendapat persetujuan terlebih dahulu atau perlindungan kerahasiaannya; dan penerapan karantina terhadap orang-orang yang terinfeksi HIV. Kekerasan atau ketakutan atas kekerasan, telah mencegah banyak orang untuk melakukan tes HIV, memeriksa bagaimana hasil tes mereka, atau berusaha untuk memperoleh perawatan; sehingga mungkin mengubah suatu sakit kronis yang dapat dikendalikan menjadi "hukuman mati" dan menjadikan meluasnya penyebaran HIV. (Humas BNN 2011)

Menurut Herek and Capitanio (2009), stigma ODHA lebih jauh dapat dibagi menjadi tiga kategori:

- 1) Stigma Instrumental ODHA yaitu refleksi ketakutan dan keprihatinan atas hal-hal yang berhubungan dengan penyakit mematikan dan menular
- 2) Stigma Simbolis ODHA yaitu penggunaan HIV/AIDS untuk mengekspresikan sikap terhadap kelompok sosial atau gaya hidup

tertentu yang dianggap berhubungan dengan penyakit tersebut. yaitu refleksi ketakutan dan keprihatinan atas hal-hal yang berhubungan dengan penyakit mematikan dan menular.

- 3) Stigma Kesopanan ODHA yaitu hukuman sosial atas orang yang berhubungan dengan isu HIV/AIDS atau orang yang positif HIV.

Stigma ODHA sering diekspresikan dalam satu atau lebih stigma, terutama yang berhubungan dengan homoseksualitas, biseksualitas, pelacuran, dan penggunaan narkoba melalui suntikan. Di banyak negara maju, terdapat penghubungan antara AIDS dengan homoseksualitas atau biseksualitas, yang berkorelasi dengan tingkat prasangka seksual yang lebih tinggi, misalnya sikap-sikap anti homoseksual. Demikian pula terdapat anggapan adanya hubungan antara AIDS dengan hubungan seksual antar laki-laki, termasuk bila hubungan terjadi antara pasangan yang belum terinfeksi.

Menurut Laila Erni Yusnita (2012) ada beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi stigma terhadap HIV/AIDS yakni HIV/AIDS adalah penyakit yang mengancam jiwa, orang-orang takut terinfeksi HIV, penyakit dihubungkan dengan perilaku yang telah terstigma dalam masyarakat, ODHA sering dianggap sebagai yang bertanggung jawab bila ada terinfeksi, nilai-nilai moral atau agama membuat orang yakin bahwa HIV/AIDS sebagai hasil dari pelanggaran moral.

Hukuman sosial bagi penderita HIV/AIDS, umumnya lebih berat bila dibandingkan dengan penderita penyakit mematikan lainnya. Kadang-

kadang hukuman sosial tersebut juga turut tertimpakan kepada petugas kesehatan atau sukarelawan, yang terlibat dalam merawat orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA).

Menurut Leslie Butt (2010) dari hasil penelitian di pegunungan Papua dengan 28 responden dari latar belakang yang beragam, para responden mengungkapkan mereka mengalami stigma dari berbagai sumber, diantaranya adalah :

- 1) Pengungkapan status mereka tanpa sepengetahuan mereka oleh orang-orang lain
- 2) Pengungkapan status mereka secara sukarela oleh orang-orang lain
- 3) Pengungkapan status mereka oleh seseorang yang berpengaruh seperti pemimpin gereja atau petugas kesehatan
- 4) Pengungkapan status mereka oleh orang tua
5. Kesalahan dalam penyediaan layanan kesehatan
- 6) Kurangnya akses ke obat-obatan ARV atau akses yang diketahui orang lain
- 7) Kurangnya pengetahuan tentang HIV, transmisi dan ARV
- 8) Diskriminasi oleh kerabat jauh dan masyarakat
- 9) Pemahaman-pemahaman budaya dan praktek-praktek seputar penyakit keras
- 10) Nilai-nilai budaya yang berkenaan dengan kematian dan menjelang kematian/sekarat:
 - a) Nilai-nilai budaya tentang pengasingan

- b) Kondisi-kondisi politik yang menyebabkan rasisme
- c) Tak adanya atau kurangnya layanan kesehatan
- d) Penundaan dalam penyediaan berbagai layanan dasar
- e) Stigmatisasi diri

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Stigma ODHA

Menurut Kesrepro (2007), beberapa faktor yang mempengaruhi stigma ODHA, yaitu:

1) Dukungan Bagi ODHA dan Keluarga

ODHA mengalami proses berduka dalam kehidupannya, sebuah proses yang seharusnya mendorong pada penerimaan terhadap kondisi mereka. Namun, masyarakat dan lembaga terkadang memberikan opini negatif serta memperlakukan ODHA dan keluarganya sebagai warga masyarakat kelas dua. Hal ini menyebabkan melemahnya kualitas hidup ODHA.

2) Tempat Layanan Kesehatan

Sering terjadi, lembaga yang diharapkan memberikan perawatan dan dukungan, pada kenyataannya merupakan tempat pertama orang mengalami stigma dan diskriminasi. Misalnya, memberikan mutu perawatan medis yang kurang baik, menolak memberikan pengobatan - seringkali sebagai akibat rasa takut tertular yang salah kaprah. Contoh dari stigma dan diskriminasi yang dihadapi ini adalah: alasan dan penjelasan kenapa seseorang tidak diterima di rumah sakit (tanpa didaftar berarti secara langsung telah ditolak), isolasi, pemberian label

nama atau metode lain yang mengidentifikasi seseorang sebagai HIV positif, pelanggaran kerahasiaan, perlakuan yang negatif dari staf, penggunaan kata-kata dan bahasa tubuh yang negatif oleh pekerja kesehatan, juga akses yang terbatas untuk fasilitas-fasilitas rumah sakit.

3) Akses untuk Perawatan

ODHA seringkali tidak menerima akses yang sama seperti masyarakat umum dan kebanyakan dari mereka juga tidak mempunyai akses untuk pengobatan ARV mengingat tingginya harga obat-obatan dan kurangnya infrastruktur medis di banyak negara berkembang untuk memberikan perawatan medis yang berkualitas. Bahkan ketika pengobatan ARV tersedia, beberapa kelompok mungkin tidak bisa mengaksesnya, misalnya karena persyaratan tentang kemampuan mereka untuk mengonsumsi sebuah zat obat, yang mungkin terjadi pada kelompok pengguna narkoba suntikan.

4) Pendidikan

Hak untuk mendapat pendidikan bagi ODHA dan kelompok lain yang rentan terkadang diremehkan melalui penolakan untuk memasukkan murid ke sekolah dan universitas, penolakan untuk mengakses fasilitas sekolah, perlakuan yang negatif dari teman sebaya dan lainnya di lingkungan sekolah, pengucilan di kelas, dan tidak adanya keinginan untuk mengajak siswa mengikuti pemeriksaan kesehatan, dll. Lebih jauh lagi, cara mengajar tanpa diskriminasi HIV/AIDS seringkali tidak masuk dalam kurikulum.

5) Sistem Peradilan

Perilaku negatif atau prasangka terhadap ODHA dapat direfleksikan dengan penolakan atau akses yang lebih sedikit untuk sistem peradilan dan penilaian menyangkut isu-isu seperti kerahasiaan status HIV dan perlindungan dalam kasus perkosaan/penganiayaan. Sistem peradilan juga dapat meningkatkan stigmatisasi, misalnya ketika kelompok yang rentan, misalnya pekerja seks dan pengguna narkoba, dianggap bersalah ketimbang diberi dukungan untuk mencegah penularan HIV.

6) Politik

Kalangan eksekutif yang tidak berbuat apa-apa di bidang HIV/AIDS dapat melegitimasi stigma dan diskriminasi, khususnya ketika sikap diskriminasi ditujukan kepada AIDS dan orang-orang di sekitarnya, ODHA atau kelompok marjinal lainnya diabaikan dalam proses penegakan hukum, dan mereka yang melakukan diskriminasi dibiarkan saja.

7) Organisasi Kepercayaan

Pada beberapa kejadian, organisasi kepercayaan turut memberikan prasangka buruk terhadap ODHA dan keluarganya. Ini secara khusus terlihat lewat perlakuan terhadap isu seksualitas, seks dan penggunaan narkoba, penggunaan alat kontrasepsi, pasangan seksual lebih dari satu, dan adanya kepercayaan bahwa HIV/AIDS adalah merupakan kutukan dari Tuhan.

8) Media

Beberapa jurnalis tidak mempunyai pengetahuan yang cukup atau informasi dasar ketika memberitakan situasi yang menyangkut kelompok rentan dan ODHA. Kesalahan informasi bisa mendorong

adanya komentar yang tidak pantas, penggunaan istilah yang negatif, sensasionalisasi pelanggaran kerahasiaan dan terus berlangsungnya perlakuan negatif terhadap ODHA dan mereka yang terkena dampaknya, seperti juga terhadap kelompok yang rentan.

9) Tempat Kerja

Kemampuan untuk membiayai hidup dan untuk dipekerjakan adalah merupakan hak dasar manusia. Issu-issu yang berhubungan dengan HIV/AIDS menyangkut pengangkatan dan pemecatan, keamanan karyawan, pemecatan yang tidak adil, asuransi kesehatan, absen dari kerja untuk tujuan kesehatan, alokasi kerja, lingkungan yang aman, gaji dan tunjangan, perlakuan atasan dan rekan kerja, skining HIV untuk semua karyawan, promosi dan pelatihan. Seringkali pemikiran di balik isu-isu terkait ini adalah adanya kepercayaan bahwa tidak ada gunanya menginvestasi uang pada seseorang yang akhirnya toh akan meninggal. Tidak adanya kebijakan perekrutan adalah kondisi rumit yang seringkali terabaikan.

d. Pengukuran Stigma terhadap Penderita HIV/AIDS

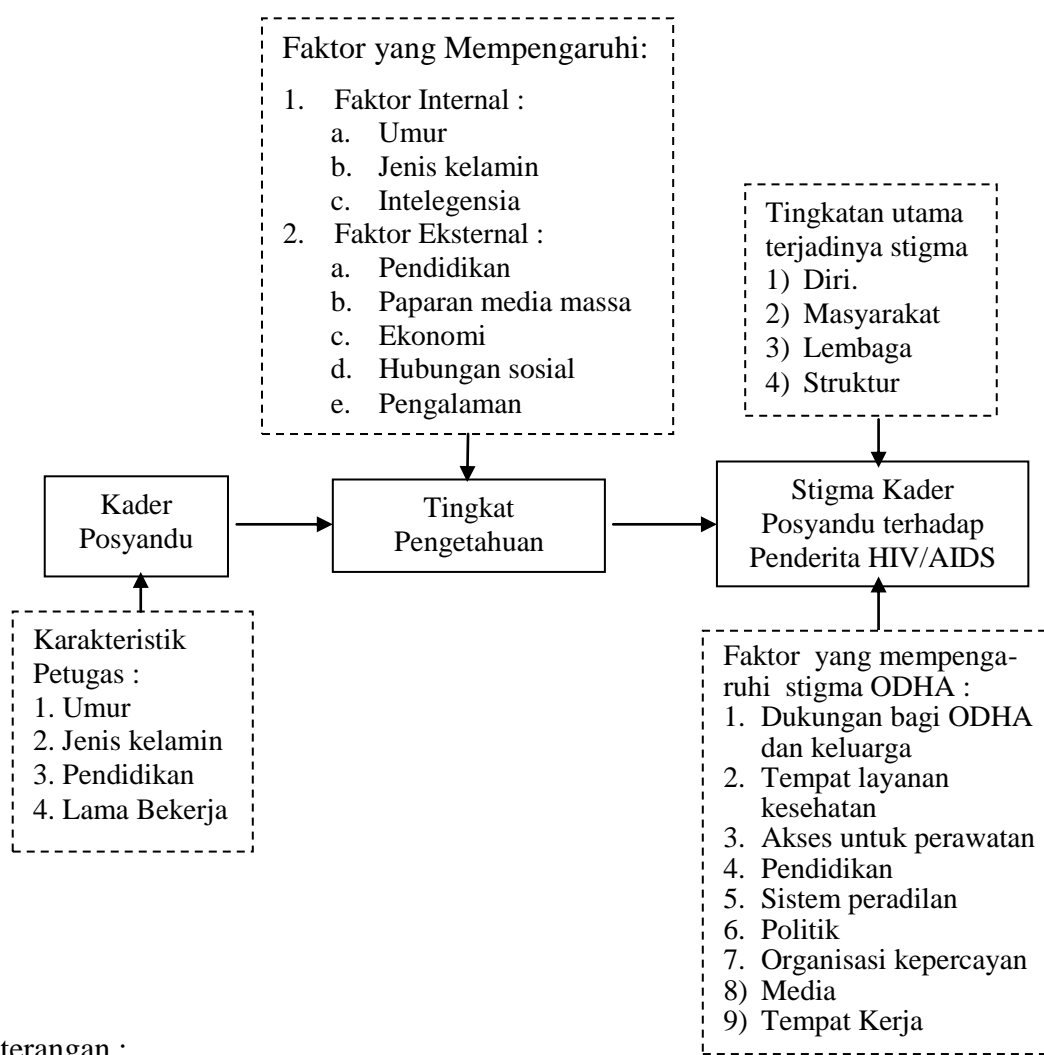
Pengukuran stigma terhadap penderita HIV/AIDS dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman stigma yang ingin diukur dapat disesuaikan dengan tingkatan domain di atas (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Wawan dan Dewi (2010) tingkat stigma seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kuantitatif, yaitu:

- 1) Baik : Hasil presentase 76–100%
- 2) Cukup : Hasil presentase 56-75%
- 3) Kurang : Hasil presentase > 56%.

C. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka di atas, maka dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut:



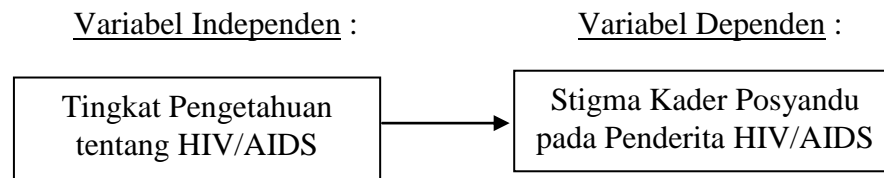
Keterangan :

- ⋯ : Yang Tidak diteliti
- : Yang Diteliti

Gambar 2. Kerangka Teori

Sumber: Departemen Pemberdayaan Perempuan (2010), Hawari (2007), Notoatmodjo (2010), Sukanto (2005) dan Kesrepro (2007)

D. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

E. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan stigma kader posyandu pada Penderita HIV/AIDS di Desa Pojok, Mojogedang Karanganyar