

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Penyuluhan Kesehatan.

2.1.1. Pengertian Penyuluhan Kesehatan.

Penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktek belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat (Efendy, 2003)

Sedangkan menurut Azwar dalam Maulana (2009), penyuluhan kesehatan adalah kegiatan yang melekat pada setiap upaya kesehatan untuk mengubah perilaku seseorang atau kelompok masyarakat agar hidup sehat melalui komunikasi, informasi dan edukasi. Jadi penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan yang dilakukan dengan menyebar pesan sehingga masyarakat mau dan dapat melakukan anjuran kesehatan.

Menurut Machfoedz (2005), penyuluhan kesehatan merupakan proses perubahan, yang bertujuan untuk mengubah individu, kelompok dan masyarakat menuju hal-hal yang positif secara terencana melalui proses belajar. Perubahan tersebut mencakup pengetahuan, sikap dan ketrampilan melalui proses pendidikan kesehatan. Pada hakikatnya dapat berupa emosi, pengetahuan, pikiran, keinginan, tindakan nyata dari individu, kelompok dan masyarakat.

Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa Penyuluhan kesehatan adalah suatu penerangan dalam bidang kesehatan yang menekankan pada suatu objek tertentu dan hasil yang diharapkan adalah suatu perubahan perilaku

individu atau sekelompok orang. Penyuluhan merupakan suatu usaha menyebarluaskan hal-hal yang baru agar masyarakat tertarik dan berminat untuk melaksanakannya dalam kehidupan mereka sehari-hari. Penyuluhan juga merupakan suatu kegiatan mendidik sesuatu kepada masyarakat, memberi pengetahuan, informasi-informasi, dan kemampuan-kemampuan agar dapat membentuk sikap dan berperilaku hidup menurut apa yang seharusnya.

2.1.2. Perencanaan Penyuluhan Kesehatan

2.1.2.1 Mengenal Masalah Kesehatan

Kegiatan yang dilakukan secara berurutan, yaitu mengenal masalah kesehatan yang akan ditunjang dengan penyuluhan, mengenal masalah kesehatan yang akan ditanggulangi oleh program, dasar pertimbangan apa yang akan digunakan untuk menentukan masalah kesehatan yang akan dipecahkan, pelajari masalah kesehatan yang mencakup pengertian, sikap dan tindakan individu, kelompok atau masyarakat (Depkes RI, 2008; Maulana, 2009).

2.1.2.2 Mengenal Masyarakat Sasaran Penyuluhan Kesehatan

Sasaran penyuluhan adalah masyarakat sehingga siapapun yang merencanakan program harus mengenal masyarakat dalam segala segi kehidupannya. Dalam perencanaan ini, variabel masyarakat yang perlu diketahui adalah jumlah penduduk, keadaan sosial dan ekonomi, pola komunikasi di masyarakat, sumber daya, pengalaman masyarakat terhadap program sebelumnya (Depkes RI, 2008: Maulana, 2009)

Dalam penyuluhan, yang dimaksud sasaran adalah individu atau kelompok yang akan diberi penyuluhan. Penentuan kelompok sasaran menyangkut pula strategi (Depkes RI, 2008: Maulana, 2009)

2.1.2.2.1 Sasaran Primer (*Primary Target*.)

Sasaran yang mempunyai masalah yang diharapkan mau berperilaku sesuai harapan dan memperoleh manfaat paling besar dari perubahan perilaku tersebut. Sasaran primer ini adalah masyarakat pada umumnya yang menjadi sasaran langsung segala upaya kesehatan. Sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (Ali, 2010; Maulana, 2009).

2.1.2.2.2 Sasaran Sekunder (*Secondary Target*).

Individu atau kelompok yang mempunyai pengaruh atau disegani oleh sasaran primer. Sasaran sekunder diharapkan mampu mendukung pesan-pesan yang disampaikan pada sasaran primer. Dinamakan sasaran sekunder karena dengan memberikan informasi kesehatan kepada kelompok, untuk selanjutnya kelompok tersebut akan memberikan informasi kesehatan yang diterima. Seperti tokoh agama, adat dan tokoh masyarakat. Upaya ini ditujukan pada sasaran sekunder sejalan dengan strategi dukungan sosial (*social support*). (Ali, 2010; Maulana, 2009).

2.1.2.2.3 Sasaran Tersier (*Tertiary Target*).

Para pengambil kebijakan, penyandang dana, pihak-pihak yang berpengaruh diberbagai tingkatan (Pusat, Provinsi, Kabupaten, Kecamatan dan Desa). Dengan adanya keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan masyarakat umum (sasaran primer). Upaya ini ditujukan pada sasaran tersier sejalan dengan strategi advokasi (*advocacy*). (Ali, 2010; Maulana, 2009)

Dari ketiga sasaran tersebut dapat disimpulkan bahwa pentingnya penyuluhan kesehatan bagi masyarakat atas, menengah maupun bawah demi tercapainya upaya kesehatan yang berkualitas.

2.1.2.3 Mengenal Wilayah Penyuluhan Kesehatan

Program dapat dilaksanakan dengan baik, jika perencanaan program mengetahui benar situasi lapangan. Hal-hal yang perlu diketahui berhubungan dengan wilayah adalah lokasinya (apakah terpencil, daerah datar atau pegunungan dan jalur transportasi umumnya), sifatnya (yaitu periode penghujan atau kemarau, daerah kering atau cukup air, daerah banjir, dan daerah perbatasan) (Depkes RI, 2008: Maulana, 2009).

2.1.2.4 Menentukan Prioritas Tema Penyuluhan Kesehatan

Prioritas tema dalam penyuluhan, sejalan dengan prioritas masalah yang ditentukan oleh program yang ditunjang. Prioritas tema penyuluhan didasarkan pada beratnya dampak dari masalah tersebut sehingga perlu diprioritaskan penanggulangannya, pertimbangan politis dan sumber daya yang ada perlu diperhatikan. (Depkes RI, 2008: Maulana, 2009).

2.1.2.5 Menentukan Tujuan Penyuluhan Kesehatan

Menurut Depkes RI (2008), tujuan penyuluhan kesehatan yaitu menciptakan kesehatan yang optimal, adanya perilaku sehat dan terciptanya pengertian, sikap, serta norma. Sedangkan menurut Maulana (2009), tujuan penyuluhan kesehatan adalah agar kelompok atau individu memperoleh konsep diri dan kepercayaan diri dalam memperbaiki perilaku saat ini atau yang akan datang. Penyuluhan bertujuan untuk meningkatkan tingkat pengetahuan kognitif khususnya ranah *Knowledge* (pengetahuan) peserta penyuluhan terhadap topik

tertentu yang menjadi bahasan penyuluhan (Hiswani, 2005). Ranah pengetahuan mencakup ingatan akan hal-hal yang pernah dipelajari dan disimpan dalam ingatan. Hal-hal ini dapat meliputi fakta, kaidah dan prinsip serta metode kegiatan yang diketahui. Pengetahuan yang disimpan dalam ingatan, digali pada saat dibutuhkan melalui bentuk ingatan (*recall*) atau mengenal kembali (*Recognition*) (Winkel, 2004)

Dari kedua tujuan tersebut dapat disimpulkan bahwa pentingnya penyuluhan kesehatan bagi kita semua khususnya masyarakat yang belum tahu akan pentingnya kesehatan agar dapat terciptanya kesehatan yang optimal serta perilaku sehat dalam diri kepercayaan masing-masing individu.

2.1.2.6 Menentukan Isi Penyuluhan Kesehatan

Isi penyuluhan harus dituangkan dalam bahasa yang mudah dipahami oleh sasaran, dapat dilaksanakan oleh sasaran dengan sarana yang mereka miliki atau terjangkau oleh sasaran. Dalam menyusun isi penyuluhan harus dikemukakan keuntungan jika sasaran melaksanakan apa yang dianjurkan dalam penyuluhan tersebut (Depkes RI, 2008; Maulana, 2009).

2.1.2.7 Menentukan Metode Penyuluhan Kesehatan.

Di tahap ini, penyuluh menentukan cara-cara penyampaian pesan-pesan tersebut pada sasaran agar tujuan tercapai. Metode atau cara tergantung pada aspek atau tujuan apa yang akan dicapai (Depkes RI, 2008; Maulana; 2009)

Secara garis besar metode dibagi menjadi dua yaitu :

2.1.2.7.1 Metode Didaktik.

Metode ini didasarkan atau dilakukan secara satu arah atau *one way method*. Tingkat keberhasilan metode ini sulit dievaluasi karena peserta didik

bersifat pasif dan hanya pendidik yang aktif. Seperti ceramah, film, *leaflet*, *buklet*, poster dan siaran radio (Maulana, 2009).

2.1.2.7.2 Metode Sokatrik.

Metode ini dilakukan secara dua arah atau *two ways method*. Dengan metode ini memungkinkan untuk pendidik dan peserta didik bersikap aktif dan kreatif. Seperti diskusi kelompok, debat, panel, seminar dan demonstrasi (Maulana, 2009).

2.1.2.8. Memilih Media atau Alat Bantu Penyuluhan Kesehatan

Setelah menentukan metode penyuluhan, selanjutnya tentukan media apa yang akan digunakan untuk menunjang pendekatan, misalnya poster, *leaflet* atau media lain menurut (Notoatmodjo, 2003) bahwa keberhasilan dari penyuluhan pada suatu kelompok dapat terjadi karena penggunaan alat bantu *audio visual* semaksimal mungkin.

Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3 yakni (Depkes RI, 2008; Maulana, 2009) :

2.1.2.8.1 Media Cetak.

Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Yang termasuk dalam media ini adalah booklet, *leaflet*, flyer (selebaran), flip chart (lembar balik), rubric atau tulisan pada surat kabar atau majalah, poster, foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Ada beberapa kelebihan media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa kemana-mana, tidak perlu listrik, mempermudah pemahaman dan dapat

meningkatkan gairah belajar. Media cetak memiliki kelemahan yaitu tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara dan mudah terlipat.

2.1.2.8.2 Media Elektronik.

Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dan penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Yang termasuk dalam media ini adalah televisi, radio, video film, cassette, CD, VCD. Seperti halnya media cetak, media elektronik ini memiliki kelebihan antara lain lebih mudah dipahami, lebih menarik, sudah dikenal masyarakat, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

2.1.2.8.3 Media Luar Ruang.

Media menyampaikan pesannya di luar ruang, bisa melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar. Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajian dapat dikendalikan dan jangkauannya relatif besar. Kelemahan dari media ini adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu alat canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

Media penyuluhan kesehatan yang baik adalah media yang mampu memberikan informasi atau pesan-pesan kesehatan yang sesuai dengan tingkat penerimaan sasaran, sehingga sasaran mau dan mampu untuk mengubah perilaku sesuai dengan pesan yang disampaikan.

Alat bantu berdasarkan pembuatannya dapat dibedakan menjadi dua yaitu

1) Alat Bantu *Complicated* (Rumit).

Alat bantu ini seperti film, slide dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor (Suliha, 2002).

2) Alat Bantu Sederhana.

Alat bantu ini merupakan alat bantu yang mudah dibuat sendiri, dengan bahan-bahan setempat yang mudah diperoleh seperti leaflet, model buku bergambar, poster, spanduk, boneka wayang (Suliha, 2002).

2.1.2.9 Membuat Jadwal Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan

Setelah pokok kegiatan penyuluhan kegiatan ditentukan, termasuk waktu, tempat dan pelaksanaannya, maka penyuluh membuat jadwal pelaksanaan yang dicantumkan dalam suatu daftar (Depkes RI, 2008; Maulana, 2009).

2.1.3 Kelebihan dan Kekurangan Masing-masing Metode Penyuluhan Kesehatan

2.1.3.1 Kunjungan Rumah

Kunjungan rumah adalah suatu hubungan langsung antara penyuluh dengan masyarakat sasaran dan keluarganya di rumah ataupun ditempat biasa mereka berkumpul. Biasanya kegiatan ini disebut anjang sono, anjang karya, dsb. Cara melakukannya dengan memperhatikan hal-hal seperti berikut : Ada

maksud dan tujuan tertentu, tepat waktunya dan tidak membuang-buang waktu, rencanakan beberapa kunjungan berurutan untuk menghemat waktu, kunjungi pula sasaran yang jauh dan terpencil, metode ini untuk memperkuat metode-metode lainnya atau bila metode-metode lainnya tidak mungkin dilakukan

Kelebihan metode ini adalah mendapat keterangan langsung perihal masalah-masalah kesehatan, membina persahabatan, tumbuhnya kepercayaan pada penyuluh bila anjuran-anjurannya diterima, menemukan tokoh-tokoh masyarakat yang lebih baik, rintangan-rintangan antara penyuluh dengan keluarga sasaran menjadi kurang, mencapai juga petani yang terpencil yang terlewat oleh metode lainnya dan tingkat pengadopsian terhadap perilaku kesehatan yang baru lebih tinggi.

Kekurangannya adalah jumlah kunjungan yang mungkin dilakukan adalah terbatas, Kunjungan-kunjungan yang cocok bagi keluarga sasaran dan penyuluh adalah terbatas sekali, Kunjungan yang terlalu sering pada satu keluarga sasaran akan menimbulkan prasangka pada keluarga lainnya.

2.1.3.2 Pertemuan Umum.

Pertemuan umum adalah suatu pertemuan dengan peserta campuran dimana disampaikan beberapa informasi tertentu tentang kesehatan untuk dilaksanakan oleh masyarakat sasaran. Cara melakukannya dengan perencanaan dan persiapan yang baik, seperti : Rundingkan dahulu dengan orang-orang yang terkait, Konsultasi dengan tokoh-tokoh setempat dan buatlah agenda acara sementara, Jaminan kedatangan para nara sumber lainnya (bila diperlukan) dan Usahakan ikut sertanya semua golongan di tempat itu.

Kelebihan metode ini adalah banyak orang yang dicapai, Menjadi tahap persiapan untuk metode lainnya, Perkenalan pribadi dapat ditingkatkan, Segala

macam topik/judul dapat diajukan dan adopsi suatu anjuran secara murah/sedikit biaya. Pertemuan umum merupakan metode yang baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah (Notoatmodjo,2003).

Kekurangannya tempat dan sarana pertemuan tidak selalu cukup, waktu untuk diskusi biasanya terbatas sekali, pembahasan topik sedikit lebih sulit karena peserta yang hadir adalah campuran, kejadian-kejadian di luar kekuasaan seperti cuaca buruk, dsb dapat mengurangi jumlah kehadiran.

2.1.3.3 Pertemuan Diskusi (Kelompok Diskusi Terfokus)

Pertemuan diskusi adalah untuk kelompok yang lebih kecil atau lebih sedikit pesertanya yaitu berkisar 12-15 orang saja. Harus ada partisipasi yang baik dari peserta yang hadir. Biasanya dipergunakan untuk menjelaskan suatu informasi yang lebih rinci dan mendetail serta pertukaran pendapat mengenai perubahan perilaku kesehatan. Keberhasilan

Kelebihannya semua peserta aktif dalam jalanya diskusi sehingga memberikan informasi yang cukup untuk menyelesaikan masalah.

Kekurangannya adanya kelompok atau seseorang yang mendominasi jalanya diskusi.

2.1.3.4 Demonstrasi Cara atau Percontohan

Demonstrasi adalah memperlihatkan secara singkat kepada suatu kelompok bagaimana melakukan suatu perilaku kesehatan baru. Metode ini lebih menekankan pada bagaimana cara melakukannya suatu perilaku kesehatan. Kegiatan ini bukanlah suatu percobaan atau pengujian, tetapi sebuah usaha pendidikan. Tujuannya adalah untuk meyakinkan orang-orang bahwa sesuatu

perilaku kesehatan tertentu yang dianjurkan itu adalah berguna dan praktis sekali bagi masyarakat. Demonstrasi ini mengajarkan suatu ketrampilan yang baru.

Cara melakukannya dengan segala perencanaan dan persiapan yang diperlukan, seperti :datang jauh sebelum kegiatan di mulai untuk memeriksa peralatan dan bahan yang diperlukan, mengatur tempat sebaik mungkin sehingga semua peserta dapat melihatnya dan ikut dalam diskusi, demonstrasi dilakukan tahap demi tahap sambil membangkitkan keinginan peserta untuk bertanya-tanya, berikan kesempatan pada wakil peserta untuk mencoba ketrampilan perilaku yang baru, berikan selebaran yang cepat (brosur, dll) yang bersangkutan dengan demostrasi itu.

Kelebihan metode ini cara mengajar ketrampilan yang efektif, merangsang kegiatan, menumbuhkan kepercayaan pada diri sendiri.

Kekurangan memerlukan banyak persiapan peralatan dan ketrampilan, merugikan bila demonstrasi dilaksanakan dengan kualitas yang buruk.

2.2 HIV/AIDS

2.2.1 Pengertian HIV/AIDS

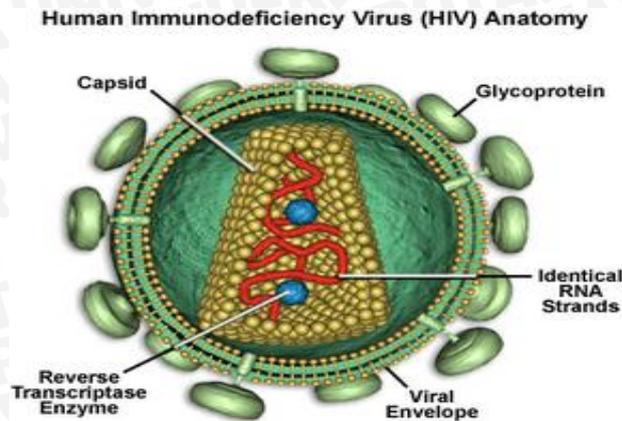
Human Immunodeficiency Virus atau HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan kemudian menimbulkan AIDS (*Aquired Imuno Deficiency Syndrome*). HIV termasuk dalam Lentivirus, grup Retroviridae. Virus grup ini memiliki karakteristik masa hidup yang persisten dalam tubuh hostnya dan, setelah serokonversi, muncul fase asimtomatik yang panjang sebelum kemunculan gejala klinis. Virus ini menyerang dan merusak sel-sel limfosit T-CD4⁺ sehingga kekebalan penderita rusak dan rentan terhadap berbagai infeksi (Brooks et al, 2005).

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan sindrom yang disebabkan oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang ditandai dengan gejala menurunnya sistem kekebalan tubuh. Dengan demikian, AIDS dapat dikatakan suatu kumpulan tanda atau gejala yang terjadi akibat adanya penurunan daya kekebalan tubuh penderita akibat tertular atau terinfeksi HIV (Djoerban dan Djauzi, 2006). Penyebab paling sering dari morbiditas dan mortalitas di antara pasien dengan infeksi HIV stadium lambat adalah infeksi oportunistik, yaitu infeksi berat yang ditimbulkan oleh penyebab yang jarang menimbulkan penyakit serius pada orang dengan fungsi imun yang baik (Jawetz, 2001).

2.2.2. Penyebab HIV/AIDS

Etiologi dari AIDS adalah HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang mana HIV merupakan sejenis retrovirus yang termasuk golongan virus RNA yaitu retrovirus yang menggunakan RNA sebagai molekul pembawa informasi genetik.

Virus HIV pertama kali ditemukan pada Januari 1983 oleh Luc Montagnier di Perancis pada seorang pasien limfadenopati. Oleh karena itu kemudian dinamakan LA (*Lymph adenopathy Virus*). Kemudian pada bulan Maret 1984, Robert Gallo di Amerika Serikat menemukan virus serupa pada penderita AIDS yang kemudian disebut HTLV-III. Pada bulan Mei 1986 Komisi Taksonomi Internasional memberi nama baru HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang sampai saat ini resmi digunakan.



Gambar 2.1 : Anatomi Virus HIV.

<http://nisfuldahriyani.blogspot.com/2012/06/virus.html>.

Sebagai retrovirus HIV memiliki sifat khas karena memiliki enzim *reverse transcriptase*, yaitu enzim yang memungkinkan virus mengubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA kedalam bentuk DNA yang kemudian diintegrasikan ke dalam bentuk informasi genetic sel limfosit yang diserang. Dengan demikian HIV dapat memanfaatkan mekanisme sel limfosit untuk mengkopi dirinya menjadi virus baru yang memiliki ciri-ciri HIV.

HIV dapat ditemukan dan diisolasi dari sel limfosit T, limfosit B, sel makrofag (di otak dan paru-paru) dan berbagai cairan tubuh. Akan tetapi sampai saat ini hanya darah dan air mani yang jelas terbukti sebagai sumber penularan serta ASI yang mampu menularkan HIV dari ibu ke bayinya.

Dengan analisis sekuens genetik dikenal 8 (delapan) varian utama HIV, yaitu sbtype A,B,C,D,E,F,G dan H. Kemudian ditemukan subtype O yang pertama kali ditemukan di kamerun, afrika. Kemudian ditemukan sub tipe J yang ditemukan pada tahun 1997, dan berakhir subtype N pada tahun 1998. Sub tipe ini terutama penting untuk diketahui sebarannya di dunia dan dinilai sifat dan perilaku virus, misalnya dalam hal kemungkinan menimbulkan resistensi obat

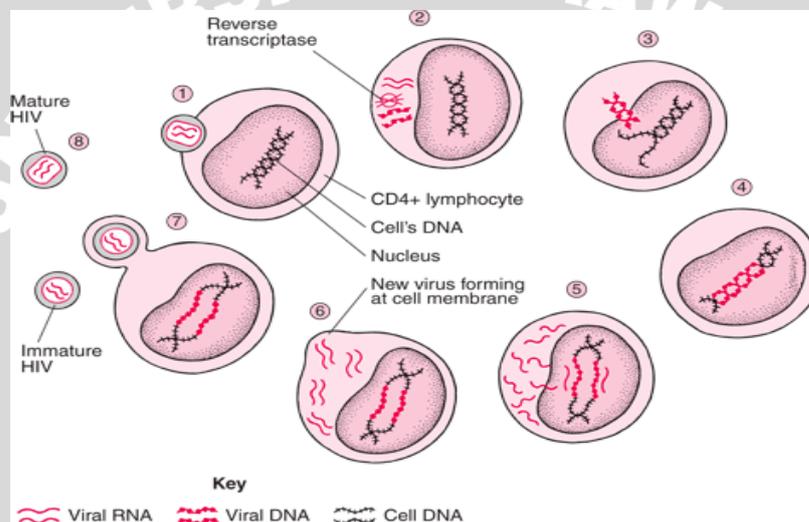
dan kemampuan deteksi *reagens* tes antibodi HIV. Di Thailand misalnya sub tipe B dan E mendominasi infeksi baru HIV pada pengguna narkoba suntikan. Saat ini sub tipe A sampai H dapat dideteksi dengan *reagens* yang biasa digunakan. Namun hanya kurang lebih 50% *reagens* tersebut mampu mendeteksi sub tipe O. Oleh karena itu di daerah dimana prevalensi sub tipe O cukup tinggi seperti kamerun (prevalensi 10%) strategi untuk tes HIV perlu dikaji ulang. (Peeters M, 2001)

Sistem imun manusia adalah sangat kompleks dan memiliki kaitan yang rumit antara berbagai jaringan sel dalam tubuh. Kerusakan pada salah satu komponen sistem imun akan mempengaruhi sistem imun secara keseluruhan terutama apabila komponen tersebut adalah komponen yang menentukan fungsi-fungsi komponen sistem lainnya. Pada AIDS komponen yang diserang adalah limfosit T helper yang memiliki reseptor CD4⁺ di permukaannya. Terdapat banyak fungsi penting limfosit T helper, antara lain menghasilkan zat kimia yang berperan sebagai perangsang pertumbuhan dan pembentukan sel-sel lain dalam sistem imun dan pembentukan antibodi. Oleh karena itu pada penderita AIDS terdapat kelainan pada fungsi limfosit T, B, monosit, makrofag dan sebagainya.

Sedangkan menurut James chin (2006) terdapat dua tipe HIV yaitu tipe 1 (HIV1) dan tipe 2 (HIV 2). Virus-virus ini secara serologis dan geografis relatif berbeda, tetapi mempunyai ciri epidemiologi yang sama. Patogenesis dari HIV-2 lebih rendah daripada HIV-1. Kedua virus ini juga memiliki ciri fenotipe dan genotype yang berbeda yang mana perjalanan penyakitnya lebih lambat dan penularan dari ibu ke anak lebih rendah pada HIV-2.

2.2.3. Perjalanan Penyakit HIV/AIDS.

Perjalanan alamiah infeksi HIV dibagi dalam tahapan sebagai berikut : infeksi virus akan menjadi sindrom retroviral akut dalam (2-3 minggu), kemudian gejala akan menghilang + serokonversi dalam (2-3 minggu), kemudian akan menjadi infeksi kronis asimtomatik (rata-rata 8 tahun, dinegara berkembang lebih pendek), kemudian berubah menjadi infeksi HIV/AIDS simptomatik (rata-rata 1,3 tahun), dan diakhiri dengan kematian.



Gambar 2.3 : Perjalanan Virus HIV.

<http://try2copy.blogspot.com/2011/01/hivaid.html>.

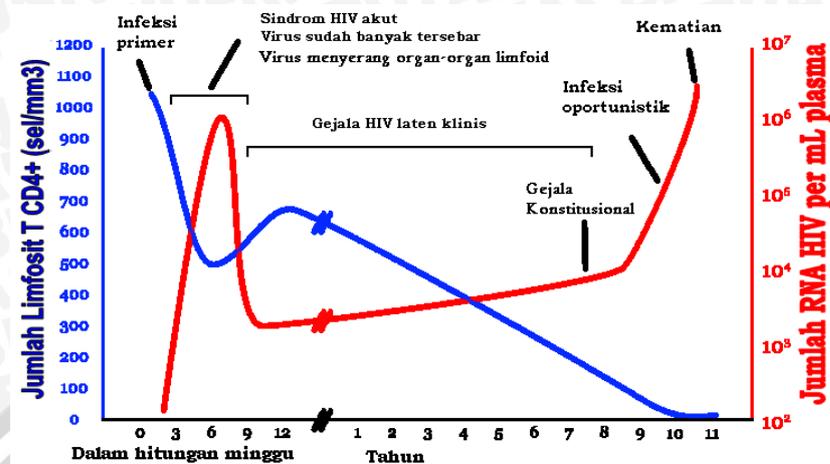
Ketika virus masuk kedalam tubuh virus tersebut mencari sel CD4⁺ dan kemudian:

1. Masuk kedalam CD4⁺ dan mulai menggandakan dirinya.
2. Sel-sel ini akhirnya memecah belah, dan virus-virus baru masuk kedalam darah.
3. Kemudian mencari sel CD4⁺ baru dan mengulangi proses tersebut.
4. Sel-sel lain dari sistem kekebalan tubuh melawan dan mencari sel CD4⁺ yang terinfeksi dengan HIV dan menghancurkannya.

5. Setelah melewati beberapa waktu, banyak sel-sel CD4⁺ dihancurkan sehingga sistem kekebalan tidak lagi dapat melindungi tubuh dari infeksi dan penyakit yang lain.

Kejadian awal yang muncul setelah infeksi HIV disebut sindrom retroviral akut diikuti oleh penurunan CD4⁺ dan peningkatan kadar RNA-HIV dalam plasma (*viral load*). Hitung CD4⁺ secara perlahan akan menurun dalam waktu beberapa tahun dengan laju penurunan CD4⁺ yang lebih cepat pada 1,5 - 2,5 tahun sebelum infeksi, *viral load* secara perlahan meningkat. Pada fase akhir penyakit akan ditemukan hitung sel CD4⁺ < 200/mm³, diikuti timbulnya infeksi oportunistik, munculnya kanker tertentu, berat badan menurun cepat dan munculnya komplikasi neurologis. Pada pasien tanpa pengobatan ARV rata-rata kemampuan bertahan setelah CD4⁺ < 200/mm³ adalah 3,7 tahun.

Pada masa infeksi primer akut ini terjadi suatu periode yang disebut periode jendela (*window period*), yaitu jangka waktu di masa hasil uji masih negatif padahal sebetulnya infeksi sudah terjadi. Periode tersebut virus sudah ada dalam tubuh tetapi tubuh kita belum memberikan reaksi, sehingga tidak dijumpai antibodi. Setelah seorang penderita terinfeksi oleh HIV, maka tubuh akan mengeluarkan antibody spesifik. Diperlukan waktu sampai 12 minggu sebelum virus mencapai kadar cukup banyak sehingga dapat dideteksi oleh uji antibody HIV. Sebelum kadar virus mencapai kadar yang dapat dideteksi, uji HIV akan terus memberikan hasil negatif. Dengan kata lain, seseorang yang baru saja terinfeksi HIV akan memiliki hasil pengujian negatif padahal ia sebetulnya bisa menularkan virus itu ke orang lain. Pada periode ini sangat infeksius dan tidak terdeteksi.



Grafik hubungan antara jumlah HIV dan jumlah CD4⁺ pada rata-rata infeksi HIV yang tidak ditangani. Keadaan penyakit dapat bervariasi tiap orang.

- jumlah limfosit T CD4⁺ (sel/mm³).
- jumlah RNA HIV per mL plasma.

Gambar 2.4.: Grafik hubungan jumlah RNA Virus HIV dan CD4⁺
<http://id.wikipedia.org/wiki/HIV>.

2.2.4 Tanda dan Gejala HIV/AIDS.

Ketika kita terkena Virus HIV kita tidak langsung terkena AIDS. Untuk menjadi AIDS dibutuhkan waktu yang lama, yaitu 5-10 tahun untuk dapat menjadi AIDS yang mematikan. Biasanya, selama tahun-tahun ini tidak ada gejala khusus pada orang-orang yang terinfeksi oleh HIV. Setelah itu, AIDS mulai berkembang dan menunjukkan tanda-tanda atau gejala-gejala seperti berikut :

1. Kehilangan berat badan secara drastis.
2. Diare yang berkelanjutan.
3. Pembengkakan pada leher dan/atau ketiak.
4. Batuk terus menerus.

Menurut CDC, Amerika Serikat klasifikasi Klinis AIDS pada remaja dan dewasa adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Kategori Klinis Infeksi HIV/AIDS.

CD4		Kategori Klinis		
Total	%	A (Asimtomatik)	B (Simtomatik)	C (AIDS)
≥ 500/ml	≥ 29%	A1	B1	C1
200 – 499	14 – 28%	A2	B2	C2
< 200	<14%	A3	B3	C3

Keterangan:

1. Kategori Klinis A meliputi infeksi HIV tanpa gejala (asimtomatik), Limfadenopati generalisata yang menetap (PGL) dan infeksi akut primer dengan penyakit penyerta atau adanya riwayat infeksi HIV akut.
2. Kategori Klinis B terdiri atas kondisi dengan gejala (simtomatis) pada remaja atau orang dewasa yang terinfeksi HIV yang tidak termasuk dalam kategori C dan memenuhi paling kurang satu dari beberapa kriteria berikut:
 - a. Keadaan yang dihubungkan dengan infeksi HIV atau adanya kerusakan kekebalan yang diperantarakan sel (*Cell mediated immunity*) atau.
 - b. Kondisi yang dianggap oleh dokter telah memerlukan penanganan klinis atau membutuhkan penatalaksanaan akibat komplikasi infeksi HIV.

Contoh berikut ini adalah termasuk dalam kategori tersebut akan tetapi tidak terbatas pada contoh ini saja:

- 1) Angiomatosis basilari.
- 2) Kandidiasis orofaringeal.
- 3) Kandidiasis vulvovaginal.

- 4) Dipslasia leher rahim.
 - 5) Demam 38,5 °C atau diare lebih dari satu bulan.
 - 6) *Oral Hairy* leukoplakia.
 - 7) Herpes zoster
 - 8) Purpura idiopatik trombositopenik
 - 9) Listeriosis.
 - 10) Penyakit radang panggul
 - 11) Neuropati perifer
3. Kategori Klinis C meliputi gejala yang ditemukan pada pasien AIDS misalnya:
- 1) Kandidiasis bronki, trakea dan paru
 - 2) Kandidiasis esophagus
 - 3) Kanker leher rahim invasive
 - 4) Coccidiomycosis menyebar atau di paru dan lain-lain.

Menurut WHO, klasifikasi klinis infeksi HIV pada orang dewasa (WHO, 2009) adalah seperti berikut ini :

Tabel 2.2 Klasifikasi Klinis Infeksi HIV pada Orang Dewasa.

Stadium	Gambaran Klinis	Skala Aktivitas
I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asimtomatik 2. Limfadenopati generalisata 	Asimtomatik, aktivitas normal.
II	<ol style="list-style-type: none"> 3. Berat badan menurun < 10% 4. Kelainan kulit dan mukosa seperti, dermatitis seboroik, prurigo, onikomikosis, ulkus oral yang rekuren, kheilitis angularis. 5. Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir. 	Simptomatik, aktivitas normal.

	6. Infeksi saluran napas bagian atas seperti, sinusitis bakterialis.	
III	7. Berat badan menurun > 10% 8. Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan. 9. Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan. 10. Kandidiasis orofaringeal 11. <i>Oral Hairy</i> leukoplakia 12. TB paru dalam tahun terakhir 13. Infeksi bacterial yang berat seperti pneumonia, piomiositis.	Pada umumnya lemah, aktivitas di tempat tidur kurang dari 50%
IV	14. HIV wasting syndrome seperti yang didefinisikan oleh CDC 15. Pneumonia pneumocytis carinii. 16. Toksoplasmosis otak. 17. Diare kriptosporidiosis lebih dari 1 bulan. 18. Kriptokokosis ekstrapulmonal 19. Retinitis virus sitomegalo. 20. Herpes simpleks mukokutan > 1 bulan 21. <i>Leukoensefalopati multifokal progresif</i> 22. Mikosis diseminata seperti histoplasmosis. 23. Kandidiasis di esophagus, trakea, bronkus dan paru. 24. Mikobakteriosis atipikal diseminata 25. Septisemia salmonelosis non typhoid 26. Tuberculosis di luar paru. 27. Limfoma 28. Sarkoma kaposi 29. Ensefalopati HIV.	Pada umumnya sangat lemah, aktivitas di tempat tidur lebih dari 50%

Dari riwayat perjalanan penyakit HIV-AIDS telah diketahui bahwa tanpa ART seorang pasien HIV-AIDS akan mengalami periode gejala yang lamanya tergantung dari jumlah CD4⁺ atau status imunitasnya. Setelah itu akan timbul berbagai kelainan dan OI yang banyak diantaranya kurang dikenal oleh petugas kesehatan. Untuk menggambarkan berbagai kelainan dan OI yang terjadi pada ODHA berikut adalah 27 contoh kasus dan penjelasannya yang seluruhnya dikutip dari kumpulan slide dalam: *Clinical Aspects of HIV-AIDS, WHO-Regional Office for South East Asia, New Delhi, 2002* dikutip dari *Vithayasai, P, Vithayasai, V: Atlas of HIV infection, Second Edition, Support The Children Foundation, Bangkok, 1994.*

1. *HIV wasting syndrome*: keadaan ini ditandai dengan penurunan berat badan lebih dari 10% sehingga pada keadaan yang berat ODHA akan tampak kurus kering. Di Afrika dikenal sebagai *Slim Disease* (penyakit kurus).
2. *TB Miliaris*: pada populasi dengan angka kejadian TB tinggi seperti di Indonesia, ODHA akan sering mengalami infeksi Oportunistik oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Foto rontgen pada slide 2 menggambarkan TB miliaris dengan pola retikulonodular yang menunjukkan penyebaran OI hematogen. Gambaran rontgen seperti itu juga dijumpai pada TB dengan infeksi jamur sistemik.
3. *Pneumocystis Carinii Pneumonia (PCP)*: Di beberapa bagian dunia PCP adalah OI yang paling sering dijumpai. Akan tetapi PCP lebih jarang dijumpai di negara berkembang dimana infeksi TB dan jamur lebih menonjol. Foto rontgen ini menunjukkan gambaran lesi difus bilateral. Dalam berbagai tahap perkembangan penyakit PCP suatu infiltrat retikulonodular difus bilateral dapat ditemukan disertai gejala klinis batuk tidak berdahak, sesak nafas,

pernafasan cepat, kadar oksigen dalam darah menurun, asidosis respiratorik, dan demam.

4. *Nokardiosis*: adalah OI yang jarang terjadi pada AIDS dan disebabkan oleh mikroorganisme gram positif menyerupai jamur yang disebut *Nocardia*. Foto rontgen menunjukkan bayangan yang cukup tebal dengan kavitas di lobus kanan bawah paru. Gambaran radiografik bervariasi dengan infiltrat, kavitas dan nodul berbagai ukuran. Emphyema terdapat pada sepertiga kasus Nokardiosis.
5. *Sarkoma Kaposi*: sarkoma ini dapat mengenai kulit, lidah maupun selaput lendir dan viscera. Lesi berwarna keunguan, bersifat radiosensitif, komplikasi ini sering dijumpai pada AIDS stadium lanjut dan menyerang kulit prognosisnya relatif lebih daripada yang menyerang viscera, atau kombinasi kulit dan viscera. Hanya sarkoma kaposi dan Limfoma non-Hodkin yang merupakan dua kanker yang secara nyata dikaitkan dengan AIDS dan masuk dalam kriteria kasus untuk surveilans AIDS oleh CDC, Amerika Serikat.
6. *Limfoma non-Hodkin*: gambar ini menunjukkan pembesaran kelenjar limfe pada daerah inguinal kanan disertai emfedeema kaki kanan. Limfoma non-Hodkin terdapat pada 5% kasus AIDS dan diagnosis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan PA.
7. *Herpes Zooster pada ODHA yang berkulit terang*: gambar ini menunjukkan Herpes Zoster pada punggung kanan atas dan leher pada seseorang yang berkulit terang. Meskipun merupakan tanda klinis pertama adanya imunodefisiensi, yang menarik adalah gambaran klinis herpes zoster pada AIDS tidaklah seberat herpes zoster pada penyakit defisiensi imun yang lain.

Herpes zoster terdapat pada 10-20% kasus HIV, kambuh terdapat pada 20-30% kasus.

8. *Herpes Zooster pada ODHA yang berkulit gelap*: kemunculan kembali herpes zoster tampak pada distribusi dermatom saraf tepi di daerah pantat penderita infeksi HIV ini. Kelainan kulit terdiri atas vesikel dengan perlukaan, yang kemudian sembuh tetapi dengan jaringan parut yang menetap.
9. *Herpes simpleks di lidah*: gambar menunjukkan ulkus/ perlukaan yang tidak begitu dalam dan multiple pada lidah akibat herpes simpleks.
10. *Stomatitis pada sudut mulut*: foto menunjukkan angular kheilosis suatu radang pada sudut mulut karena infeksi kandida. Kandidiasis merupakan infeksi jamur superfisial yang paling sering pada ODHA. Hampir semua ODHA pernah mengalami kandidiasis selama masa sakitnya. Seringkali terjadi pada awal penurunan CD4 atau penurunan imunitas.
11. *Kandidiasis orofaring*: infeksi kandida pada permukaan mukosa rongga mulut pada gambar ini, umumnya tampak sebagai selaput putih dan mengeluarkan eksudat berwarna kekuningan pada lidah dan daerah posterior orofaring.
12. *Kandidiasis esophagus (endoskopi)*: pemeriksaan endoskopi ini menggambarkan pseudomembran yang tebal pada mukosa esophagus dan menyebabkan disfagia (kesulitan menelan) atau odinofagia (nyeri pada waktu menelan).
13. *Dermatitis seboroik*: suatu kelainan kulit di sekitar mulut dan lekukan nasolabial berwarna merah, eritematus dan menyerupai dermatitis. Kelainan ini dapat meluas ke seluruh kepala atau kadang-kadang seluruh tubuh. Sangat gatal dan kadang bernanah. Sulit dibedakan dengan psoriasis. Sering

dijumpai pada ODHA dan semakin berat bila keadaan immunosupresi semakin berat.

14. *Sindrom Stevens Johnson*: gambar menunjukkan sindrom stevens johnson pada ODHA yang alergi ko-trimoksol. Di samping erosi mukosa juga terdapat purpuric macule, demam dan kelemahan umum juga terjadi pada pasien ini.
15. *Oral hairy leukoplakia*: keadaan ini terdapat pada 25% ODHA dan disebabkan oleh virus Epstein Barr. Berupa lesi putih pada bagian lateral lidah dan kadang-kadang meluas ke sekitarnya. Karena mirip bentuknya seringkali disalah tafsirkan sebagai kandidiasis. Perbedaannya adalah kelainan ini tidak dapat dihilangkan dengan mengeroknya, *oral hairy leukoplakia* dapat sembuh spontan pada 25- 50% kasus.
16. *Limfadenopati TB*: foto menunjukkan pembesaran kelenjar limfe leher dan diagnosis TB telah ditegakkan. Kelainan ini adalah kelainan TB di luar paru yang paling sering ditemukan pada ODHA.
17. *Sifilis*: luka (ulkus mole) pada batang penis karena sifilis. Biasanya sifilis disertai limfadenopati unilateral atau menyeluruh. Perlu tes serologis untuk membuktikannya dan sifilis pada ODHA cepat berkembang menjadi neurosifilis.
18. *Herpes simpleks di tepi anus*: herpes simpleks mulai muncul bila CD4 menurun. Sering terdapat di daerah genital dan perianal. Kelainan kulit berwarna kemerahan, sangat nyeri dan cenderung berulang. Bila ODHA menderita lesi perianal, yang nyeri dan sulit sembuh harus selalu dipikirkan diagnosis herpes simpleks.

19. *Penisiliosis*: gambar ini menunjukkan lesi papulonekrotik pada wajah ODHA tampak pula lesi papular dengan lekukan di tengahnya (*umbilicated*). Infeksi disebabkan oleh jamur penisilin marnefei. Lesi ini biasanya disertai demam, hepatosplenomegali, limfadenopati menyeluruh, anemia, trombositopenia.
20. *Psoriasis*: kelainan ditandai oleh plak kemerahan dikitari oleh sisik keperakan dalam berbagai ukuran. Psoriasis dapat sangat berat pada ODHA dan sulit diobati.
21. *Toksoplasmosis cerebral (gambaran CT-Scan)*: tampak lesi fokal dengan zat kontras menunjukkan dinding kista. Tampak pula edema serebri di sekitarnya. Lesi umumnya berukuran < 2 cm. Dengan pemeriksaan yang lebih canggih *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* biasanya akan tampak lesi multiple. Gejala penyakit ini adalah pusing, demam, kejang, dan tanda neurologis fokal. Biasanya seropositif dan tidak menunjukkan peningkatan titer antibodi.
22. *HIV Ensefalopati (CT-Scan)*: tampak atrofi cerebral, pelebaran ventrikel dan hipodensitas substansi putih. Kelainan ini menimbulkan demensia.
23. *CMV Retinitis*: gambar ini menunjukkan retina penderita AIDS. Tampak daerah glanuler berwarna keputihan dengan eksudat dan perdarahan perivaskuler. Gambaran ini sering disebut: *Cottage chese with tomato sauce*. Pasien mengeluh pandangan buram, ada titik yang mengambang di depan matanya atau merasa ada selaput yang menghalangi penglihatannya. Kelainan ini adalah kelainan mata yang paling sering pada ODHA stadium lanjut. Terjadi bila CD4 sangat rendah. Tanpa pengobatan akan timbul kebutaan dalam beberapa minggu.

24. *Histoplasmosis*: Histoplasmosis juga merupakan komplikasi lanjut AIDS. Disebabkan oleh infeksi *Histoplasmosis capsulatum* di paru. Kurang lebih 7% pasien akan mengalami kelainan kulit terdiri atas ruam makulopapular, ulkus di mulut atau kulit dan lesi nodular.
25. *Scabies*: scabies (gudig, kudis) berkrusta merupakan OI yang sering menyerang ODHA. Disebabkan oleh kutu *sarcoptes scabiei*, penyakit ini menghasilkan lesi kemerahan, sangat gatal, semula muncul dalam bentuk ruam macular yang sering dikira sebagai ruam karena alergi obat. Kemudian diikuti oleh plak hiperkeratosis. Seringkali terjadi bakterimia karena infeksi sekunder.
26. *Infeksi mycobacterium avium kompleks (MAC)*: pemeriksaan endoskopi duodenum ini menunjukkan nodul berwarna putih yang menyebar di seluruh duodenum akibat MAC. Infeksi MAC merupakan komplikasi stadium lanjut pada ODHA dengan CD4⁺ kurang dari 100/ mm³. Tempat masuk MAC adalah melalui saluran cerna (+++) dan saluran pernafasan (+).
27. *Meningitis kriptokokus*: dalam foto tampak gambaran bentuk ragi yang berkapsul, khas untuk kriptokokus, dalam pengecatan cairan serebrospinal menggunakan India Ink. Pemeriksaan antigen kriptokokus sangat penting dan sangat sensitif. Organisme tersebut juga dapat dikultur dari cairan serebrospinal. *Cryptococcus neoformans* adalah penyebab yang paling sering OI pada otak. Terjadi pada 5-10% ODHA stadium lanjut. Sakit kepala dan penurunan kesadaran merupakan gejala yang menonjol. (Gambar Tanda & Gejala HIV/AIDS di lampiran 16)

2.2.5 Pemeriksaan HIV/AIDS.

HIV didiagnosis dengan mendeteksi antibodi anti HIV melalui ELISA. Sampel yang positif dapat dikonfirmasi dengan *western blot*. Serokonversi (misalnya menentukan antibodi anti-HIV) terjadi antara 1 sampai 3 bulan setelah infeksi primer. RNA HIV plasma dapat dikuantifikasi jumlah virus yang banyak menandakan prognosis yang buruk (KPAN, 2011).

2.2.6 Penularan Virus HIV.

HIV terdapat pada seluruh cairan tubuh manusia, tetapi yang bisa menularkan hanya yang terdapat pada sperma (air mani), darah dan cairan vagina. Dengan demikian cara-cara penularannya adalah sebagai berikut (Price 2002) :

1. Berganti-ganti pasangan seksual, atau berhubungan dengan orang yang positif terinfeksi virus HIV. Mayoritas infeksi HIV berasal dari hubungan seksual tanpa pelindung antar individu yang salah satunya terkena HIV. Hubungan heteroseksual adalah modus utama infeksi HIV di dunia. Transmisi HIV secara seksual terjadi ketika ada kontak antara sekresi cairan vagina atau cairan preseminal seseorang dengan rektum, alat kelamin, atau membran mukosa mulut pasangannya. Hubungan seksual reseptif tanpa pelindung lebih berisiko daripada hubungan seksual insertif tanpa pelindung. Risiko masuknya HIV dari orang yang terinfeksi menuju orang yang belum terinfeksi melalui hubungan seks anal lebih besar daripada risiko hubungan seksual dan seks oral. Seks oral tidak berarti tak berisiko karena HIV dapat masuk melalui seks oral reseptif maupun insertif. Risiko transmisi HIV dari air liur jauh lebih kecil daripada risiko dari air mani. Bertentangan dengan

kepercayaan umum, seseorang harus menelan segalon air liur dari individu HIV positif untuk membuat risiko signifikan terinfeksi.

2. Pemakaian jarum suntik bersama bekas orang yang terinfeksi virus HIV.
3. Menerima tranfusi darah yang tercemar HIV.
4. Ibu hamil yang terinfeksi virus HIV akan menularkannya ke bayi dalam kandungan. Transmisi HIV dari ibu ke anak dapat terjadi *in utero* selama minggu-minggu terakhir kehamilan dan saat persalinan. Bila tidak ditangani, tingkat transmisi antara ibu dan anak selama kehamilan dan persalinan sebesar 25%. Namun demikian, jika sang ibu memiliki akses terhadap terapi antiretroviral dan melahirkan dengan cara bedah caesar, tingkat transmisi hanya sebesar 1%. Sejumlah faktor dapat memengaruhi risiko infeksi, terutama beban virus pada ibu saat persalinan (semakin tinggi beban virus, semakin tinggi risikonya). Menyusui meningkatkan risiko transmisi sebesar 10-15%. Risiko ini bergantung pada faktor klinis dan dapat bervariasi menurut pola dan lama menyusui.

Penelitian menunjukkan bahwa obat antiretroviral, bedah caesar, dan pemberian makanan formula mengurangi peluang transmisi HIV dari ibu ke anak. Jika pemberian makanan pengganti dapat diterima, dapat dikerjakan dengan mudah, terjangkau, berkelanjutan, dan aman, ibu yang terinfeksi HIV disarankan tidak menyusui anak mereka. Namun demikian, jika hal-hal tersebut tidak dapat terpenuhi, pemberian ASI eksklusif disarankan dilakukan selama bulan-bulan pertama dan selanjutnya dihentikan sesegera mungkin. Pada tahun 2005, sekitar 700.000 anak di bawah umur 15 tahun terkena HIV, terutama melalui transmisi ibu ke anak; 630.000 infeksi di antaranya terjadi di

Afrika. Dari semua anak yang diduga kini hidup dengan HIV, 2 juta anak (hampir 90%) tinggal di Afrika Sub Sahara.

Beberapa cara yang tidak dapat menularkan Virus HIV pada penderita HIV positif, yaitu :

1. HIV tidak dapat menular melalui air ludah, air mata, muntahan, kotoran manusia dan air kencing, walaupun jumlah virus yang sangat kecil terdapat di cairan ini. HIV tidak ditemukan di keringat.
2. HIV tidak dapat menembus kulit yang utuh dan tidak menyebar melalui sentuhan dengan orang yang terinfeksi HIV, atau sesuatu yang dipakai oleh ODHA; saling penggunaan perabot makan atau minum; atau penggunaan toilet atau air mandi bergantian.
3. Perawatan seseorang dengan HIV tidak membawa risiko apabila tindakan pencegahan diikuti seperti membuang jarum suntuk secara aman dan menutupi luka.
4. HIV tidak menular melalui nyamuk atau serangga pengisap darah yang lain. Kebanyakan serangga tidak membawa darah dari satu orang ke orang lain ketika mereka menggigit manusia. Parasit malaria memasuki aliran darah dalam air ludah nyamuk, bukan darahnya.

UNAIDS dan WHO memperkirakan bahwa AIDS telah membunuh lebih dari 25 juta jiwa sejak pertama kali diakui tahun 1981, membuat AIDS sebagai salah satu epidemik paling menghancurkan pada sejarah. Meskipun baru saja, akses perawatan antiretroviral bertambah baik di banyak region di dunia, epidemik AIDS diklaim bahwa diperkirakan 2,8 juta (antara 2,4 dan 3,3 juta)

hidup di tahun 2005 dan lebih dari setengah juta (570.000) merupakan anak-anak.

2.2.7. Terapi Penderita HIV/AIDS.

Penggunaan kombinasi beberapa obat HAART akhir-akhir ini telah mengakibatkan penurunan mortalitas yang signifikan dan menghambat perkembangan penyakit menjadi AIDS. Tiga kelas obat utama adalah:

- a. Inhibitor *reverse transkriptase* nukleosida.
- b. Inhibitor protease.
- c. Inhibitor *reverse transkriptase* nonnukleosida.

Kombinasi tiga sampai empat obat digunakan untuk mengurangi jumlah virus (idealnya sampai di bawah batas deteks pada *assay*). Jumlah virus dan respons CD4⁺ menunjukkan efektivitas terapi. Masalah utama dengan HAART adalah:

- a. Resistensi terhadap obat antiretrovirus, terutama ditemukan pada pasien yang telah menggunakan berbagai macam obat.
- b. Efek samping (misalnya neuropati dan lipodistrofi) dan intoleransi obat.
- c. Masalah kepatuhan pasien akan regimen obat multipel dan rumit.
- d. Obat antiretrovirus sering berinteraksi dengan obat lain.

Berikut ini merupakan prinsip Pengobatan antiretroviral atau antiretroviral therapy secara umum disingkat sebagai ART, antara lain (Djoerban, 2009) :

1. Tujuan Pengobatan ARV.
 - a. Mengurangi laju penularan HIV di masyarakat
 - b. Menurunkan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV.

- c. Memperbaiki kualitas hidup ODHA.
- d. Memulihkan dan/ atau memelihara fungsi kekebalan tubuh.
- e. Menekan replikasi virus secara maksimal dan terus menerus.

2. Pengetahuan Dasar Penggunaan ART

- a. Replikasi HIV sangat cepat dan terus-menerus sejak awal infeksi, sedikitnya terbentuk sepuluh milyar virus setiap hari, namun karena waktu paruh (*half time*) sangat singkat maka sebagian besar virus akan mati. Walaupun ada replikasi yang cepat sebagian pasien merasa tetap sehat tanpa ART selama sistem kekebalan tubuhnya masih berfungsi baik.
- b. Replikasi HIV yang terus-menerus mengakibatkan kerusakan sistem kekebalan tubuh yang semakin berat, sehingga semakin rentan terhadap infeksi oportunistik (IO), kanker, penyakit saraf, kehilangan berat badan secara nyata (*wasting*) dan berakhir dengan kematian.
- c. *Viral load* menunjukkan tingginya replikasi HIV, sedangkan penurunan CD4⁺ menunjukkan tingkat kerusakan sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh HIV. Nilai *viral load* menggambarkan progresivitas penyakit dan risiko kematian. Pemeriksaan secara berkala jumlah CD4⁺ dan *viral load* jika memungkinkan) dapat menentukan prgresivitas penyakit dan mengetahui saat yang tepat untuk memulai atau mengubah rejimen ART.
- d. Tingkat progresivitas penyakit pada ODHA dapat berbeda beda. Keputusan pengobatan harus berdasarkan pertimbangan individual dengan memperlihatkan gejala klinis, hitung limfosit total dan bila memungkinkan jumlah CD4⁺.

- e. Terapi kombinasi ART dapat menekan replikasi HIV hingga di bawah tingkat yang tidak dapat dideteksi oleh pemeriksaan yang peka (PCR). Penekanan virus secara efektif ini mencegah timbulnya virus yang resisten terhadap obat dan memperlambat progresivitas penyakit. Jadi tujuan terapi adalah menekan perkembangan virus secara maksimal.
- f. Cara paling efektif untuk menekan replikasi HIV secara terus-menerus adalah memulai pengobatan dengan kombinasi ARV yang efektif. Semua obat yang dipakai harus dimulai pada saat yang bersamaan pada pasien baru. Pada pasien yang pernah diterapi tidak boleh menggunakan obat yang memiliki resistensi silang (*cross resistant*) dengan obat yang pernah dipakai.
- g. Terapi kombinasi ARV harus menggunakan dosis dan jadwal yang tepat. Sampai saat ini pengetahuan tentang mekanisme kerja dan jenis ARV masih terbatas dan ada laporan resistensi silang pada obat-obat tertentu.
- h. ODHA perempuan baik yang sedang hamil ataupun tidak seharusnya menerima ART yang optimal.
- i. Prinsip pemberian ART diperlakukan sama pad anak maupun dewasa, walaupun pengobatan pada anak perlu mendapat pertimbangan khusus. Walaupun *viral load* tidak terdeteksi, ODHA yang mendapat ART harus tetap dianggap menular. Mereka harus diberi konseling agar menghindari hubungan seksual yang tidak aman atau penggunaan NAPZA suntikan yang dapat menularkan HIV atau patogen menular lain.
- j. Untuk menghindari timbulnya resistensi ART harus dipakai terus-menerus dengan kepatuhan (*adherence*) yang sangat tinggi, walaupun sering ditemukan efek samping yang ringan. Keterlibatan pasien dan

pendampingnya (keluarga, pasangan, teman) sangat penting dalam semua pertimbangan dan keputusan untuk memulai ART. Hubungan baik antara pasien dengan dokternya sangat diperlukan.

- k. Pemberian ART harus dipersiapkan secara baik dan matang dan harus digunakan seumur hidup.
- l. Disamping ART maka infeksi oportunistik harus pula mendapat perhatian dan harus segera diobati bila ditemukan.

Tabel 2.3. Dosis Antiretroviral untuk ODHA Dewasa

No	Golongan>Nama Obat	Dosis
1	Nucleoside RTI	
	a. Abacavir (ABC)	300 mg setiap 12 jam 400 mg sekali sehari
	b. Didanosine (ddl)	250 mg sekali sehari jika BB < 60 kg 250 mg sekali sehari bila diberikan bersama TDF.
	c. Lamivudine (3TC)	150 mg setiap 12 jam atau 300 mg sekali sehari
	d. Stavudine (d4t)	40 mg setiap 12 jam 30 mg setiap 12 jam bila BB < 60 kg
	e. Zidovudine (ZDV atau AZT)	300 mg setiap 12 jam
2	Nucleotide RTI	
	Tenofovir (TDF)	300 mg sekali sehari, (catatan : interaksi obat dengan ddl perlu mengurangi dosis ddl.
3	Non-nucleoside RTIs	
	a. Efavirenz (EFV)	600 mg sekali sehari.
	b. Nevirapine (NVP)	200 mg sekali sehari selama 14 hari kemudian 200 mg setiap 12 jam.
4	Protease inhibitors.	
	a. Indinavir/ ritonavir (IDV/r)	800 mg/ 100 mg setiap 12 jam.

b. Lopinavir/ ritonavir (LPV/r)	400mg/ 100mg setiap 12jam, (533mg/ 133mg setiap 12jam bila dikombinasi dengan EFV atau NVP)
c. Nelfinavir (NFV)	1250mg setiap 12jam
d. Saquinavir/ ritonavir (SQV/ r)	1000mg/ 100mg setiap 12jam atau 1600mg/ 200mg sekali sehari.
e. Ritonavir (RTV, r)	Capsule 100mg, larutan oral 400mg/ 5ml.

Keterangan:

1. Dosis yang terpapar pada tabel di atas dipilih berdasarkan bukti klinis terbaik yang ada. Dosis yang dapat diberikan sekali atau setiap 12 jam akan lebih meningkatkan kepatuhan pada terapi. Dosis di dalam daftar tersebut dimaksudkan untuk pasien dengan fungsi ginjal dan hati yang normal. Informasi produk harus dikonsulkan untuk menyesuaikan dosis yang mungkin diperlukan bagi pasien dengan fungsi hati dan ginjal yang tidak normal atau berpotensi untuk terjadi interaksi obat HIV atau non-HIV lainnya.
2. Dosis rejimen sering digunakan secara klinis. Dosis lain dari rejimen IDV/r yang berkisar antara 800 mg/200 mg setiap 12 jam hingga 400 mg/100 mg setiap 12 jam dalam penggunaan klinis.
3. Ada indikasi penyesuaian dosis ketika dikombinasikan dengan NNRTI, namun pada saat ini belum dapat dibuat rekomendasi tertulis. Salah satu pertimbangan adalah menaikkan dosis komponen RTV menjadi 200 mg setiap 12 jam bila digunakan EFV atau NVP secara bersamaan. Diperlukan data interaksi obat lebih lanjut.
4. Kedua kemasan baik kapsul *hard-gel* dan *soft-gel* dapat digunakan bila akan mengkombinasikan SQV dengan RTV.

5. Ritonavir hanya digunakan dalam kombinasi dengan indinavir, lopinavir dan saquinavir sebagai *booster* (penguat) dan tidak sebagai obat tersendiri.

2.2.8. Pencegahan HIV/AIDS.

Program pencegahan HIV/AIDS hanya dapat efektif bila dilakukan dengan komitmen masyarakat dan komitmen politik yang tinggi untuk mencegah dan atau mengurangi perilaku resiko tinggi terhadap penularan HIV (KPAN, 2011).

Upaya pencegahan meliputi :

- a. Pemberian penyuluhan kesehatan di sekolah dan di masyarakat harus menekankan bahwa mempunyai pasangan seks yang berganti-ganti serta penggunaan alat suntik bergantian dapat meningkatkan resiko terkena infeksi HIV. Pelajar dan pemuda juga harus dibekali pengetahuan bagaimana untuk menghindari atau mengurangi kebiasaan yang mendatangkan resiko terkena infeksi HIV. Program untuk anak sekolah harus dikembangkan sedemikian rupa sesuai dengan perkembangan mental serta kebutuhan mereka, begitu juga bagi mereka yang tidak sekolah. Kebutuhan kelompok minoritas, orang-orang dengan bahasa dan budaya yang berbeda, bagi penderita tuna netra serta tuna rungu juga harus dipikirkan.
- b. Satu-satunya jalan agar tidak terinfeksi adalah dengan tidak melakukan hubungan seks atau dengan melakukan hubungan seks dengan satu orang yang diketahui tidak mengidap infeksi. Pada situasi lain, kondom lateks harus digunakan dengan benar setiap kali seseorang melakukan hubungan seks secara vaginal, anal, ataupun oral. Kondom lateks dengan pelumas berbahan dasar air dapat menurunkan resiko penularan melalui hubungan seksual.
- c. Memperbanyak fasilitas pengobatan bagi pecandu obat terlarang akan mengurangi penularan HIV. Begitu juga program "*Harm reduction*" yang

menganjurkan para pengguna jarum suntik untuk menggunakan metode dekontaminasi dan menghentikan penggunaan jarum bersama telah terbukti efektif menurunkan penularan HIV.

- d. Menyediakan fasilitas Konseling dan testing HIV dimana identitas penderita dirahasiakan atau dilakukan secara anonimus serta menyediakan tempat-tempat untuk melakukan pemeriksaan darah. Fasilitas tersebut saat ini telah tersedia di seluruh Negara Bagian di Amerika Serikat. Konseling, tes HIV secara sukarela dan rujukan medis dianjurkan dilakukan pada klinik keluarga berencana dan klinik bersalin, klinik bagi kaum homo dan terhadap komunitas resiko tinggi dimana seroprevalens HIV tinggi. Orang yang aktivitas seksulnya tinggi disarankan untuk mencari pengobatan yang tepat bila menderita penyakit Menular Seksual (PMS). Konseling terhadap pasangan menikah dan yang akan menikah, serta terhadap mereka yang merasa khawatir (*"worried well"*).
- e. Setiap wanita hamil sebaiknya sejak awal kehamilan disarankan untuk dilakukan tes HIV sebagai kegiatan rutin dari standar perawatan kehamilan. Ibu dengan HIV positif harus dievaluasi untuk memperkirakan kebutuhan mereka terhadap terapi ARV seperti ZDV untuk mencegah penularan HIV melalui uterus dan perinatal. Ada bukti-bukti menunjukkan bahwa pada pemberian ASI eksklusif resiko penularan HIV melalui ASI lebih kecil jika dibandingkan pada pemberian ASI parsial.
- f. Berbagai peraturan dan kebijakan telah dibuat oleh USFDA, untuk mencegah kontaminasi HIV pada plasma dan darah. Semua darah donor harus diuji antibodi HIV-nya. Hanya darah dengan hasil tes negatif yang digunakan. Orang yang memiliki kebiasaan resiko tinggi terkena HIV sebaiknya tidak

mendonorkan plasma, darah, organ-organ untuk transplantasi, sel atau jaringan (termasuk cairan semen untuk inseminasi buatan). Institusi (termasuk bank sperma, bank susu atau bank tulang) yang mengumpulkan plasma, darah atau organ harus menginformasikan tentang peraturan dan kebijakan ini kepada donor potensial dan tes HIV harus dilakukan terhadap semua donor. Apabila mungkin, donasi sperma, susu, atau tulang harus dibekukan dan disimpan selama 3-6 bulan. Donor yang tetap negatif setelah masa itu dapat diasumsikan tidak terinfeksi sewaktu menjadi donor.

- g. Jika hendak melakukan transfusi, dokter harus melihat kondisi pasien dengan teliti apakah ada indikasi medis untuk transfusi. Transfusi otologus sangat dianjurkan.
- h. Hanya produk faktor pembekuan darah yang sudah diseleksi dan telah diperlakukan dengan semestinya untuk menonaktifkan HIV yang biasa digunakan.
- i. Sikap hati-hati harus dilakukan pada waktu penanganan, pemakaian dan pembuangan jarum suntik atau semua jenis alat-alat yang berujung tajam lainnya agar tidak tertusuk. Petugas kesehatan harus menggunakan sarung tangan lateks, pelindung mata dan alat pelindung lainnya untuk menghindari kontak dengan darah atau cairan yang mengandung darah. Setiap tetes darah pasien yang mengenai tubuh petugas kesehatan harus dicuci dengan air dan sabun sesegera mungkin. Kehati-hatian ini harus dilakukan pada semua pasien dan semua prosedur laboratorium (*tindakan kewaspadaan universal*).
- j. WHO merekomendasikan pemberian imunisasi bagi anak-anak dengan infeksi HIV tanpa gejala dengan vaksin-vaksin EPI; anak-anak yang

menunjukkan gejala sebaiknya tidak mendapat vaksin BCG. Di AS BCG dan vaksin oral polio tidak direkomendasikan untuk diberikan kepada anak-anak yang terinfeksi HIV, tidak peduli ada atau tidaknya gejala, sedangkan vaksin MMR dapat diberikan kepada anak dengan infeksi HIV.

Pemerintah Amerika Serikat dan berbagai organisasi kesehatan menganjurkan Pendekatan ABC untuk menurunkan risiko terkena HIV melalui hubungan seksual (Herek, 2002), antara lain :

1. *Abstinence or delay of sexual activity, especially for youth* (berpantang atau menunda kegiatan seksual, terutama bagi remaja),
2. *Being faithful, especially for those in committed relationships* (setia pada pasangan, terutama bagi orang yang sudah memiliki pasangan),
3. *Condom use, for those who engage in risky behavior* (penggunaan kondom, bagi orang yang melakukan perilaku berisiko).

Ada pula rumusan pendekatan ABC ini dalam bahasa Indonesia:

1. **Anda** jauhi seks bebas,
2. **Bersikap** saling setia dengan pasangan,
3. **Cegah** dengan kondom.

2.3. Stigma

2.3.1. Pengertian Stigma.

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, 2001).

Menurut Busza, 2004 dalam Eka, 2012) 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) mendefinisikan 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 mendiskreditkan dan merugikan orang. Dalam praktek, seseorang yang terkena stigma dianggap sebagai tantangan 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 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.
4. Struktur: lembaga-lembaga yang lebih luas seperti kemiskinan, rasisme, serta kolonialisme yang terus-menerus mendiskriminasi suatu kelompok tertentu.

Menurut Adam (2000) perhatian terhadap stigma sesuai dengan perhatian yang lebih luas tentang penyimpangan dan penamaanya. 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 didalam arah stereotipe 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.

2.3.2. Stigma pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA).

Stigma adalah label negatif yang diberikan pada Orang Dengan HIV/AIDS atau ODHA. 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. 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 (1999) 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 yang 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.
3. Stigma Kesopanan ODHA yaitu hukuman sosial atas orang yang berhubungan dengan isu HIV/AIDS atau orang dengan 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 yaitu hukuman sosial atas orang yang berhubungan dengan isu HIV/AIDS atau orang yang positif HIV.

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 mereka di pegunungan Papua dengan 28 responden dari latar belakang yang beragam, para responden mengungkapkan mereka mengalami stigma dari berbagai sumber. Diantaranya:

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.

2.3.3. Proses Pembentukan Stigma

Stigma yang merupakan komponen dari sikap mempunyai beberapa faktor yang mempengaruhi pembentukannya. (Azwar, 2000)

2.3.3.1 Pengalaman Pribadi.

Pengalaman yang lalu atau baru saja kita alami memiliki pengaruh pada penghayatan kita terhadap suatu objek psikologis tertentu. Tidak adanya pengalaman sama sekali terhadap suatu objek psikologis cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. Selanjutnya pembentukan kesan atau tanggapan terhadap objek merupakan proses yang kompleks dalam diri individu yang melibatkan individu yang bersangkutan, situasi dimana tanggapan tersebut terbentuk, dan ciri-ciri objektif yang dimiliki oleh stimulus.

Pengalaman pribadi harus meninggalkan kesan kuat sebagai dasar pembentukan sikap. Karena itu sikap lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional, sehingga penghayatan pengalaman akan mendalam dan lama membekas.

Pengalaman pribadi seseorang yang pernah kontak langsung atau pernah merawat seseorang dengan penyakit HIV/AIDS akan lebih menghayati dari segi emosional mereka terhadap ODHA, seseorang yang mempunyai pengalaman akan lebih tahu bagaimana mereka akan berespon atau bersikap dengan para ODHA, sebaliknya mereka yang tidak pernah berhubungan langsung dengan ODHA mereka juga tidak akan tahu bagaimana cara bersikap dan berinteraksi kepada ODHA sehingga yang terjadi adalah keenganan untuk berinteraksi dengan mereka sebagai wujud kekhawatiran mereka tertular HIV/AIDS.

2.3.3.2 Kebudayaan

Kebudayaan yang berkembang dimana seorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap. Seseorang tinggal dalam lingkungan yang mengutamakan kehidupan berkelompok maka sangat memungkinkan bila ia memiliki sikap negatif terhadap kehidupan yang

individualistis. Kebudayaan ternyata telah menanamkan pengaruh yang kuat terhadap sikap terhadap berbagai macam hal. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan tersebut yang berperan di dalam memberi corak pengalaman-pengalaman individu yang menjadi anggotanya.

Menurut Berger & Luckmann (1981) berdasarkan teori sosiologi pengetahuan, juga Geertz (1983), bahwa realitas sosial (yaitu berbagai gejala yang ada di sekeliling kita, baik yang abstrak berupa gagasan, yang konkrit berupa benda atau objek) terdiri atas dua jenis, yaitu realitas dunia sehari-hari yang praktis dan realitas dunia khusus yang bersifat "teoritis". Dunia yang pertama itu tempat utama dimana sebagian besar warga masyarakat berinteraksi dalam memenuhi berbagai kebutuhan hidup mereka. Sementara dunia yang kedua itu hanya disinggahi dalam waktu singkat dan secara kadangkala, misalnya pada saat beribadah, pertunjukan seni dan penelitian di laboratorium.

Kedua dunia itu merupakan hasil konstruksi sosial. Perbedaannya terletak pada jenis pengetahuan budaya yang menjadi pedoman bertindak. Dunia pertama itu dijelaskan oleh pengetahuan budaya yang bersumber dari akal sehat (*common-sence*). Sementara dunia yang kedua itu dijelaskan oleh pengetahuan budaya yang berbasis pada "teori", apakah di bidang agama, kesenian atau ilmiah. Oleh karena itu dunia kedua tersebut menuntut pengetahuan yang khusus (esoterik) dari para aktor utamanya, yang tidak dimiliki oleh mayoritas warga. Oleh karena itu pula peralihan dari dunia pertama ke dunia kedua itu terjadi secara drastis dan seolah-olah merupakan sebuah lompatan. Namun, menurut Berger dan Luckmann, pengetahuan budaya yang menjadi syarat mutlak untuk keberlangsungan kehidupan masyarakat itu adalah pengetahuan budaya yang berdasarkan akal sehat itu.

Dalam konteks ini, teori stigma dari Goffman (1963) mengacu pada pengetahuan budaya yang berbasis akal sehat itu. Artinya stigma terhadap ODHA adalah hasil konstruksi sosial tanpa dasar-dasar pengetahuan yang berbasis teori. Menurut Goffman, stigma adalah atribut yang sangat negatif yang dilakutkan oleh orang “normal” kepada orang-orang yang dianggap menyimpang dari ekspektasi warga masyarakat pada umumnya, dalam konteks interaksi sosial secara langsung maupun tidak langsung. Sehingga orang-orang dengan HIV/AIDS itupun terpaksa menerima “ketidaknormalan”nya sebagai identitas sosialnya yang baru atau orang yang terstigma.

2.3.3.3 Orang lain yang dianggap penting (*significant others*)

Seseorang yang dianggap penting adalah orang yang diharapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkahlaku dan opininya, dan orang yang berarti khusus (*significant others*). Misalnya orangtua, suami/istri, teman dekat, guru, pimpinan. Individu cenderung memiliki sikap yang searah (*konformis*) disebabkan karena ada motivasi untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik terhadap orang yang dianggapnya penting tersebut.

Pimpinan atau orang yang dianggap berpengaruh lainnya adalah teladan bagi masyarakat. Apa yang dilakukan oleh mereka adalah suri teladan bagi masyarakat begitu juga bagaimana seseorang yang dianggap penting tersebut bersikap kepada ODHA maka individu atau masyarakat akan mengikuti apa yang dilakukannya sebagai contoh mereka atau sebagai petunjuk masyarakat dalam berinteraksi dengan ODHA. Seorang yang dianggap penting bersikap positif dan menghargai ODHA layaknya manusia normal lainnya maka masyarakat juga akan mengikutinya, sebaliknya jika pimpinan atau orang yang dianggap penting lainnya bersikap negatif atau menstigma maka itu juga menimbulkan stigma masyarakat.

2.3.3.4 Media Masa

Media masa merupakan salah satu bentuk media komunikasi dengan beragam bentuk seperti media cetak (surat kabar, majalah) dan media elektronik (radio, televisi, internet). Media masa memiliki pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi, media masa membawa pula pesan-pesan sugestif yang dapat mempengaruhi opini penerima.

Informasi baru mengenai sesuatu hal dapat memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap informasi tersebut. Pesan-pesan sugestif yang disampaikan cukup kuat akan memberi dasar efektif menilai sesuatu hal sehingga terbentuk sikap tertentu.

Media masa dalam menyampaikan informasi-informasi tidak proporsional. media masa cenderung lebih banyak menyampaikan hal-hal yang terkait dengan dampak dari penyakit HIV/AIDS daripada penularan dan pencegahan HIV/AIDS, selain itu jurnalis dari media cetak maupun elektronik dalam peliputan mengenai ODHA dan hal-hal yang berkaitan dengan HIV/AIDS adakalanya tidak empati dan jauh dari nilai-nilai humanisme antara lain :

2.3.3.4.1 Diskriminasi

Memperlakukan orang secara berbeda-beda dan tanpa alasan yang tidak relevan, misalnya diskriminasi terhadap ras, gender, agama dan politik. Dalam kasus pemberitaan HIV/AIDS, media sering melakukan pembedaan atas seseorang menurut kehendaknya sendiri. Misalnya orang jahat (ODHA) versus orang baik-baik. Orang bermoral versus orang tidak bermoral, perempuan pekerja seks versus orang baik.

2.3.3.4.2 Kekerasan

Pada kasus pemberitaan terhadap seorang pekerja seks misalnya, media melakukan kekerasan karena telah mengekspose seorang pekerja seks tanpa meminta ijin, akibatnya ia dikucilkan kehidupannya setelah pemberitaan tersebut

2.3.3.4.3 Stigmatisasi

Proses pelabelan (stereotip) yang dilakukan pada orang lain ini sering dilakukan oleh media ketika memberitakan tentang pekerja seks dan HIV/AIDS. Misalnya pekerja seks adalah orang tidak baik sebagai penyebar HIV/AIDS, untuk itu mereka harus dijauhi.

2.3.3.4.4 Sensasional

Dalam pemberitaan HIV/AIDS, seringkali judul berita menampilkan sesuatu yang sangat bombastis, tidak sesuai dengan realita sebenarnya.

2.3.3.4.5 Eksploitasi.

Ketika industri media menggunakan judul untuk kepentingan publisitas, proses yang dilakukan media selanjutnya adalah eksploitasi pada yang ia jual.

Situasi seperti ini tidak akan memberikan jalan apapun untuk mencegah penyebaran virus HIV/AIDS tersebut, sebaliknya justru hanya memperburuk dan memperparah keadaan. (Stanly, 2002). Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa stigma kepada orang dengan HIV/AIDS terjadi karena kesalahan persepsi masyarakat disebabkan oleh informasi yang tidak proporsional yang mereka dapat.

2.3.3.5 Institusi / Lembaga Pendidikan dan Agama.

Lembaga pendidikan maupun agama sebagai wahana akses informasi dan suatu sistem meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Konsep moral dan ajaran agama, menentukan sistem kepercayaan sehingga akhirnya konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap seseorang terhadap suatu hal.

Seseorang yang belum pernah mendapat pengetahuan tentang penyakit HIV/AIDS atau seseorang yang pernah mendapat informasi namun belum lengkap baik itu melalui pendidikan formal maupun non formal akan mengakibatkan seseorang akan memandang penyakit HIV/AIDS tersebut sebagai kontrofersi atau seseorang cenderung untuk bersikap tidak memihak, sehingga seseorang akan mencoba mencari informasi untuk memperkuat hal yang diyakininya dalam hal ini peran lembaga pendidikan sangat diperlukan.

Dalam konteks agama bahwa masih banyak masyarakat yang memahami bahwa HIV/AIDS merupakan penyakit semata-mata kutukan dari tuhan, dari tindakan melanggar norma-norma agama, keyakinan inilah yang menjadi justifikasi dan legitimasi bagi tindakan stigmatisasi di masyarakat. Maka dari itu lembaga agama atau tokoh agama mempunyai peran strategis dalam melakukan perubahan sosial.

2.3.3.6 Faktor Emosional

Pandangan faktor emosional sebagai pembentuk sikap sangat dipengaruhi oleh teori freud. Suatu sikap tertentu kadang merupakan suatu pernyataan yang dilandasi oleh suatu emosi fungsinya sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap yang dipengaruhi emosi dapat bersifat sementara ataupun menetap (persisten / tahan

lama), misalnya prasangka. Prasangka ini merupakan bentuk sikap negatif yang didasari oleh kelainan kepribadian pada orang yang sangat frustrasi.

Goleman (1999) mengemukakan bahwa kecerdasan emosi merupakan kemampuan yang dimiliki oleh seseorang untuk mengenali, menyadari dan mengelola emosi baik pada diri sendiri maupun orang lain untuk digunakan secara efektif, membangun hubungan yang produktif dan meraih keberhasilan, sehingga apabila seseorang pandai menyesuaikan diri dengan orang lain dan tidak mudah berprasangka, orang tersebut akan memiliki tingkat emosionalitas yang baik dan akan lebih mudah menyesuaikan diri dalam pergaulan sosial serta lingkungannya. Kecerdasan emosi menyebabkan seseorang dapat menempatkan emosinya pada porsi yang tepat, membagi kepuasan dan mengatur suasana hati, sehingga kecerdasan emosi penting dimiliki oleh setiap manusia sebagai makhluk sosial.

Menurut Goleman (1999), ada beberapa faktor yang mempengaruhi kecerdasan emosional, yaitu :

2.3.3.6.1 Pengalaman.

Kecerdasan emosional dapat meningkat sepanjang hidup manusia. Sepanjang perjalanan hidup yang normal, kecerdasan emosional cenderung bertambah sementara manusia belajar untuk menangani suasana hati, menangani emosi - emosi yang menyulitkan, sehingga semakin cerdas dalam hal emosi dan dalam berhubungan dengan orang lain. Mayer dalam Goleman, (2001) menyatakan pendapat yang sama bahwa kecerdasan emosional berkembang sejalan dengan usia dan pengalaman dari kanak-kanak hingga dewasa.

2.3.3.6.2 Usia

Seorang yang lebih tua dapat sama baiknya atau lebih baik dibandingkan dengan mereka yang lebih muda dalam penguasaan kecakapan emosi baru.

2.3.3.6.3 Jenis Kelamin

Pria dan wanita mempunyai kemampuan yang sama dalam hal meningkatkan kecerdasan emosional. tetapi rata-rata wanita dapat lebih tinggi dibanding kaum pria dalam beberapa ketrampilan emosi (namun ada juga pria yang lebih baik dibanding kebanyakan wanita), walaupun secara statistik ada perbedaan yang nyata diantara kedua kelompok tersebut.

2.3.3.6.4 Jabatan

Semakin tinggi jabatan seseorang, maka semakin penting ketrampilan antar pribadinya dan semakin rasional dalam pengambilan keputusannya sehingga membuatnya menonjol dibanding mereka yang berprestasi.

Sikap seseorang kepada ODHA dalam konteks ini dipengaruhi oleh sikap perasaan masing-masing individu (positif dan negatif) tanpa didasari oleh pengetahuan, individu yang mempunyai sikap positif akan cenderung berprasangka positif kepada ODHA sebaliknya individu yang mempunyai perasaan negatif akan berprasangka negatif atau menstigma kepada ODHA.

2.3.4. Bentuk-bentuk Stigma pada ODHA.

Berikut beberapa bentuk stigma pada ODHA menurut Kesrepro (2007).

2.3.4.1 Dukungan Bagi ODHA dan Keluarganya

ODHA mengalami proses berduka dalam kehidupannya, sebuah proses yang seharusnya mendorong pada penerimaan terhadap kondisi mereka.

Namun, masyarakat terkadang memberikan opini negatif serta memperlakukan ODHA dan keluarganya sebagai warga masyarakat kelas dua. Hal ini menyebabkan melemahnya kualitas hidup ODHA.

2.3.4.2 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.

2.3.4.3 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 Dalam mengurus jamkesmas maupun jamkesda para Odha harus membuka statusnya, untuk bisa mendapatkan surat keterangan tidak mampu, SKTM dari kelurahan. Padahal

status orang yang mengidap HIV Aids wajib dirahasiakan, untuk menghindari hal hal tidak diinginkan.

2.3.4.4 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.

2.3.4.5 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.

2.3.4.6 Politik.

Kalangan eksekutif yang tidak berbuat apa-apa di bidang HIV/AIDS. Mereka hanya 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.

2.3.4.7 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.

2.3.4.8 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.

2.3.4.9 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.

2.3.5 Kendala Utama Penanganan HIV/AIDS.

Masyarakat masih memberikan stigma dan diskriminasi kepada penderita HIV /AIDS. Faktor-faktor yang menimbulkan stigma dan diskriminasi di masyarakat adalah karena penyakit HIV / AIDS dapat mengancam jiwa, informasi yang kurang tepat mengenai penyakit HIV /AIDS dan adanya kepercayaan dimasyarakat bahwa penyakit ini adalah merupakan suatu “hukuman” atas perbuatan yang melanggar moral atau tidak bertanggungjawab sehingga penderita HIV / AIDS itu “pantas” untuk menerima perlakuan-perlakuan yang tidak selayaknya mereka dapatkan. Adanya ketakutan, stigmatisasi dan diskriminasi menimbulkan dampak penolakan dari masyarakat bahkan penolakan dari akses pendidikan dan kesehatan.

Tindakan penolakan itu bisa berupa sekedar ucapan hingga berupa penyiksaan psikologis dan fisik yang traumatis. Trauma yang diterima penderita HIV menjadi bertumpuk-tumpuk, selain trauma karena tahu yang akan terjadi pada tubuhnya bila menderita HIV, juga trauma karena adanya stigma dan diskriminasi yang melekat terus sepanjang hidupnya (Wikipedia 2011).

Ketakutan tidak diterima masyarakat dan ditolak dimana-mana bisa menghambat kemauan para resiko tinggi menderita HIV dan orang yang dicurigai menderita HIV untuk dilakukan pemeriksaan. Mereka tidak ingin tahu dan tidak mau tahu kalau mereka menderita HIV. Padahal kemauan secara sadar untuk mendatangi fasilitas untuk mengetes positif tidaknya orang ini sangat dibutuhkan saat ini. Perkembangan di bidang kesehatan memberikan kemudahan pengetesan HIV yang sebanding dengan pengetesan gula darah, dimana Rapid Test HIV dapat dilakukan hanya dengan menggunakan sedikit darah dapat dilakukan ditingkat Puskesmas tertentu. Akan menjadi percuma dibangunnya

klินิก VCT di tiap RSUD dan puskesmas berbasis reproduksi bila stigma dan diskriminasi masih saja menghantui para resiko tinggi HIV/AIDS untuk menggunakan fasilitas ini.

Perkembangan penelitian obat-obatan antiretroviral maupun penelitian obat-obatan peningkat sistem imun mampu mengurangi dampak buruk dari penyakit ini. Seharusnya, penderita HIV bisa diperlakukan yang sama dengan pengindap virus yang lain. Bukankah virus Flu Babi lebih menakutkan karena bisa menular tanpa adanya kontak fisik sekalipun?. Fakta sudah membuktikan bahwa disaat ini HIV / AIDS sudah menjadi penyakit yang dapat dicegah dan diterapi maka diharapkan perubahan perilaku penolakan, stigma dan diskriminasi akan dapat dikurangi.

2.3.6. Cara Pengukuran Stigma.

Menurut Wim H (2006) Untuk menilai stigma, metode penelitian yang berbeda dapat digunakan, termasuk:

2.3.6.1 Kuesioner.

Kuesioner dapat tertutup atau terbuka atau pedoman wawancara. Seringkali ini mengandung item mengumpulkan data tentang pengetahuan, sikap dan pelaporan praktek.

2.3.6.2 Metode Kualitatif.

Penilaian didasarkan pada metode kualitatif, seperti wawancara informan kunci, diskusi kelompok, wawancara mendalam dan observasi partisipatif.

2.3.6.3 Indikator.

Indikator yang sering digunakan dalam set. Mereka memberikan informasi yang terpisah untuk masing-masing indikator. Bersama-sama mereka dapat memberikan profil stigma dan diskriminasi, tetapi mereka tidak bisa diringkas dalam satu ukuran, kecuali mereka telah dikembangkan sebagai skala.

2.3.6.4 Skala.

Skala adalah instrumen kuantitatif dimaksudkan untuk memberikan hasil numerik yang menunjukkan beratnya atau tingkat tersebut fenomena diukur.

Azwar (2000) menguraikan beberapa diantara banyak metode pengungkapan sikap yang secara historis dilakukan sebagai alat ukur stigma.

1) Observasi Perilaku.

Kalau seseorang menempatkan perilaku yang konsisten (berulang), dapat ditafsirkan sikapnya dari bentuk perilaku yang tampak. Dengan kata lain untuk mengetahui sikap seseorang terhadap sesuatu kita dapat memperhatikan perilakunya, sebab perilaku merupakan salah satu indikator sikap individu.

2) Penanyaan Langsung.

Asumsi yang mendasari metode penanyaan langsung guna pengungkapan sikap pertama adalah asumsi bahwa individu merupakan orang yang paling tahu mengenai dirinya sendiri, dan kedua adalah asumsi keterusterangan bahwa manusia akan mengemukakan secara terbuka apa yang dirasakanya. Oleh karena itu dalam metode ini jawaban yang diberikan oleh mereka yang ditanyai dijadikan indikator.

3) Pengungkapan Langsung.

Suatu pengungkapan langsung (*direct assesment*) secara tertulis yang dapat dilakukan dengan menggunakan sistem tunggal maupun sistem ganda. Responden diminta menjawab langsung suatu pernyataan sikap tertulis dengan memberi tanda setuju atau tidak setuju.

4) Skala Sikap.

Metode pengungkapan sikap dalam bentuk skala report yang hingga kini dianggap paling dapat diandalkan adalah dengan menggunakan daftar pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab individu. Dari respon subjek pada setiap pertanyaan itu kemudian dapat disimpulkan mengenai arah dan intensitas sikap seseorang.

(a) Skala Thurstone (*Method of Equal-Appearing Intervals*).

Metode yang digunakan bertujuan untuk menempatkan sikap seseorang pada rentang kontinum dari yang sangat *unfavorabel* hingga sangat *favovabel* terhadap sesuatu objek sikap. Cara yang digunakan dengan memberikan orang tersebut sejumlah item sikap yang telah ditentukan derajat *favorabilitas*nya. Tahap yang paling kritis dalam menyusun alat seleksi alam terhadap kenyataan sikap dan penghitungan ukuran yang mencerminkan derajat *favorabilitas* dari masing-masing pernyataan. Derajat *favorabilitas* yang dimaksud adalah nilai skala.

(b) Skala Likert (*Method of Summateds Ratings*).

Likert (1932) mengajukan metode sebagai alternatif yang lebih sederhana dibandingkan dengan skala Thurstone. Skala Thurstone yang terdiri dari 11 point disederhanakan menjadi dua klompok yaitu *favorabel* dan

unfavorabel, sedangkan item yang netral tidak disertakan. Untuk mengatasi hilangnya netral tersebut, Likert menggunakan teknik konstruksi test yang lain. Masing-masing responden diminta melakukan *agreement* atau *disagreement* pada masing-masing item dalam skala yang terdiri dari 5 point (sangat setuju, setuju, ragu-ragu, tidak setuju, sangat tidak setuju).

(c) Skala Guttman.

Skala pengukuran dengan tipe ini akan didapatkan jawaban yang tegas. diantaranya : 'ya' dan 'tidak'; 'benar-salah', dan lain-lain. Data yang diperoleh dapat berupa data interval atau rasio dikhotomi (dua alternatif). Penelitian menggunakan Skala Guttman dilakukan bila ingin mendapatkan jawaban yang tegas terhadap suatu permasalahan yang ditanyakan.

5) Pengukuran Terselubung.

Metode terselubung (*covert measures*) sebenarnya berorientasi kembali ke metode observasi perilaku yang telah dikemukakan sebelumnya, akan tetapi sebagai objek pengamatan bukan lagi perilaku yang disadari atau sengaja dilakukan oleh seseorang melakukan reaksi-reaksi fisiologis yang terjadi lebih diluar kehendak orang yang bersangkutan. *Observer* dapat menginterpretasikan sikap individu mulai dari *fasial reaction*, *voice tones*, *body gesture*, keringat, dilatasi pupil, detak jantung dan beberapa aspek fisiologis lainnya.

2.3.7 Hubungan Penyuluhan Kesehatan Penularan HIV/AIDS terhadap Penurunan Stigma Masyarakat pada ODHA.

Stigma terhadap ODHA adalah persepsi negatif terhadap ODHA dan menjadi persoalan khas yang masih terus terjadi pada ODHA, terutama stigma

sebagai pendosa, tidak bermoral. Padahal proses pemaparan HIV tidak hanya berlatar belakang pada persoalan tersebut. Masalah orang dengan HIV/AIDS tidak hanya sebatas pada proses bagaimana ODHA terinfeksi, Masalah ODHA ini juga akan semakin kompleks ketika ia harus menjalani kehidupannya sehari-hari. Berbagai persoalan terus membuntuti, seperti stigma. Jadi beban ODHA ini tidak hanya terkait masalah medis, tetapi juga masalah kultur sosial bagaimana masyarakat menempatkan posisi ODHA, termasuk stigmatisasi yang terjadi pada masyarakat. Kesalahpahaman dan kurang lengkapnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit HIV/AIDS seringkali berdampak pada stigmatisasi (sangka buruk) terhadap ODHA. (Djoerban, 2009)

Berangkat dari sejumlah kasus yang dialami oleh ODHA diatas, sangat menunjukkan masalah sosial yang ditimbulkan lebih banyak dibandingkan masalah medisnya. Persoalan sosial inilah yang justru menjadi persoalan utama bagi ODHA karena persoalan sosial ini menyangkut interaksinya dengan lingkungan sosial dimana harus menjalani kehidupan mereka seperti sewajarnya.

Dalam kepentingan ini memang harus ada perubahan interpretasi masyarakat mengenai penyakit HIV/AIDS, program KIE/ penyuluhan yang dilakukan oleh pemerintah, LSM maupun pihak-pihak lain diharapkan dapat mengubah interpretasi masyarakat terhadap penyakit HIV/AIDS dengan cara memberikan informasi yang jelas dan benar mengenai cara penularan dan pencegahan penyakit HIV/AIDS, sehingga dengan interpretasi yang benar diharapkan dapat tercipta persepsi masyarakat yang benar terhadap ODHA. Perubahan persepsi ini menjadi kunci utama dalam mendukung kebutuhan-kebutuhan ODHA lainnya seperti perlindungan hukum, peningkatan ketrampilan, penanganan masalah kesehatan reproduksi, meningkatkan ekonomi ODHA dan

sebagainya. dengan kata lain bahwa penyuluhan kesehatan sebagai pemutus kaitan antara interpretasi yang salah mengenai penyakit HIV/AIDS dengan persepsi terhadap ODHA.

Miftah Thoha (2003: 145) menyatakan, proses terbentuknya persepsi seseorang didasari pada beberapa tahapan:

1) Stimulus atau Rangsangan.

Terjadinya persepsi diawali ketika seseorang dihadapkan pada suatu stimulus atau rangsangan yang hadir dari lingkungannya.

2) Registrasi.

Dalam proses registrasi, suatu gejala yang nampak adalah mekanisme fisik yang berupa penginderaan dan saraf seseorang berpengaruh melalui alat indera yang dimilikinya.

3) Interpretasi.

Merupakan suatu aspek kognitif dari persepsi yang sangat penting yaitu proses memberikan arti kepada stimulus yang diterimanya. Proses interpretasi bergantung pada cara pendalamannya, motivasi dan kepribadian seseorang.

4) Umpan Balik (*feed back*).

Setelah melalui proses interpretasi, informasi yang sudah diterima dipersepsikan oleh seseorang dalam bentuk umpan balik terhadap stimulus.

Proses persepsi menurut Mar'at (1992:108) adanya dua komponen pokok yaitu seleksi dan interpretasi. Seleksi yang dimaksud adalah proses penyaringan terhadap stimulus pada alat indera. Stimulus yang ditangkap oleh indera terbatas jenis dan jumlahnya, karena adanya seleksi. Hanya sebagian kecil saja yang

mencapai kesadaran pada individu. Individu cenderung mengamati dengan lebih teliti dan cepat terkena hal-hal yang meliputi orientasi mereka.

Interpretasi sendiri merupakan suatu proses untuk mengorganisasikan informasi, sehingga mempunyai arti bagi individu. Dalam melakukan interpretasi itu terdapat pengalaman masa lalu serta sistem nilai yang dimilikinya. Sistem nilai di sini dapat diartikan sebagai penilaian individu dalam mempersepsi suatu obyek yang dipersepsi, apakah stimulus tersebut akan diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut menarik atau ada persesuaian maka akan dipersepsi positif, dan demikian sebaliknya, selain itu adanya pengalaman langsung antara individu dengan obyek yang dipersepsi individu, baik yang bersifat positif maupun negatif.

Metode penyuluhan yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode ceramah yang berisikan tentang materi penularan dan tanda gejala HIV/AIDS. peneliti memberikan penjelasan tentang penularan dan tanda gejala HIV/AIDS sebanyak satu kali beserta leaflet untuk dibawa pulang dan posttest dilaksanakan 15-20 hari setelah penyuluhan. Sesuai dengan teori menurut (Notoatmodjo. 2003) jarak waktu antara test yang pertama dan test yang kedua sebaiknya antara 15 sampai dengan 20 karena jika waktu terlalu pendek kemungkinan responden masih ingat jawaban pada saat *pretest*. Sedangkan jika terlalu lama kemungkinan pada responden terjadi perubahan dalam variabel yang di ukur.

Pengambilan keputusan dalam hal ini persepsi terhadap ODHA merupakan masalah yang kompleks dan sangat krusial dalam masalah kesehatan. pengambilan keputusan dalam masalah kesehatan tidak cukup dari proses pertukaran informasi sebagai acuan keputusan pasien (Kusnadi dkk, 2009). Secara umum, pengambilan keputusan terkait dengan perilaku seseorang

dalam menanggapi setiap informasi yang diterimanya. Keputusan merupakan hasil dari suatu proses pemikiran yang ditentukan dengan mempertimbangkan berbagai faktor untuk dilaksanakan atau direalisasikan. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam pengambilan keputusan adalah:

1. Faktor Budaya: kebangsaan, agama, ras, karier, pendidikan, dan tempat tinggal.
2. Faktor Sosial: keluarga, status sosial.
3. Faktor Pribadi: pekerjaan atau karier, gaya hidup, kepribadian serta konsep hidup.
4. Faktor Psikologis: motivasi, persepsi, keyakinan, dan pendirian (Hutasoit, 2006).

