

## BAB II

### KAJIAN PUSTAKA

#### 2.1 HIV/AIDS

##### 2.1.1 Pengertian HIV/AIDS

HIV adalah retrovirus yang termasuk dalam famili lentivirus. Seperti retrovirus yang lain, HIV menginfeksi tubuh dengan periode inkubasi yang panjang (klinik-laten), dan utamanya menyebabkan munculnya tanda dan gejala AIDS. HIV menyebabkan beberapa kerusakan sistem imun dan menghancurkannya (Nursalam & Kurniawati, 2011).

HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*. Ini adalah virus yang menyebabkan terjadinya infeksi HIV dan AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*), yang merupakan tahapan lebih lanjut dari infeksi HIV. Ditetapkan kalau jumlah CD4 dibawah 200 atau mengalami salah satu dari daftar kondisi indikator AIDS (Gallant, 2010).

Dari penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan suatu retrovirus yang menginfeksi sistem imun dan menimbulkan gangguan pada penderita yang pada tahap lebih jauh dapat menjadi AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*). HIV menyerang sel imun terutama limfosit CD4 (sel *T-helper*). Sel CD4 adalah salah satu tipe dari sel darah putih yang bertanggung jawab untuk mengendalikan atau mencegah infeksi oleh banyak virus yang lain, bakteri, jamur, dan parasit, dan juga beberapa jenis kanker. Akibat infeksi HIV, dalam waktu panjang, jumlah sel-sel CD4 semakin

menurun. Walaupun mungkin diperlukan waktu bertahun-tahun, jumlah CD4 akhirnya semakin rendah sehingga tidak memadai untuk melawan infeksi, yang menyebabkan gejala atau komplikasi muncul. Seseorang yang menderita HIV/AIDS ini kerap disebut ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).

### 2.1.2 Epidemiologi

Berdasarkan Global dan Regional Statistic *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) tahun 2013 diperoleh data sebagai berikut :

| Region                                       | People living with HIV 2013                 |  | New HIV infections 2013                  |                              | AIDS-related deaths 2013 (total)         |
|--|---|--|--|------------------------------|--|
|  | total                                       | children                                 | total                                    | children                     |  |
| Sub-Saharan Africa                           | 24.7 million<br>[23.5 million–26.1 million] | 2.9 million<br>[2.6 million–3.2 million] | 1.5 million<br>[1.3 million–1.6 million] | 210 000<br>[180 000–250 000] | 1.1 million<br>[1.0 million–1.3 million] |
| Asia and the Pacific                         | 4.8 million<br>[4.1 million–5.5 million]    | 210 000<br>[190 000–270 000]             | 350 000<br>[250 000–510 000]             | 22 000<br>[18 000–32 000]    | 250 000<br>[210 000–290 000]             |
| Latin America                                | 1.6 million<br>[1.4 million–2.1 million]    | 35 000<br>[27 000–54 000]                | 94 000<br>[71 000–170 000]               | 1800<br>[<1000–7400]         | 47 000<br>[39 000–75 000]                |
| Western and Central Europe and North America | 2.3 million<br>[2.0 million–3.0 million]    | 2800<br>[2300–3600]                      | 88 000<br>[44 000–160 000]               | <500<br>[<200–<500]          | 27 000<br>[23 000–34 000]                |
| Eastern Europe and Central Asia              | 1.1 million<br>[980 000–1.3 million]        | 14 000<br>[13 000–14 000]                | 110 000<br>[86 000–130 000]              | <1000<br>[<1000–1200]        | 53 000<br>[43 000–69 000]                |
| Caribbean                                    | 250 000<br>[230 000–280 000]                | 17 000<br>[14 000–20 000]                | 12 000<br>[9400–14 000]                  | <1000<br>[<500–<1000]        | 11 000<br>[8300–14 000]                  |
| Middle East and North Africa                 | 230 000<br>[160 000–330 000]                | 16 000<br>[11 000–22 000]                | 25 000<br>[14 000–41 000]                | 2300<br>[1500–3400]          | 15 000<br>[10 000–21 000]                |
| Global                                       | 35 million<br>[33.2 million–37.2 million]   | 3.2 million<br>[2.9 million–3.5 million] | 2.1 million<br>[1.9 million–2.4 million] | 240 000<br>[210 000–280 000] | 1.5 million<br>[1.4 million–1.7 million] |

Sumber : UNAIDS,2013

Bisa diperhatikan pada tahun 2013 jumlah infeksi baru sudah mengalami penurunan 38% sejak tahun 2001 dari 3,4 juta menjadi 2,1 juta infeksi baru di dunia, walaupun tidak kita pungkiri bahwa jumlah tersebut tetap dibidang sangat besar (UNAIDS, 2013, "Fact Sheet"). Jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Indonesia sendiri pada tahun 2012 menurut Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit Menular Langsung (PPML) mencapai 27.197 orang dewasa. Jumlah tersebut meningkat sangat pesat apabila dibandingkan dengan jumlah ODHA pada tahun 2005 yang berkisar 5.832 orang. (Direktorat PPML, 2013). Sementara di Jawa Timur, pada tahun 2012, jumlah penderita HIV/AIDS mencapai 1.227 orang (Merdeka.com, 2013). Dimana untuk Kota Malang, berdasarkan catatan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), Dinas Kesehatan Kota Malang, pada 2012 penderita HIV/AIDS menembus angka 385 orang. Jumlah tersebut membuat Kota Malang menjadi kota dengan penderita HIV/AIDS tertinggi kedua di Jawa Timur. Serta berada pada posisi sepuluh di tingkat nasional (Kompas.com, 2012).

### **2.1.3 Etiologi dan Faktor Risiko**

HIV/AIDS disebabkan oleh suatu retrovirus yang bernama Human Immunodeficiency Virus (HIV). Virus tersebut membawa materi genetiknya dalam asam ribonukleat (RNA) dan bukan dalam asam deoksiribonukleat (DNA) (Smeltzer & Bare, 2001). Dengan bantuan enzim *reverse transcriptase* RNA virus akan ditranskripsikan menjadi DNA didalam sel inangnya, yakni sel imun terutama limfosit CD4 (sel T-helper).

Seperti penyakit kronis kebanyakan, terdapat kelompok-kelompok tertentu yang berisiko terjangkit HIV/AIDS, antara lain :

- Laki-laki atau perempuan yang sering bergonta-ganti pasangan berisiko tertular HIV/AIDS terlebih jika tidak menggunakan pengaman/kondom.
- Pria homoseks dengan lebih dari satu pasangan seksual. Hal ini terjadi karena pada pasangan homoseksual, bisa terjadi penularan virus akibat hubungan seksual melalui anus.
- Penyalahgunaan obat dengan suntik. Orang-orang yang menggunakan jarum suntik berisiko tertular virus dari pengguna sebelumnya karena peralatan yang digunakan tidak steril.
- Penderita hemofilia dan penerima transfusi darah atau produk darah lainnya.
- Anak-anak dari Ibu yang terinfeksi HIV, karena ketika dalam kandungan terjadi penularan virus melalui placenta.  
(Weber & Ferriman, 1996)
- Usia produktif. Menurut data yang tercatat pada CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) di Amerika, 80% dari semua penderita AIDS adalah usia produktif, yakni antara 20 sampai dengan 49 tahun (Muma, 1997).

#### **2.1.4 Penularan**

##### **a. Penularan seksual**

Penularan (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, dan

risiko hubungan seks anal lebih besar daripada risiko hubungan seks biasa dan seks oral. Seks oral tidak berarti tak berisiko karena HIV dapat masuk melalui seks oral reseptif maupun insertif. Kekerasan seksual secara umum meningkatkan risiko penularan HIV karena pelindung umumnya tidak digunakan dan sering terjadi trauma fisik terhadap rongga vagina yang memudahkan transmisi HIV.

Penyakit menular seksual meningkatkan risiko penularan HIV karena dapat menyebabkan gangguan pertahanan jaringan epitel normal akibat adanya borok alat kelamin, dan juga karena adanya penumpukan sel yang terinfeksi HIV (limfosit dan makrofaga) pada semen dan sekresi vaginal. Penelitian epidemiologis dari Afrika Sub-Sahara, Eropa, dan Amerika Utara menunjukkan bahwa terdapat sekitar empat kali lebih besar risiko terinfeksi AIDS akibat adanya borok alat kelamin seperti yang disebabkan oleh sifilis dan/atau *chancroid*. Risiko tersebut juga meningkat secara nyata, walaupun lebih kecil, oleh adanya penyakit menular seksual seperti kencing nanah infeksi *chlamydia*, dan trikomoniasis yang menyebabkan pengumpulan lokal limfosit dan makrofaga.

Transmisi HIV bergantung pada tingkat kemudahan penularan dari pengidap dan kerentanan pasangan seksual yang belum terinfeksi. Kemudahan penularan bervariasi pada berbagai tahap penyakit ini dan tidak konstan antarorang. Beban virus plasma yang tidak dapat dideteksi tidak selalu berarti bahwa beban virus kecil pada air mani atau sekresi alat kelamin. Setiap 10 kali penambahan jumlah RNA HIV plasma darah sebanding dengan 81% peningkatan laju transmisi

HIV. Wanita lebih rentan terhadap infeksi HIV-1 karena perubahan hormon, ekologi serta fisiologi mikroba vaginal, dan kerentanan yang lebih besar terhadap penyakit seksual. Orang yang terinfeksi dengan HIV masih dapat terinfeksi jenis virus lain yang lebih mematikan.

b. Kontaminasi Patogen melalui Darah

Jalur penularan ini terutama berhubungan dengan pengguna obat suntik, penderita hemofilia, dan resipien transfusi darah dan produk darah. Berbagi dan menggunakan kembali jarum suntik (*syringe*) yang mengandung darah yang terkontaminasi oleh organisme biologis penyebab penyakit (patogen), tidak hanya merupakan risiko utama atas infeksi HIV, tetapi juga hepatitis B dan hepatitis C. Risiko terinfeksi dengan HIV dari satu tusukan dengan jarum yang digunakan orang yang terinfeksi HIV diduga sekitar 1 banding 150. *Post-exposure prophylaxis* dengan obat anti-HIV dapat lebih jauh mengurangi risiko itu. Pekerja fasilitas kesehatan (perawat, pekerja laboratorium, dokter, dan lain-lain) juga dikhawatirkan walaupun lebih jarang. Jalur penularan ini dapat juga terjadi pada orang yang memberi dan menerima rajah dan tindik tubuh.

c. Penularan Masa Perinatal

Transmisi HIV dari ibu ke anak dapat terjadi melalui rahim (*in utero*) selama masa *perinatal*, yaitu minggu-minggu terakhir kehamilan dan saat persalinan. Bila tidak ditangani, tingkat penularan dari ibu ke anak selama kehamilan dan persalinan adalah sebesar 25%. Namun demikian, jika sang ibu memiliki akses terhadap terapi antiretrovirus dan melahirkan dengan cara bedah caesar, tingkat penularannya

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 penularan sebesar 4%.

### 2.1.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala HIV/AIDS digolongkan dalam empat stadium, yakni :

#### 1. Stadium pertama : HIV

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologi ketika antibodi terhadap virus tersebut berubah dari negatif menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif disebut *window period*. Lamanya *window period* ini antara 1-3 bulan, bahkan bisa sampai 6 bulan.

#### 2. Stadium kedua : Asimtomatik

Pada stadium ini di dalam tubuh terdapat HIV namun tidak menunjukkan gejala-gejala. Stadium ini disebut juga fase laten yang rata-rata berlangsung selama 5-10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV/AIDS pada fase ini sudah dapat menularkan pada orang lain.

#### 3. Stadium ketiga : Pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih dari 1 bulan.

#### 4. Stadium keempat : AIDS

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit seperti kanker, infeksi sekunder, dan penyakit syaraf.

Gajala klinis pada stadium AIDS sendiri dibagi menjadi :

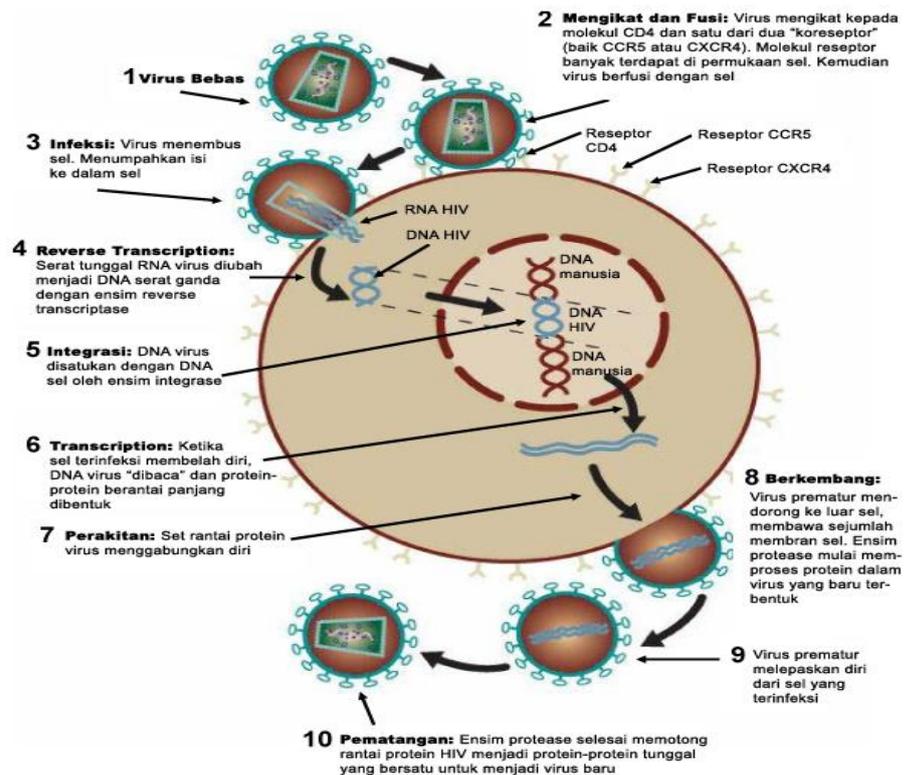
- Gejala Utama/mayor :
  - a. Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan
  - b. Diare kronis lebih dari satu bulan, berulang maupun terus-menerus
  - c. Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan
  - d. TBC
- Gejala minor :
  - a. Batuk kronis selama lebih dari satu bulan
  - b. Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur *Candida albicans*
  - c. Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh
  - d. Munculnya *Herpes zoster* berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh

(Depkes RI, 1997; Nursalam & Kurniawati, 2011).

#### 2.1.6 Patofisiologi

Virus menginfeksi sel dengan menggunakan glikoprotein envelop yang disebut gp120 yang terutama mengikat sel CD4<sup>+</sup> dan reseptor kemokin (CXCR4 dan CCR5) dari sel manusia. Oleh karena itu virus ini hanya dapat menginfeksi dengan efisien sel CD4<sup>+</sup> . Makrofag dan sel dendritik juga bisa diinfeksi.

Setelah virus berikatan dengan reseptor sel, membran virus bersatu dengan membran sel pejamu dan virus masuk ke sitoplasma. Disini envelop virus dilepas oleh protease virus dan RNA menjadi bebas. Kopi DNA dari RNA virus disintesis oleh enzim transkriptase dan kopi DNA bersatu dengan DNA pejamu. DNA yang terintegrasi disebut provirus. Povirus dapat diaktifkan, sehingga diproduksi RNA dan protein virus. Sekarang virus mampu membentuk struktur inti, bermigrasi ke membran sel, memperoleh envelop lipid dari sel pejamu, dilepas sebagai partikel virus yang dapat menular dan siap menginfeksi sel lain. Integrasi provirus dapat tetap laten dalam sel yang terinfeksi selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun, sehingga tersembunyi dari sistem imun pejamu, bahkan dari terapi antivirus (Baratawidjaja & Rengganis, 2009).



**Gambar 2.1** Siklus hidup HIV

Revised April 30, 2005  
Sumber: AIDS InfoNet

### 2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Terdapat dua uji laboratorium yang khas yang dapat digunakan untuk mendeteksi antibodi terhadap HIV, yaitu *enzyme linked immunosorbent assay* (ELISA) dan *Western blot*.

#### a. ELISA

Tes ini bereaksi terhadap adanya antibodi dalam serum dengan memperlihatkan warna yang lebih jelas apabila terdeteksi antibodi virus dalam jumlah besar (Price & Wilson, 2005). ELISA digunakan sebagai uji saring awal karena lebih murah dibandingkan Western blot dan lebih mudah digunakan untuk menskrining sampel jumlah besar. Tes ini cukup sensitif dan spesifik, namun dapat memberikan hasil positif palsu. Oleh karena itu hasil tes ELISA ini harus dikonfirmasi dengan Western blot (Kaplan et al., 2010).

#### b. Western Blot

Uji ini digunakan untuk memastikan uji ELISA sebelumnya. Western blot juga perlu dikonfirmasi dua kali. Uji ini lebih kecil kemungkinan untuk terjadi negatif palsu atau positif palsu. Setelah dikonfirmasi positif, pasien dikatakan seropositif HIV dan dilakukan pemeriksaan klinis dan imunologik lain untuk mengevaluasi derajat penyakit dan dimulai usaha-usaha untuk mengendalikan infeksi (Price & Wilson, 2005).

**Tabel 2.1. Empat Tahapan Derajat Infeksi HIV**

| <b>Fase</b> | <b>Derajat</b>   |
|-------------|--|
| 1           | Infeksi HIV primer   |
| 2           | HIV dengan defisiensi imun dini ( $CD4^+ > 500/\mu l$ )  |
| 3           | Adanya HIV dengan defisiensi imun yang sedang ( $CD4^+ : 200-500/\mu l$ )  |
| 4           | HIV dengan defisiensi imun yang berat ( $CD4^+ < 200/\mu l$ ) disebut dengan AIDS. Sehingga menurut CDC Amerika (1993) pasien masuk dalam kategori AIDS bila $CD4^+ < 200/\mu l$ . |

Sumber : Depkes RI (2003) dalam Nursalam & Kurniawati (2011)

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Upaya penanganan medis dilakukan dengan beberapa pendekatan, yakni penanganan infeksi yang berhubungan dengan HIV serta malignasi, penghentian replikasi virus HIV dengan antiretrovirus, dan penguatan serta pemulihan sistem imun melalui preparat imunomodulator.

#### a. Penanganan Infeksi

- Pada infeksi umum bisa digunakan Trimetoprim-sulfametoksazol (TMP-SMZ), yang merupakan preparat antibakteri untuk mengatasi berbagai mikroorganisme yang menyebabkan infeksi. Obat ini memiliki efek samping berupa demam, ruam, leukopenia, trombositopenia dan gangguan fungsi renal. Namun akhir-akhir ini telah dilakukan terapi desensitisasi untuk mengurangi efek samping tersebut.
- Pada Pneumonia *Pneumocystis carinii* (PCP) dapat diberikan TMP dalam bentuk suntikan IV ataupun oral. Kombinasi obat lain yakni trimetopim oral (Proloprim, Trimpex) dan dapson (Avlosulfon, DDS) terbukti sangat efektif untuk PCP yang ringan hingga sedang

- Untuk Meningitis, terapi primer yang mutakhir adalah amfoterisin B melalui IV dengan atau tanpa flusitosin atau flukonazol (Diflucan).
- Keadaan lain. Asiklovir dan foskarnat kini digunakan untuk mengobati ensefalitis yang disebabkan oleh herpes simpleks atau herpes zoster. Kandidiasis esofagus atau oral diobati secara topikal dengan obat isap (troches) oral klotrimazol (Mycelex) atau suspensi nistatin.

b. Terapi Antiretrovirus

Saat ini terdapat empat preparat antiretrovirus yang sudah disetujui oleh FDA untuk mengobati infeksi HIV, yakni :

- Zidovudin (ZDV; dulu disebut azidotimidin/AZT atau retrovir)

Saat ini terapi ZDV sudah disetujui diberikan pada orang yang terinfeksi HIV dengan jumlah  $CD4^+$  dibawah  $500/mm^3$ . Penelitian menunjukkan ZDV memperlambat perjalanan penyakit AIDS atau penyakit yang simptomatik pada pasien dengan HIV-positif tanpa gejala kecuali dengan jumlah sel  $CD4^+$  dibawah  $500/mm^3$  (Volberding et al., 1990) atau pada pasien dengan gejala ringan sementara  $CD4^+$  dibawah  $200/mm^3$  (Fischl et al., 1990).

(Smeltzer & Bare, 2001).

- Dideksinosin (didanosine [ddl])

Bagi banyak pasien dideksinosin memberikan hasil yang menjanjikan sebagai preparat alternatif menggantikan ZDV.

- Dideksitidin (ddC)

Obat ini tidak menembus cairan spinal sehingga tidak seefektif ZDV bila digunakan untuk mengobati ensefalopati yang

berhubungan dengan AIDS.

- Stavudin (d4T, Zerit)

Stavudin dapat dipreskripsikan bagi pasien-pasien infeksi HIV stadium lanjut yang tidak responsif terhadap preparat antivirus lain atau yang tidak dapat menolerir efek sampingnya.

- c. Imunomodulator

Untuk melawan penyakit AIDS, bukan hanya diperlukan preparat yang akan menghambat pertumbuhan virus, tapi juga diperlukan preparat yang bisa memulihkan atau menguatkan sistem imun yang rusak. Preparat oral alfa-interferon dosis rendah (IFN-alfa) kini sedang diteliti untuk menguji sifat-sifat antivirusnya disamping kemampuannya dalam menstimulasi sel-sel makrofag dan limfosit sel-T.

## **2.2 Kecemasan**

### **2.2.1 Definisi**

Ansietas merupakan suatu keadaan emosi yang tidak memiliki objek spesifik dan kondisi ini merupakan persepsi subjektif. Ansietas berbeda dengan rasa takut. Takut merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya, sedangkan cemas merupakan respon emosional terhadap penilaian tersebut (Stuart, 2001). Ansietas memiliki rentang dari ansietas yang sehat sampai ansietas yang membahayakan. Rentang tersebut bergantung dari tingkat kecemasan, lama kecemasan yang dialami, dan mekanisme koping individu terhadap ansietasnya. Ansietas dapat digolongkan dalam 3 rentang, yaitu ringan, sedang, dan

berat. Setiap tingkatan tersebut dapat menyebabkan perubahan baik pada fisiologis maupun emosional individu (Videbeck, 2008).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa ansietas merupakan suatu keadaan emosi seseorang yang tidak mempunyai objek spesifik dengan rentang ansietas sehat sampai membahayakan. Oleh karena itu ansietas perlu mendapatkan penanganan khusus sejak dini agar tidak sampai kepada fase yang lebih buruk lagi.

### **2.2.2 Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala ansietas sangat bervariasi tergantung dari tingkatan yang dirasakan individu yang mengalaminya (Hawari, 2004). Ada beberapa tanda dan gejala umum yang sering muncul saat individu mengalami ansietas, antara lain adalah (Hawari, 2004) :

1. Gejala psikologis seperti pernyataan cemas, firasat buruk, takut dengan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, dan mudah terkejut.
2. Gangguan pola tidur serta mimpi buruk.
3. Gangguan konsentrasi dan daya ingat.
4. Gejala somatik seperti rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar – debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan terasa dingin, dan lain – lain.

Ansietas juga dapat menimbulkan beberapa dampak pada individu sehingga memunculkan respon sebagai berikut (Stuart, 2001) :

1. Respon fisiologis
  - a. Kardiovaskuler seperti palpitasi, tekanan darah meningkat, tekanan darah menurun, hingga denyut nadi menurun.

- b. Pernafasan seperti nafas cepat dan pendek, nafas dangkal dan terengah – engah.
- c. Gastrointestinal seperti nafsu makan menurun, tidak nyaman pada perut, mual dan diare.
- d. Neuromuskular seperti tremor, gugup, gelisah, insomnia, dan pusing.
- e. Traktus urinarius seperti sering berkemih.
- f. Kulit biasanya keringat dingin, gatal, dan wajah kemerahan.

## 2. Respon perilaku

Respon perilaku yang muncul biasanya adalah gelisah, tremor, ketegangan fisik, reaksi mudah terkejut, gugup, bicara cepat, menghindar, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal dan melarikan diri dari masalah.

## 3. Respon kognitif

Respon kognitif yang timbul adalah perhatian terganggu, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berfikir, kesadaran diri meningkat, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu mengambil keputusan, meurunnya lapang persepsi dan kreativitas, bingung, takut, kehilangan kontrol, takut pada gambaran visual dan takut cedera atau kematian.

## 4. Respon afektif :

Respon afektif yang sering muncul adalah mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, ketakutan, waspada, gugup, mati rasa, rasa bersalah, dan malu.

### 2.2.3 Faktor Presipitasi

Stuart (2001) mengatakan bahwa faktor presipitasi ansietas dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu :

#### 1. Ancaman terhadap Integritas Fisik

Ancaman terhadap integritas fisik seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari – hari.

#### 2. Ancaman terhadap Rasa Aman

Ancaman ini terkait terhadap rasa aman yang dapat menyebabkan terjadinya ansietas, seperti ancaman terhadap sistem diri seseorang yang dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial seseorang. Pada anak usia prasekolah ancaman ini berupa rasa takut karena berpisah dengan figur yang sangat dekat dengannya.

### 2.2.4 Tingkat Ansietas

| Tingkat Ansietas | Respon Fisik  | Respon Kognitif   | Respon Emosional  |
|------------------|---|---|---|
| Ringan (1+)      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketegangan otot ringan</li> <li>2. Sadar akan lingkungan</li> <li>3. Rileks atau sedikit gelisah</li> <li>4. Penuh perhatian</li> <li>5. Rajin</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lapang persepsi luas</li> <li>2. Terlihat tenang, percaya diri</li> <li>3. Perasaan gagal masih sedikit</li> <li>4. Waspada dan memperhatikan banyak hal</li> <li>5. Mempertimbangkan informasi</li> <li>6. Tingkat pembelajaran optimal</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku otomatis</li> <li>2. Sedikit tidak sabar</li> <li>3. Aktivitas menyendiri</li> <li>4. Terstimulasi</li> <li>5. Tenang</li> </ol> |
| Sedang (2+)      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketegangan otot sedang</li> <li>2. Tanda – tanda vital meningkat</li> <li>3. Pupil dilatasi, mulai berkeringat</li> </ol>                                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lapangan persepsi menurun</li> <li>2. Tidak perhatian secara selektif</li> <li>3. Fokus terhadap stimulus</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak nyaman</li> <li>2. Mudah tersinggung</li> <li>3. Percaya diri goyah</li> <li>4. Tidak sabar</li> </ol>                              |

|            |  |  |   |
|------------|--|--|---|
|            | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sering mondar – mandir, memukulkan tangan</li> <li>5. Suara berubah, bergetar, nada suara tinggi</li> <li>6. Kewaspadaan dan ketegangan meningkat</li> <li>7. Sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah, nyeri punggung.</li> </ol>  | <p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Rentang perhatian menurun</li> <li>5. Penyelesaian masalah menurun</li> <li>6. Pembelajaran terjadi dengan memfokuskan</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Gembira</li> </ol>  |
| Berat (3+) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketegangan otot berat</li> <li>2. Hiperventilasi</li> <li>3. Kontak mata buruk</li> <li>4. Pengeluaran keringat meningkat</li> <li>5. Bicara cepat, nada suara tinggi</li> <li>6. Tindakan tanpa tujuan dan serampangan</li> <li>7. Rahang menegang, menggetarkan gigi</li> <li>8. Kebutuhan ruang gerak meningkat</li> <li>9. Mondar – mandir berteriak</li> <li>10. Meremas tangan, gemetar</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lapang persepsi terbatas</li> <li>2. Proses berfikir terpecah – pecah</li> <li>3. Sulit berfikir</li> <li>4. Penyelesaian masalah buruk</li> <li>5. Tidak mampu mempertimbangkan informasi</li> <li>6. Hanya memperhatikan ancaman</li> <li>7. Preokupasi dengan pikiran sendiri</li> <li>8. Egosentris</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat cemas</li> <li>2. Agitasi</li> <li>3. Takut</li> <li>4. Bingung</li> <li>5. Merasa tidak adekuat</li> <li>6. Menarik diri</li> <li>7. Penyangkalan</li> <li>8. Ingin bebas</li> </ol>  |
| Panik (4+) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Flight, fight, freeze</li> <li>2. Ketegangan otot sangat berat</li> <li>3. Agitasi mototrik kasar</li> <li>4. Pupil dilatasi</li> <li>5. Tanda – tanda vital meningkat kemudian turun</li> <li>6. Tidak bisa tidur</li> <li>7. Hormon stres dan neurotransmitter berkurang</li> <li>8. Wajah menyeringai, mulut menganga</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persepsi sangat sempit</li> <li>2. Pikiran tidak logis, terganggu</li> <li>3. Kepribadian kacau</li> <li>4. Tidak dapat menyelesaikan masalah</li> <li>5. Fokus memahami stimulus eksternal</li> <li>6. Halusinasi, waham, ilusi mungkin terjadi</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa terbebani</li> <li>2. Merasa tidak mampu, tiak berdaya</li> <li>3. Lepas kendali</li> <li>4. Mengamuk, putus asa</li> <li>5. Marah, sangat takut</li> <li>6. Mengharapkan hasil yang buruk</li> <li>7. Kaget, takut</li> <li>8. lelah</li> </ol> |

Sumber : Sheilla L, Videbeck (2008)

### 2.2.5 Rentang Respon Kecemasan

Rentang respon individu terhadap ansietas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif. Rentang respon yang paling adaptif adalah antisipasi dimana individu siap siaga untuk beradaptasi dengan cemas yang mungkin muncul. Sedangkan rentang yang paling maladaptif adalah panik dimana individu sudah tidak mampu lagi berespon terhadap cemas yang dihadapi sehingga mengalami gangguan fisik, perilaku maupun kognitif (Stuart, 2001).



Untuk rentang kecemasan ringan dan sedang mengarahke respon adaptif yang berarti dimana individu yang mengalami cemas masih bisa mengatasi kecemasannya. Begitu pula individu yang memiliki rentang kecemasan berat, mereka akan cenderung susaaah untuk mengontrol kecemasan yang dialaminya.

### 2.2.6 Penatalaksanaan Kecemasan

Menurut Kaplan dan Sadock (2002) penatalaksanaan yang paling efektif untuk pasien dengan gangguan kecemasan adalah sebagai berikut:

1. Psikoterapi

Pendekatan psikoterapi utama untuk gangguan kecemasan adalah perilaku kognitif, suportif, dan berorientasi pada contoh. Pendekatan kognitif secara langsung dapat menjawab distorsi kognitif individu, pendekatan perilaku menjawab keluhan somatik. Teknik utama yang digunakan dalam pendekatan perilaku adalah relaksasi dan *biofeedback*. Psikoterapi berorientasi-tilikan memusatkan untuk mengungkapkan konflik bawah sadar dan kekuatan ego. Terapi suportif menawarkan ketentraman dan kenyamanan pada individu.

## 2. Farmakoterapi

Dua jenis obat utama yang harus dipertimbangkan dalam pengobatan gangguan kecemasan adalah buspirone dan benzodiazepin. Obat lain yang mungkin berguna adalah obat trisiklik (imipramin), antihistamine, dan antagonis sdrenergik beta (propranolol)

### 2.2.7 Dampak

Akibat dari kecemasan adalah timbulnya ketegangan motorik, hiperaktivitas otonomik, dan kewaspadaan kognitif. Ketegangan motorik paling sering dimanifestasikan sebagai gemeteran, kegelisahan dan nyeri kepala. Hiperaktivitas seringkali dimanifestasikan oleh sesak nafas, keringat berlebih, palpitasi, dan berbagai gejala gastrointestinal. Kewaspadaan kognitif ditandai dengan sifat lekas tersinggung dan mudahnya pasien dikejutkan (Kaplan dan Sadock, 2002).

Kecemasan juga memiliki dampak positif dan negatif. Dampak positif dari kecemasan apabila individu mampu mengatasi dengan coping yang adaptif seperti, bersikap waspada terhadap bahaya (Westbrook,

Kennerley, dan Kirk, 2007; Albano dan Kendall, 2002), memotivasi untuk berejuang, dan merencanakan masa depan (Schroeder dan Gordon, 2002), menyadari adanya masalah serta segera mencari solusinya (Santrock, 2000). Sedangkan dampak negatif kecemasan terjadi bila terjadi respon maladaptif, terjadi dalam intensitas yang berlebih sampai mengganggu hubungan, fungsi sehari – hari, dan performa di sekolah atau pekerjaan (Barrios dan Hartmann, Morris dkk, 2008). Dalam hal ini jika kondisi kecemasan yang berlebihan tidak ditangani akan menyebabkan terjadinya masalah atau gangguan dalam kehidupan individu.

#### **2.2.8 Kecemasan pada ODHA**

Diagnosa AIDS merupakan suatu kejadian yang mirip dengan bencana besar bagi penderitanya. Karena penyakit ini diketahui menimbulkan pengaruh buruk yang cepat, belum ada obatnya, dan prognosis yang buruk. Penderita bisa jadi akan dimasukkan ke dalam golongan kelompok minoritas yang tidak disukai serta mendapatkan diskriminasi dalam berbagai masalah, seperti masalah kesehatan, pekerjaan, perumahan, dan bantuan masyarakat akibat rasa takut akan tertular (Sriwiododo, 1992).

Penderita AIDS sangat mudah merasa bersalah dan menerima penolakan dari sekitarnya, hal ini disebabkan karena anggapan bahwa tingkah laku mereka, terutama tingkah laku seksual, dapat membahayakan orang lain. Stigma seperti ini dapat menyebabkan gangguan perilaku pada penderita, seperti menghindari kontak fisik dan kontak sosial. Ketakutan akan hal tersebut dan respon negatif dari

masyarakat itulah yang menjadi masalah yang setiap hari harus dihadapi oleh penderita, keluarga, dan kelompok pendukung (Siyoto, Sandu, dkk, 2016).

Dalam hal ini stigma yang terkait dengan HIV sangat mungkin memengaruhi kesehatan fisik dan mental. Dalam satu penelitian di China, orang dengan HIV melaporkan stigma yang membuat mereka merasa tertekan, cemas, sedih, tidak bernilai dan bersalah, dan bahkan menimbulkan gangguan kejiwaan ( Wang, Y, dkk, 2007 ).

### **2.3 Dukungan Sebaya**

Dukungan Sebaya adalah dukungan yang diberikan oleh sesama ODHA untuk memperkuat mental ODHA yang baru mengetahui status HIV. Di Indonesia, dukungan sebaya terbanyak dikoordinasi oleh Yayasan Spiritia dengan cara mengelola kelompok dukungan yang bekerja di tingkat nasional, propinsi, dan kabupaten/kota. Sistem kelompok dukungan sebaya ini mencakup pelaksanaan penjangkauan, pendataan, dan pendampingan ODHA. Dengan mekanisme pengembangan yang terus menerus melalui sistem Kelompok Penggagas (KP) dari Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) sejak tahun 1996 hingga Juni 2011 telah lebih dari 22 ribu ODHA mendapatkan dukungan dalam menjalani kehidupannya (Handayani, Sarah, 2011).

#### **2.3.1 Kelompok Dukungan Sebaya**

Sejarah dukungan sebaya di Indonesia diawali oleh berkumpulnya 2 sampai 3 ODHA yang memiliki kesamaan dalam kejiwaan : senasib karena status HIV. Mereka saling membantu untuk memperkuat kepribadian yang lainnya .sejalan dengan waktu pertemuan, beberapa

ODHA yang memiliki kesamaan nasib melakukan pembentukan kelompok yang memiliki struktur organisasi sederhana. Kelompok ini bernama Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) (Retno & Sarah, 2011).

Pengertian KDS adalah suatu kelompok yang terdiri dari dua atau lebih orang dan atau terpengaruh langsung oleh HIV untuk berkumpul dan saling mendukung. Tujuan umum dari KDS adalah untuk mencapai mutu hidup yang lebih baik bagi ODHA dan Ohidha. Metode pembentukan KDS sangat beragam. Beberapa KDS terbentuk karena merupakan inisiasi individu untuk berkelompok namun ada pula yang merupakan inisiasi ketika bertemu dan mengenali kebutuhan untuk berkelompok di suatu wilayah. KDS melakukan aktivitas kegiatan di tingkat kabupaten atau kotamadya. Data spiritia (2010) menyatakan jumlah KDS yang sudah berdiri di Indonesia, sejak tahun 1995 diperkirakan 240 KDS. Namun saat ini , KDS yang masih aktif ada 199 KDS di 120 kabupaten atau kota di 21 provinsi.

Manfaat KDS menurut ODHA yang didukung oleh dukungan sebaya antara lain adalah sebagai wadah untuk berbagi perasaan (99,5%), wadah untuk mendapatkan pengetahuan tentang HIV/AIDS (99,8%), wadah yang membantu untuk ketersediaan layanan pengobatan dan perawatan serta layanan perubahan perilaku (99,7%), wadah yang sebaya dan sesama ODHA (99,7%), wadah menjaga kerahasiaan (99,1%), wadah yang memberiiikan motivasi hidup (99,4%), dan wadah sebagai keluarga kedua yang aman dan nyaman (99,5%).

Bentuk kegiatan KDS yang dilakukan antara lain pertemuan tertutup, pertemuan terbuka, pertemuan bulanan, studi club, seminar/workshop,

pelatihan HIV, pertemuan ODHA se-provinsi atau se-kabupaten atau kota. ODHA lebih banyak yang sering mengikuti pertemuan tertutup, pertemuan terbuka, pertemuan bulanan, dan kelompok belajar. Sedangkan kegiatan seperti seminar atau workshop, pelatihan HIV dan pertemuan ODHA se-provinsi atau kabupaten atau kota jarang dilakukan. Kegiatan yang pertama kali dilakukan oleh teman sebaya ketika pertama kali bertemu di KDS antara lain berbagi tentang perasaan diri sendiri (71,3 %), berkaitan dengan pengetahuan dasar (99,7 %), berkaitan dengan kelompok dukungan sebaya (99,8 %), serta berkaitan dengan tempat layanan, pengobatan, dan perawatan (99,6 %). ODHA yang didukung oleh dukungan sebaya menyatakan paling besar proporsi yang menyatakan ODHA sering menerima informasi dari teman sebaya tentang pengetahuan dasar HIV/AIDS yaitu 91,1 %. Sedangkan proporsi yang terbesar dari pendapat ODHA yang menyatakan tidak pernah mendapatkan pengetahuan infeksi oportunistik sebesar 3,5 % (Retno Sarah, 2011).

### **2.3.2 Kelompok Penggagas**

Pengertian KP adalah kelompok atau wadah dukungan sebaya yang berubah fungsi yaitu sebagai pengambil dan pelaksana inisiatif atau gagasan untuk mencapai mutu hidup ODHA dan Ohidha yang lebih baik dengan melayani pembentukan, penguatan, dan pengembangan KDS dengan prinsip kesetaraan. KP melakukan aktivitas kegiatan di tingkat provinsi atau kabupaten atau kota. KP provinsi melakukan aktivitas di

tingkat provinsi, dan menjadi inisiatif dalam pembentukan KP kabupaten dan kotamadya.

Perkembangan kelompok sampai Mei 2011 telah terbentuk 18 KP provinsi, 8 KP kabupaten atau kota di 21 provinsi. Prosedur pembentukan KP dimulai berdasarkan inisiatif kelompok dukungan sebaya ketika jumlah anggota dan kebutuhan sudah tidak dapat dipenuhi secara menyeluruh oleh KDS. Pembentukan KP dilakukan dengan metode yang beragam. Ada yang merupakan inisiatif sebuah KDS, ada pula yang merupakan gabungan beberapa KDS atau individu. Tidak ada metode baku dalam hal ini. Semuanya disesuaikan dengan kebutuhan dan kesepakatan anggota. Dalam memudahkan akses dan kerja sama yang lebih luas dengan berbagai pihak, KP diupayakan untuk berbadan hukum dengan prinsip kemandirian.

Berdasarkan hasil angket, ODHA mengetahui kelompok-kelompok penggagas, yang antara lain adalah kelompok yang membawahi kelompok-kelompok kecil dan kelompok yang mewadahi KDS. Agar ODHA tidak dikucilkan, maka diharapkan ODHA bisa bernaung di bawah KDS, donatur KDS, fasilitator dan pendukung KDS, KDS yang sudah dilegalisasikan, dan lain-lain.

Selain sebagai sumber informasi mengenai HIV, wadah dukungan sebaya berperan dalam pemberdayaan ODHA untuk meningkatkan pengetahuan dan kepercayaan dirinya, serta dukungan sebaya untuk mendorong kepatuhan minum obat dan memprakarsai prinsip pencegahan positif. Wadah dukungan sebaya juga berperan mengembangkan dan membangun jaringan serta sistem rujukan bersama-sama dengan pihak

lain. Koordinasi dalam sistem wadah dukungan sebaya dengan prinsip yang menjunjung tinggi kebersamaan dan kerja sama antara KP dan KDS baik di tingkat provinsi maupun kabupaten atau kota, akan membentuk mekanisme dukungan tanpa batas teritorial (Retno & Sarah, 2011).

### **2.3.3 Sistem Dukungan Sebaya**

Keberadaan KP di tingkat provinsi dan KDS di tingkat kabupaten atau kota membentuk suatu sistem layanan dukungan sebaya ODHA. Dari keberadaan KP di tingkat provinsi dan KDS di tingkat kabupaten, membagi wilayah menjadi 3 kelompok:

1. Wilayah pertama memiliki KP dan KDS
2. Wilayah kedua memiliki KP namun tidak memiliki KDS
3. Wilayah ketiga tidak memiliki KP dan Tidak memiliki KDS.

Dalam sub bab ini, ditemukan bagaimana sistem dukungan sebaya dapat melakukan penjangkauan total (*total coverage*), yaitu adanya perbedaan proporsi yang bermakna dalam mutu hidup pada wilayah sistem dukungan sebaya, dan adanya perbedaan proporsi peran KDS dalam mutu hidup (Retno & Sarah, 2011).

### **2.3.4 Penjangkauan Total**

Sistem dukungan sebaya mampu melakukan penjangkauan ke ODHA dan melakukan pendataan. Sampai Desember 2010, kasus yang dilaporkan lewat dukungan sebaya mencapai 38 % dari kabupaten atau kota yang dilaporkan mempunyai kasus AIDS. Di tahun 2010, sistem dukungan sebaya mampu mendukung 11.917 ODHA di 20 provinsi. 7,641

ODHA diantaranya adalah ODHA yang baru mengetahui dirinya terinfeksi HIV.

Pada tingkat kabupaten KDS melakukan penjangkauan dan pendataan ODHA. Hasil kegiatan penjangkauan dan pendataan yang dilakukan KDS dilaporkan ke Kelompok Penggagas (KP). KP kemudian melaporkan ke sistem dukungan sebaya di tingkat nasional (Retno & Sarah, 2011).

### **2.3.5 Sistem Dukungan Sebaya Terhadap Mutu Hidup ODHA**

Dukungan sebaya membentuk suatu sistem dalam melakukan penjangkauan dan pendampingan kepada ODHA yang baru mengetahui status HIV. Sistem dukungan sebaya bekerja dalam tingkat kabupaten atau kota dan provinsi serta nasional. Dengan adanya sistem dukungan sebaya ini maka wilayah Indonesia terbagi tiga, yaitu wilayah dengan sistem dukungan sebaya penuh, wilayah dengan sistem dukungan sebaya parsial, dan wilayah tanpa sistem dukungan sebaya. Disebut wilayah dengan sistem dukungan sebaya penuh, jika wilayah tersebut memiliki KP dan KDS. Disebut wilayah dengan sistem dukungan sebaya parsial, jika wilayah tersebut memiliki KDS saja, sedangkan wilayah tanpa KP dan KDS disebut wilayah tanpa sistem dukungan sebaya (Retno & Sarah, 2011).

### **2.3.6 Peran Dukungan Sebaya Terhadap Mutu Hidup ODHA**

Peran kelompok dukungan sebaya terhadap mutu hidup ODHA pada tabel ODHA yang percaya diri lebih banyak adalah ODHA yang mendapatkan dukungan sebaya. ODHA yang mendapatkan dukungan sebaya 3,281 lebih banyak memiliki percaya diri daripada yang tidak

mendapatkan dukungan sebaya. ODHA yang memiliki pengetahuan HIV baik, lebih banyak pada ODHA yang mendapatkan dukungan sebaya. ODHA yang mendapatkan dukungan sebaya 9,444 lebih banyak memiliki pengetahuan baik daripada yang tidak mendapatkan dukungan sebaya . ODHA yang memiliki banyak akses ketersediaan layanan dukungan, pengobatan dan perawatan lebih banyak pada yang mendapatkan dukungan sebaya. ODHA yang mendapatkan dukungan sebaya 6,617 lebih banyak memiliki banyak akses ketersediaan layanan dukungan, pengobatan, dan perawatan daripada yang tidak mendapatkan dukungan sebaya.

ODHA yang memiliki perilaku tidak berisiko terinfeksi HIV lebih banyak pada yang mendapatkan dukungan sebaya. ODHA yang mendapatkan dukungan sebaya 1,513 lebih banyak memiliki perilaku tidak berisiko terhadap infeksi HIV daripada yang tidak mendapatkan dukungan sebaya. ODHA yang banyak melakukan kegiatan positif lebih banyak pada yang mendapatkan dukungan sebaya. ODHA yang mendapatkan dukungan sebaya 5,005 lebih banyak memiliki banyak kegiatan positif daripada yang tidak mendapatkan dukungan sebaya (Retno & Sarah, 2011).

| Mutu Hidup Odha   | Dukungan Sebaya             |      |                                   |      | PR<br>(95 % CI)      | P value |
|---|-----------------------------|------|-----------------------------------|------|----------------------|---------|
|   | Mendapatkan dukungan sebaya |      | Tidak mendapatkan dukungan sebaya |      |                      |         |
|   | n                           | %    | n                                 | %    |                      |         |
| Pilar 1 :   |                             |      |                                   |      |                      |         |
| Percaya Diri  |                             |      |                                   |      |                      |         |
| - Percaya diri  | 680                         | 64,3 | 315                               | 35,5 | 3,281 (2,723-3,953)  | 0,000   |
| - Cukup Percaya diri  | 377                         | 35,7 | 573                               | 64,5 | 1                    |         |
| Pilar 2 :   |                             |      |                                   |      |                      |         |
| Pengetahuan HIV   |                             |      |                                   |      |                      |         |
| - Baik  | 1038                        | 97,0 | 711                               | 77,5 | 9,444 (6,430-13,869) | 0,000   |
| - Cukup Baik  | 32                          | 3,0  | 207                               | 22,5 | 1                    |         |
| Pilar 3 :   |                             |      |                                   |      |                      |         |
| Akses ketersediaan Layanan Dukungan, Pengobatan dan Perawatan |                             |      |                                   |      |                      |         |
| - Banyak akses  | 1025                        | 96,1 | 686                               | 78,7 | 6,617 (4,670-9,376)  | 0,000   |
| - Banyak akses  | 42                          | 3,9  | 186                               | 21,3 | 1                    |         |
| Pilar 4 :   |                             |      |                                   |      |                      |         |
| Tidak menularkan virus ke orang lain                          |                             |      |                                   |      |                      |         |
| - Tidak Berisiko  | 801                         | 77,5 | 600                               | 69,5 | 1,513 (1,232-1,859)  | 0,000   |
| - Berisiko  | 232                         | 22,5 | 263                               | 30,5 | 1                    |         |
| Pilar 5 :   |                             |      |                                   |      |                      |         |
| Melakukan Kegiatan Positif                                    |                             |      |                                   |      |                      |         |
| - Banyak  | 796                         | 73,9 | 339                               | 36,1 | 5,005 (4,138-6,055)  | 0,000   |
| - Sedikit   | 281                         | 26,1 | 599                               | 63,9 | 1                    |         |

Pada tabel 48, hasil mutu hidup secara keseluruhan menunjukkan adanya perbedaan proporsi secara bermakna antara ODHA yang mendapatkan dukungan dari dukungan sebaya dengan yang tidak mendapatkan dukungan sebaya. ODHA yang mendapatkan dukungan sebaya memiliki mutu hidup tinggi 6,901 kali daripada yang tidak mendapatkan dukungan sebaya.

| Mutu Hidup Odha | Dukungan Sebaya             |      |                                   |      | PR<br>(95 % CI)         | P value |
|-----------------|-----------------------------|------|-----------------------------------|------|-------------------------|---------|
|                 | Mendapatkan dukungan sebaya |      | Tidak mendapatkan dukungan sebaya |      |                         |         |
|                 | n                           | %    | n                                 | %    |                         |         |
| Tinggi          | 880                         | 86,9 | 396                               | 48,9 | 6,901 (95% 5,491-8,673) | 0,000   |
| Rendah          | 133                         | 13,1 | 413                               | 51,1 | 1                       |         |

Ada perbedaan proporsi bermakna antara mendapatkan dukungan dari KDS dengan mutu hidup semua pilar. Hasil persepsi ODHA tentang pengaruh hubungan pertemanan dengan KDS dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

| Pilar Mutu hidup                                 | Pengaruh Hubungan Dengan Kelompok Dukungan Sebaya |     |                    |      |              |      |                     |      |
|--|---|-----|--------------------|------|--------------|------|---------------------|------|
|  | Sangat Tidak Mempengaruhi                         |     | Tidak Mempengaruhi |      | Mempengaruhi |      | Sangat mempengaruhi |      |
|  | n   | %   | n                  | %    | n            | %    | n                   | %    |
| Percaya Diri Odha                                | 66  | 6,3 | 196                | 18,6 | 554          | 52,5 | 240                 | 22,3 |
| Pengetahuan Odha                                 | 60  | 5,7 | 136                | 12,9 | 575          | 54,7 | 280                 | 26,6 |
| Akses Layanan Dukungan, Pengobatan dan Perawatan | 13  | 1,3 | 20                 | 2,0  | 737          | 71,9 | 255                 | 24,9 |
| Tidak Menularkan Virus ke Orang Lain             | 18  | 1,8 | 51                 | 5,0  | 604          | 58,8 | 354                 | 34,5 |
| Melakukan Kegiatan Positif                       | 10  | 0,9 | 20                 | 1,9  | 724          | 69,3 | 290                 | 27,8 |

ODHA yang mendapat dukungan sebaya menyatakan lebih dari 50 % hubungan pertemanan dengan kelompok dukung sebaya mempengaruhi percaya diri ODHA, pengetahuan ODHA, akses layanan dukungan, pengobatan dan perawatan, tidak menularkan virus ke orang lain, dan melakukan kegiatan positif. Namun antara 0,9 % sampai 6,3 % yang menyatakan sangat tidak mempengaruhi. Hasil kualitatif dapat dilihat pada tabel berikut ini :

| ONDS  |   | ODS  |  |
|---|---|--|--|
| Dulu  | Sekarang  | Dulu   | Sekarang   |
| <b>Menerima Status</b>  |   |  |  |
| Stres, minder, mau bunuh diri, frustrasi, merasa sendiri, putus asa, malu.                                | Lebih baik karena ada perhatian keluarga, mulai percaya diri. | Kecewa, marah, frustrasi, mau bunuh diri, malu, diam, putus asa, stres, <i>down</i> , kehilangan teman, merasa sendiri.                                  | Termotivasi, percaya diri dari KDS, mendapat contoh positif dan teman senasib ( <i>role model</i> ), ada tempat untuk <i>sharing</i> curhat. |
| <b>Membuka Status</b>   |   |  |  |
| Takut, malu untuk buka status, membuka status dengan keluarga dan pasangan, menutup status dari tetangga. | Tetap menutup status, berani buka status ke pasangan.         | Takut dijauhi dan ditinggalkan, takut mendapatkan perlakuan diskriminasi, malu buka status, tidak percaya diri, merasa tidak ada manfaatnya buka status. | Buka status dengan keluarga, pasangan dan KDS. Menutup status di tetangga, berani buka status di publik.                                     |
| <b>Berinteraksi Sosial</b>  |   |  |  |
| Ada diskriminasi, takut, minder, malu, merasa terhina.  | Lama-lama biasa saja, cuek, menutup diri.                     | Diskriminasi di tetangga, biasa saja, cuek.  | Ada perubahan lebih baik karena melihat KDS yang percaya diri, bergaul seperti biasa, bergaul biasa karena tetangga tidak tahu.              |

Dalam hal memiliki kepercayaan diri, semua ODHA dengan dukungan sebaya menerima status terinfeksi HIV melalui proses pendampingan KDS. Peran KDS sangat penting karena ada nasib yang sama di antara mereka, sebagaimana ungkapan berikut ini:

*“Waktu teman KDS memperkenalkan diri ‘Saya juga positif’, saya merasa senang ada teman senasib” (Penasun, laki-laki 25 tahun).*

Namun, meskipun menerima status, namun belum tentu ODHA mau membuka statusnya kepada orang lain di luar KDS. Bahkan kepada keluarga sekali pun karena kekhawatiran terjadinya diskriminasi seperti yang dialami oleh ODHA yang lain. Seperti yang diungkapkan oleh ODHA seperti ini :

*“Sama keluarga belum membuka status karena pengalaman dari teman teman yang lain ketakutan, takut diusir dari rumah” (IRT, 30 tahun).*

Meskipun sudah bisa menerima status serta membuka status KDS dalam keluarga, namun belum tentu ODHA mau membuka statusnya kepada orang lain terutama di tempat bekerja. Tidak membuka status dianggap lebih nyaman bagi ODHA untuk tetap berinteraksi secara sosial.

*“Teman-teman kerja tidak ada yang tahu, tetangga tidak ada yang tahu, tapi teman gereja kayaknya ada yang tahu soalnya waktu saya tes CD4. Kalau sudah tes CD4 orang sudah tahu arahnya ke mana gitu. Nah yang kebetulan pegawai di situ ada teman gereja. Tapi saya berusaha biasa-biasa saja. Saya jarang bergaul di rumah karena memang saya sering ke luar kota” (Penasun, laki-laki, 31 tahun).*

Sementara ODHA tanpa dukungan sebaya juga mendapatkan dukungan dari lingkungannya. Sebagian ODHA tanpa dukungan sebaya tidak bisa menerima statusnya yang terinfeksi HIV, sebagaimana ungkapan berikut ini:

*“Tidak, untuk minder tidak, pikiran saya itu udah macam-macam. Kayak tidak makan 3 hari, lemas dan linglung. Yah, mau gimana lagi, kita kan gak bisa mundur ke belakang” (Penasun, laki-laki, 29 tahun).*

Perasaan minder, takut dijauhan oleh orang, dan tidak ada yang mendampingi membuat ODHA menarik diri dari pergaulan dan menutup statusnya, sebagaimana ungkapan ODHA tanpa dukungan sebaya berikut ini;

*“Kalau sampai orang lain tahu, dia akan menjauhkan kita. Dari sanalah agak sedikit rasa minder, mending diem di rumah ngurung diri gitu aja. Sampai sekarang takut berhadapan dengan orang lain” (IRT, 20 tahun).*

Peran keluarga sangat penting dalam mendukung kepercayaan diri ODHA. Dukungan keluarga tidak hanya menguatkan perasaan bahwa ODHA tidak dibuang dan dikucilkan, namun juga berpengaruh terhadap pengobatannya, sebagaimana ungkapan ODHA tanpa dukungan sebaya berikut ini:

*“Saya bilang sama dokter tidak mungkin hal ini saya pikul sendiri. Kita melihat masalah ini cukup berat. Jadi butuh dukungan ketika keluarga tahu pasti saya d tolak jadi saya butuh teman seseorang yang menolong saya. Jadi saya minta dokter untuk sampaikan hal ini kepada mama saya. Dokter yang menyampaikan hal ini kepada mama saya, yang tadi nya mama saya tidak menerima. Tetapi puji Tuhan sekarang mama saya sudah bisa menerima” (IRT, 27 tahun).*

Besarnya peranan pasangan kepada ODHA untuk dapat terus mengikuti kegiatan dukungan sebaya juga besar, sebagaimana ungkapan berikut ini:

*“Karena dorongan pertama itu anak dan istri. Tanpa dorongan istri, saya tidak akan masuk KDS. Karena waktu itu saya belum kuat naik sepeda motor. Jadi sama istri di anterin naik angkutan umum. Makanya saya sangat bersyukur karena ketemu istri dan teman teman KDS”(Penasun, 36 tahun).*

| ONDS  |  | ODS  |   |
|---|--|--|---|
| Dulu  | Sekarang   | Dulu   | Sekarang  |
| <b>Pengetahuan Dasar HIV</b>  |  |  |   |
| Pengetahuan minim tentang HIV, pengetahuan rendah, tidak tahu sama sekali.    | Belajar sendiri, dari dokter, ada keluarga yang menjelaskan, belajar di seminar, belajar di klinik VCT, dapat buku atau leaflet. | Tidak tahu apa-apa tentang HIV, pengetahuan rendah, tingkat pendidikan rendah, lugu. | Ada KDS tempat belajar, di <i>close meeting</i> bisa bertanya, ikut seminar-seminar, dokter suka diundang, bisa tanya kapan saja, ada keterbatasan bahasa daerah dan pendidikan yang rendah, senang karena KDS senasib. |
| <b>Pengobatan ARV</b>   |  |  |   |
| Tidak tahu tentang pengobatan, HIV tidak ada obatnya, sama sekali tidak tahu. | Tanya ke dokter, bingung tentang efek samping, bosan minum obat dan putus minum obat.  | Sama sekali tidak tahu, takut untuk minum obat, HIV tidak ada obatnya.               | Bisa tanya ke KDS tentang pengobatan kapan saja, ada lembar fakta Spiritia bisa dibaca, tahu ada efek samping obat dan tanya ke KDS, diingatkan untuk setel alarm HP untuk jam minum obat.                              |
| <b>Infeksi Oportunistik</b>   |  |  |   |
| Tidak tahu IO, bukan bagian dari infeksi HIV.                                 | Tahu IO dari buku, dijelaskan dokter, masih tidak tahu tentang IO.   | Sama sekali tidak tahu tentang IO, istilah IO saja tidak tahu.                       | Sudah tahu tentang IO, ternyata saya sudah mengalami IO.  |

dukungan sebaya mengaku bertambah pengetahuannya tentang pengetahuan dasar HIV, pengobatan ARV dan infeksi oportunistik. Hal ini terjadi karena pengetahuan tersebut diberikan, baik secara langsung dengan mengundang dokter, diskusi, maupun dari buku-buku yang diberikan di KDS.

*“Menurut saya, KDS sangat berperan. Banyak saya dapat informasi dari KDS. Tentang pengetahuan dasar HIV, cara berinteraksi dengan teman-teman. Saya bilang gak mungkin saya bisa jawab ini kalau bukan KDS”*(Penasun, laki laki 28 tahun).

Selain sebagai tempat untuk berkumpul dan mencurahkan pendapat, salah satu peran penting KDS adalah menjadi contoh atau *role model* bagi ODHA untuk pemberdayaan positif, sebagaimana ungkapan berikut ini: *“Sumber pengetahuannya sudah jelas. Ada buku-buku, lembar informasi. Teman-teman KDS lebih kepada role model pengobatan ARV untuk saya” (IRT, 35 tahun).*

Sebagian ODHA tanpa dukungan sebaya tidak mengalami peningkatan pengetahuan tentang HIV/AIDS. Tidak bertambahnya pengetahuan tentang HIV/AIDS bisa disebabkan oleh ketidakterpaparan terhadap informasi. *“Saya ndak pernah tahu tentang HIV. Ndak pernah lihat dari TV atau koran tentang penyakit HIV ini” (Pelanggan, laki-laki, 35 tahun).*

Ketidaktahuan tentang infeksi oportunistik terjadi, meskipun yang bersangkutan mengalami infeksi oportunistik. *“Apa yah? Sakit batuk gak sembuh-sembuh. Udah sembuh, ke dokter, batuk lagi terus sama demam gitu. Sampai sekarang tidak tahu tentang infeksi oportunistik” (Penasun, laki-laki, 31 tahun).*

| ONDS  |  | ODS  |  |
|---|--|--|--|
| Dulu  | Sekarang   | Dulu   | Sekarang   |
| <b>Layanan Dukungan</b>   |  |  |  |
| Keluarga dan pasangan memberikan dukungan, sendirian, sedih, frustrasi. | Keluarga dan pasangan mendukung, sendirian.      | Dokter memberikan dukungan moril, keluarga mendukung, takut bicara dengan pasangan.          | KDS memberikan dukungan moril, KDS datang ke rumah ( <i>home visit</i> ), curhat dan <i>sharing</i> untuk mendukung. |
| <b>Layanan Pengobatan</b>   |  |  |  |
| Sendirian, tidak tahu akses, tidak punya teman, mengandalkan dokter.    | Dokter, VCT, keluarga, pasangan, sendirian.      | Konsultasi dengan dokter, bingung untuk curhat, perlu tanya tentang efek samping minum obat. | Bisa tanya ke KDS, dapat tips untuk kepatuhan minum obat, bisa pinjam obat.  |
| <b>Layanan Perawatan</b>  |  |  |  |
| Keluarga yang ngurus, sendirian, bingung.                               | Pergi ke VCT, repot, tidak ada yang menjelaskan. | Keluarga dan pasangan mengurus, bingung dengan biaya.  | KDS membantu mengurus jamkesda, ada teman senasib yang membantu, komunikasi ke RS lebih gampang karena dibantu.      |

Peran KDS juga sangat penting dalam memberikan informasi tentang akses layanan dukungan. ODHA dengan dukungan sebaya mengetahui tentang akses terhadap layanan dukungan, pengobatan, dan perawatan. Pengetahuan ini didapat dari adanya komunikasi yang terjalin di dalam kelompok. KDS berupaya untuk membantu ODHA dalam mengakses layanan yang ada sehingga ODHA merasa nyaman untuk bertanya. *“Saya tidak tau bagaimana cara-cara mengakses layanan yang ada. Pokoknya kalau ada keperluan untuk mengakses layanan yang ada, KDS siap membantu” (Penasun, laki-laki, 30 tahun).*

Untuk menguatkan tingkat kepatuhan dalam pengobatan, peran KDS juga sangat penting dalam menginformasikan tentang hal-hal yang terkait dengan pengobatan ARV.

*“Temannya KDS mengingatkan bahwa minum ARV ko minum jam 9 pagi dan jam 9 malam. Tapi kalau jam 8 pagi ya jam 8 malam itu jangan sampai telat. Mereka juga mengingatkan supaya dipasang alarm” (Waria, 48 tahun).*

Sebagian ODHA tanpa dukungan sebaya tidak mendapatkan informasi terhadap layanan dukungan untuk HIV/AIDS. Ketidaktahuan tersebut kemungkinan besar disebabkan karena keterbatasan informasi yang diperoleh oleh ODHA.

*“Informasi paling dari dokter saja. Pernah ada pertemuan saya dikasih buku dan saya membacanya saat di rumah informasi tentang HIV” (IRT, 27 tahun).*

Keterbatasan informasi yang didapat, dapat berkurang bila ODHA tanpa dukungan sebaya mendapatkan dukungan dari keluarga, teman, atau pasangannya sebagaimana ungkapan ODHA berikut ini:

*“Ada satu teman yang care banget, sampai sekarang pun hubungan kita masih baik. Dia ODHA juga. Yang merekomendasikan rehab, dia juga. Dia juga kenal sama istri, sering komunikasi dengan istri. Mungkin kalau kita ndak punya teman, susah juga. Mau ke rehab sendiri, malu juga” (Penasun, laki-laki, 32 tahun).*

| ONDS   |  | ODS   |  |
|--|--|---|--|
| Dulu   | Sekarang   | Dulu  | Sekarang   |
| <b>Kondom</b>  |  |   |  |
| Tidak pernah pakai kondom karena tidak tahu itu bisa mencegah penularan, pakai kondom gak enak, sudah terlanjur sakit kenapa harus pakai kondom. | Selalu pakai kondom tahu dari dokter, kadang-kadang pakai. | Tidak pernah pakai kondom karena tidak tahu itu berisiko, tidak pakai kondom karena pasangan menolak, tidak pakai kondom karena gak enak. | Pernah punya pikiran lepas kondom tapi diingatkan KDS, selalu pakai kondom untuk mencegah penularan. |

| Jarum Suntik  |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Sharing jarum, gak tau kalau bahaya.                                  | Sudah tidak lagi sharing jarum.  | Tidak tahu tentang metadon, tidak tau tentang faktor risiko bertukar jarum, melakukan sharing jarum. | Ikut rehab, tahu dari KDS, sudah tidak lagi <i>sharing</i> jarum, gak pernah relaps karena gak boleh di KDS. |
| PMTCT   |  |  |  |
| Tidak tahu PMTCT, Odha akan cepat mati tidak mungkin bisa punya anak. | Tidak tahu PMTCT, tidak ikut PMTCT, gak pernah ada yang bicara tentang PMTCT, tau PMTCT dari dokter. | Tidak tahu PMTCT, tidak tahu bahwa Odha yang hamil bisa menularkan ke bayinya.                       | Tahu PMTCT dari KDS, ikut program PMTCT.   |

Kesadaran untuk tidak menularkan infeksi HIV kepada orang lain adalah perubahan perilaku yang terjadi setelah adanya proses peningkatan pengetahuan dan pembangunan motivasi untuk menghentikan penularan. Dalam pertemuan-pertemuan dengan KDS, kesadaran untuk melakukan pencegahan dilakukan secara intensif. Perubahan perilaku yang terjadi adalah dalam hal pemakaian kondom. *“Sebelumnya saya sama sekali tidak mengetahui bagaimana caranya tidak menularkan kepada orang lain. Saya pakai kondom. Dari pertemuan dengan kelompok dukungan saya sadar bahwa hubungan seksual adalah salah satu pintu masuk HIV. Jadi saya tidak mau orang yang saya sayang tertular karena penyakit HIV” (Penasun, laki-laki, 30 tahun).*

Selain pemakaian kondom, perubahan perilaku yang juga sangat penting adalah dalam hal tidak lagi berbagi jarum suntik. *“Sebelumnya saya tau status saya sharing jarum. Dan teman-teman saya sharing hampir semua sudah meninggal. Dokter di klinik VCT memberikan penjelasan tentang perilaku saya yang berisiko. Saya sangat menyesal. Setelah tahu positif saya tidak pernah berhubungan seksual lagi dengan pacar saya. Saya*

*juga tidak pernah lagi sharing jarum. KDS mengingatkan untuk Stop HIV!”  
(Penasun, laki-laki, 30 tahun).*

Bahkan, untuk masalah narkoba menjadi peraturan dalam KDS, yaitu bagi yang masih menggunakan narkoba tidak diperkenankan untuk bergabung dalam kelompok. Hal itu diterapkan untuk mencegah terjadinya relaps di antara pemakai narkoba. *“Kita dituntut untuk memberdayakan ODHA itu. Ketika teman-teman tidak siap dalam program-program pemberdayaan, tidak hanya pengetahuan yang dibagikan. Apakah itu mereka bisa berdaya, kita memberitahukan bahwa HIV status ini tidak boleh menularkan kepada orang lain. Tidak hanya sekedar pengetahuan, tetapi perilaku, misalnya jangan pakai Narkoba lagi!”(Koordinator KP).*

Sebagian ODHA tanpa dukungan sebaya belum memiliki upaya pencegahan untuk menularkan pada orang lain. Tidak menggunakan kondom dilakukan karena suami istri sudah terinfeksi. *“Semenjak kita tahu status, kita tidak pernah memakai pengaman apapun. Karena merasa dua-dua sudah terinfeksi. Tapi walau begitu, kita tidak pernah memasukkan sperma itu ke dalam, artinya dengan cara sendiri, dikeluarkan di luar. Karena virus yang mengidap di dalam, itu belum tentu sama apa yang diidap pada lawan jenis. Kan pasti berbeda ,takutnya pas waktu kalau dimasukkan malah akan lebih cenderung ke kitanya” (IRT, 26 tahun).*

Memiliki kegiatan yang positif adalah tetap memiliki pandangan yang positif dalam menjalani kehidupan, seperti tetap bekerja, melakukan hobi, memiliki rencana berkeluarga, dan memiliki anak. Sebagian ODHA

dengan dukungan sebaya tetap tidak mengalami perubahan meskipun mendapat pendampingan dukungan sebaya. *“Dulu saya pikir tidak mungkin berkeluarga. Harapan seperti itu pasti ada. Cuma saya berpikir lagi, dengan kerjaan seperti ini, apakah saya mampu menghidupi keluarga saya. Tapi teman-teman di KDS memberikan gambaran ada harapan untuk berkeluarga. Yang penting sekarang saya dapat pekerjaan dulu yang lebih baik dari sekarang”* (Penasun, laki-laki, 31 tahun).

Hal yang sama juga dialami oleh ODHA tanpa dukungan sebaya. Tidak memiliki semangat untuk meneruskan pendidikan karena sudah tidak memiliki semangat dan tidak ada yang mendorong. *“Masuk SMP cuma sebentar gak diterusin, karena pacuan hidup saya untuk sekolah gak ada. Karena saya pikir sekolah itu belajar, jadi gak perlu belajar sama guru. Saya belajar sama diri saya. Jadi guru saya adalah pengalaman saya.”* (Penasun, laki-laki, 29 tahun).

#### **2.4 Hubungan keikutsertaan dalam kelompok dukungan sebaya terhadap tingkat kecemasan ODHA**

Keikutsertaan dalam KDS dapat meningkatkan mutu hidup ODHA dimana kecemasan masuk dalam aspek keadaan mental dari penderita. Salah satu aspek yang diharapkan muncul dari keikutsertaan ODHA dalam KDS dalam menghadapi kecemasan adalah punya kepercayaan diri. Menurut Bandura (1986), kepercayaan diri telah terbukti berdampak pada praktik kesehatan serta adaptasi kepada penyakit dan pengobatan. Bandura mendefinisikan kepercayaan diri sebagai keyakinan seseorang bahwa ia dapat menjalankan perilaku yang diperlukan untuk menghasilkan hasil yang

diinginkan. Peningkatan kepercayaan diri telah dikaitkan dengan peningkatan terhadap kepatuhan, peningkatan perilaku perawatan diri, dan penurunan gejala fisik dan psikologis.

Pada orang-orang dengan HIV/AIDS, mereka tidak hanya dihadapkan pada kecemasan akan progresifitas penyakit, namun juga kecemasan akan penilaian orang-orang disekitarnya. Sampai saat ini sudah terdapat beberapa bukti yang menunjukkan bahwa terapi menulis bisa memberikan hasil efektif dalam meningkatkan penyesuaian diri pada orang-orang yang memiliki kesulitan dalam mengutarakan pengalaman stresnya (Rivkin et al, 2006; Norman et al., 2004; Paez et al., 1999; Rivkin, 2000). Hal tersebut dapat kaitan pula pada kondisi orang-orang dengan HIV/AIDS.

Ketika membicarakan HIV, tentu tidak akan bisa terlepas dari berbagai stigma yang berhubungan dengan HIV, penolakan dari masyarakat, serta rasa malu akibat terungkapnya status kesehatan mereka. Stigma dan penolakan tersebut akan mengganggu mekanisme coping dan akan semakin meningkatkan kecemasan dan stress pada ODHA. Oleh karena itu keikutsertaan dalam kelompok dukungan sebaya (KDS) bisa dijadikan salah satu intervensi untuk orang dengan HIV/AIDS yang dihadapkan dengan stigma masyarakat dan sulit mendiskusikan hal tersebut dengan orang lain (Rivkin et al, 2006).