

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Wanita Pekerja Seksual Tidak Langsung (WPSTL)**

Pekerja seks komersial sering disebut juga dengan wanita tuna susila (WTS), pelacur bahkan dalam masyarakat umum sering disebut dengan sebutan “lonte”. Menurut soedjono (1977), kata pelacuran yang identik dengan kata asing prostitusi berasal dari bahasa Latin *prostituo* yang artinya sebagai perilaku terang – terangan menyerahkan diri pada perzinahan (FHI, 2005).

Prostitusi adalah gejala kemasyarakatan dimana wanita menjual diri melakukan perbuatan – perbuatan seksual sebagai mata pencaharian. Prostitusi merupakan penyerahan diri dari wanita kepada banyak laki – laki dengan pembayaran. Sedangkan wanita tuna susila diartikan sebagai wanita yang mempunyai hubungan kelamin diluar perkawinan, baik dengan imbalan jasa maupun tidak (Terence, 2003).

Berdasarkan cara bekerjanya wanita pekerja seksual dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu (Terence, 2003) :

a. WPS langsung (*direct sex worker*)

Yaitu wanita yang secara terbuka menjajakan seks baik di jalanan maupun di lokalisasi atau eks lokalisasi.

b. WPS tidak langsung (*indirect sex worker*)

Yaitu wanita yang beroperasi secara terselubung sebagai penjaja seks komersial yang biasanya bekerja pada bidang – bidang pekerjaan tertentu atau mempunyai pekerjaan utama lain dan secara tidak langsung menjajakan seks di tempat – tempat hiburan seperti pramupijat, pramuria bar atau karaoke (FHI, 2005).

Dapat juga diartikan sebagai wanita yang melayani seks pelanggannya untuk memperoleh tambahan pendapatan di tempat ia bekerja, seperti wanita yang bekerja di panti pijat/salon/spa, bar/karaoke/ diskotek/*café*/restoran, dan hotel/motel/*cottage* (wanita penjaja seks tidak langsung) (FHI, 2005)

Motif – motif yang melatar belakangi tumbuhnya pelacuran pada wanita itu beraneka ragam, antara lain (Kartono, 2003) :

- a. Adanya kecenderungan melacurkan diri pada banyak wanita untuk menghindarkan diri dari kesulitan hidup dan mendapatkan kesenangan melalui jalan pendek, kurang pengertian, kurang pendidikan dan buta huruf, sehingga menghalalkan pelacuran.
- b. Adanya nafsu-nafsu seks yang abnormal, tidak terintegrasi dalam kepribadian dan keroyalannya seks. Histeris dan hiper seks, sehingga tidak merasa puas mengadakan relasi seks dengan satu pria/suami.
- c. Tekanan ekonomi, faktor kemiskinan; adanya pertimbangan-pertimbangan ekonomis untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya dalam usaha mendapatkan status sosial yang lebih baik.

- d. Aspirasi materiil yang tinggi pada wanita dan kesenangan ketamakan terhadap pakaian-pakaian indah dan perhiasan mewah. Ingin hidup bermewah-mewah, namun malas bekerja (hedonisme).
- e. Terkena bujuk rayuan kaum laki-laki dan para calo; terutama yang menjanjikan pekerjaan-pekerjaan terhormat dengan gaji tinggi misalnya sebagai pelayan toko, bintang film, peragawati dan lain-lain. Namun pada akhirnya gadis-gadis tersebut dengan kejamnya dijebloskan ke dalam bordil-bordil dan rumah-rumah pelacuran.
- f. Banyaknya stimulasi seksual dalam bentuk; film-film biru, gambar - gambar porno, bacaan cabul, geng-geng anak muda yang mempraktekkan relasi seks dan lain-lain.
- g. Penundaan perkawinan jauh sesudah kematangan biologis, disebabkan oleh pertimbangan-pertimbangan ekonomis dan standar hidup yang lebih tinggi.
- h. Disorganisasi dan disintegrasi dari kehidupan keluarga, *broken home*, ayah atau ibu tiri, kawin lagi atau hidup bersama dengan partner lain, sehingga anak gadis merasa sangat sengsara batinnya, tidak bahagia, memberontak, lalu menghibur diri terjun dalam dunia pelacuran.
- i. Ajakan teman-teman sekampung/sekota yang sudah terjun terlebih dahulu dalam dunia pelacuran/prostitusi.
- j. Adanya hubungan seks yang normal tapi tidak dipuaskan oleh suami. Misalnya suami sakit impoten, lama menderita sakit.

- k. Pengalaman-pengalaman traumatis dan shock mental. Misalnya gagal dalam bercinta atau perkawinan dimadu, ditipu sehingga muncul kematangan seks yang terlalu dini dan abnormalitas seks.

Kemiskinan adalah penyebab terbanyak pelacuran, tetapi apapun penyebabnya, pekerja seks wanita adalah kelompok resiko tinggi karena pada umumnya mereka tidak memiliki posisi yang kuat dalam pemakaian kondom dengan pelanggannya. Ini berarti mereka tidak hanya dalam risiko yang mudah terkena HIV, akan tetapi bagi mereka yang sudah HIV (+) akan menularkan kepada pelanggan mereka. Kemudian banyak kasus terjadi para pelanggan akan membawa penyakit dari pekerja seks wanita kepada keluarganya (Kartono, 2003).

Ada perilaku, pasti ada akibatnya. Dan ada juga akibat dari yang ditimbulkan oleh pelacuran, yaitu (Kartono, 2003) :

- a. Menimbulkan dan menyebarkan penyakit kelamin dan kulit.
- b. Penyakit yang paling sering didapat adalah sifilis dan gonore (kencing nanah). Akibat sifilis terutama apabila tidak mendapatkan pengobatan yang sempurna bisa menimbulkan cacat jasmani dan rohani pada diri sendiri dan anak keturunan.
- c. Merusak sendi-sendi kehidupan keluarga, suami-suami yang tergoda oleh pelacur biasanya melupakan fungsinya sebagai kepala keluarga, sehingga keluarga menjadi berantakan.

- d. Mendemoralisasi atau memberikan pengaruh demoralisasi kepada lingkungan; khususnya anak-anak muda remaja masa puber dan *adolesensi*.
- e. Berkorelasi dengan kriminalitas dan kecanduan bahan-bahan narkotika (ganja, heroin, morfin dan lain-lain)
- f. Merusak sendi-sendi moral, asusila, hukum dan agama, karena digantikan dengan pola pelacuran dan promiskuitas; yaitu digantikan dengan pola pemuasan hubungan seks yang berantakan, murah serta tidak bertanggungjawab. Bila pola pelacuran ini telah membudidaya maka rusaklah sendi-sendi kehidupan keluarga yang sehat.
- g. Adanya pengeksploitasian wanita oleh manusia lain. Pada umumnya wanita-wanita pelacur itu cuma menerima sebagian kecil saja dari pendapatan yang harus diterimanya, karena sebagian besar harus diberikan kepada *germo*, *calo-calo*, pelindung dan lain-lain.
- h. Bisa menyebabkan disfungsi seksual misalnya impotensi, anorgasme, nimfomania, ejakulasi prematur.

Wanita pekerja seks di banyak negara seringkali tidak diterima secara sosial dan hukum. Sangat sulit bagi mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan agar tetap sehat jika mereka terkena risiko atau akan mendapatkan hukuman bila diketahui dalam profesi mereka. Stigma ini meningkatkan kerentanan kelompok yang memang telah berada pada risiko tersebut (Terrence, 2003).

## 2.2 HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immuno Deficiency Syndrome*)

### 2.2.1 Definisi dan Etiologi

*Human Immunodeficiency Virus (HIV)* adalah Virus yang menyebabkan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)*. HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan kemudian menimbulkan AIDS. HIV menyerang salah satu jenis dari sel-sel darah putih yang bertugas menangkal infeksi. Virus ini dapat menginfeksi sel mamalia, termasuk manusia dan menimbulkan kelainan patologi (Zein,2007).

AIDS singkatan dari *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*. *Acquired* artinya didapat bukan penyakit turunan. *Immuno* berarti sistem kekebalan tubuh. *Deficiency* artinya kekurangan, sedangkan *Syndrome* adalah kumpulan gejala. Jadi AIDS adalah kumpulan gejala yang disebabkan oleh virus HIV yang merusak sistem kekebalan tubuh manusia, sehingga tubuh mudah diserang penyakit penyakit lain yang dapat berakibat fatal, padahal penyakit tersebut tidak akan menyebabkan gangguan yang sangat berarti pada orang yang sistem kekebalan tubuhnya normal (Zein,2007).

AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) dapat diartikan sebagai kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV

(*Human Immunodeficiency Virus*) yang termasuk famili retroviride (Djoerban Z & Djauzi S, 2006).

AIDS adalah terminologi sindroma penyakit yang pertama kali digunakan oleh para ahli epidemiologi terhadap sekelompok orang dewasa yang kehilangan imunitas seluler tanpa sebab yang jelas pada tahun 1981. Sindroma ini menggambarkan tahap klinis akhir dari infeksi HIV. Beberapa minggu hingga beberapa bulan sesudah terinfeksi, sebagian orang akan mengalami penyakit *self limited mononucleosis like* akut yang akan berlangsung selama 1 atau 2 minggu. Orang yang terinfeksi mungkin tidak menunjukkan tanda atau simptom selama beberapa bulan atau tahun sebelum manifestasi klinis lain muncul. Berat ringannya infeksi "*opportunistic*" atau munculnya kanker setelah terinfeksi HIV, secara umum terkait langsung dengan derajat kerusakan sistem kekebalan yang diakibatkannya (Chin J, 2009).

Seseorang yang terinfeksi virus HIV atau menderita AIDS sering disebut dengan ODHA singkatan dari orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Penderita infeksi HIV dinyatakan sebagai penderita AIDS ketika menunjukkan gejala atau penyakit tertentu yang merupakan akibat penurunan daya tahan tubuh yang disebabkan virus HIV atau tes darah menunjukkan  $CD4 \leq 350 \text{ mm}^3$  (Depkes RI, 2011).

HIV merupakan retrovirus yang termasuk golongan virus RNA (virus yang menggunakan RNA sebagai molekul pembawa informasi genetik). Disebut retrovirus karena memiliki enzim *reverse transcriptase*. Enzim ini memungkinkan virus mengubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA ke dalam bentuk DNA yang kemudian diintegrasikan ke dalam informasi genetik sel limfosit yang diserang. Dengan demikian HIV dapat memanfaatkan mekanisme sel limfosit untuk mengkopi dirinya menjadi virus baru yang memiliki ciri-ciri HIV. HIV menyerang sistem imun manusia yaitu menyerang limfosit T helper yang memiliki reseptor CD4 di permukaannya. Limfosit T helper antara lain berfungsi menghasilkan zat kimia yang berperan sebagai perangsang pertumbuhan dan pembentukan sel-sel lain dalam sistem imun dan pembentukan antibodi sehingga yang terganggu bukan hanya fungsi limfosit T tetapi juga limfosit B, monosit, makrofag dan sebagainya (Depkes RI, 2011).

### 2.2.2 Epidemiologi

Pandemi HIV/AIDS terdiri dari beberapa epidemi yang terpisah dimana masing – masing epidemi memiliki asal yang berbeda yaitu geografi dan populasi terdampak. Populasi yang terdampak ini dipengaruhi jenis dan frekuensi perilaku berisiko tinggi yang mereka lakukan, misalnya hubungan seks tidak aman dengan banyak partner dan penggunaan jarum suntik secara bersama yang dilakukan para pengguna narkotika suntik (UNAIDS, 2012).

Sesuai dengan tingkatan epideminya, maka negara di dunia digolongkan menjadi tiga, yaitu (Depkes, 2006) :

1. Rendah (*Low*)

Infeksi HIV bisa saja sudah bertahun – tahun ada di suatu negara, tetapi tidak menyebar secara signifikan dalam suatu sub populasi. Infeksi umumnya terjadi pada individu dengan perilaku beresiko tinggi, misalnya pekerja seks komersial, pengguna narkoba suntik dan laki – laki yang berhubungan seks dengan sesama laki – laki.

Kondisi ini menggambarkan bahwa jaringan penularan belum kuat. Kemungkinan karena perilaku resiko tinggi seperti disebutkan di atas tidak banyak dilakukan atau dilakukan tetapi frekuensinya rendah. Walaupun bisa juga terjadi bahwa virus HIV memang masih baru, belum lama memperkenalkan negara tersebut. Indikasi proksi yang digunakan adalah prevalensi HIV tidak konsisten melebihi 5% pada setiap sub – populasi kunci.

2. Konsentrasi (*Concentrated*)

Pengertian sederhananya adalah prevalensi HIV menyebar dengan cepat pada populasi beresiko tetapi belum menyebar pada populasi umum. Epidemik dalam hal ini masih terkonsentrasi pada sub – populasi tertentu. Berarti jaringan penularan pada sub – populasi tersebut cukup kuat. Dengan

kata lain upaya pencegahan internal sub – populasi beresiko masih belum baik. Misalnya seks yang aman dan tidak menggunakan jarum secara bersamaan.

Kelanjutan dari tingkatan terkonsentrasi ini bergantung dari frekuensi dan sifat hubungan antara sub – populasi yang terinfeksi dengan populasi umum. Kita tahu bahwa HIV ditularkan melalui tiga jalur utama, yaitu hubungan seksual homo maupun heteroseksual, darah dan produk darah lainnya dan dari ibu ke bayi yang dikandungnya.

Indikator proksi yang digunakan adalah prevalensi HIV diatas 5 % pada sedikitnya satu sub – populasi beresiko tinggi sedangkan pada populasi umum dewasa (15 – 49 tahun) masih dibawah 1 %.

Sejak tahun 2000, prevalensi HIV di Indonesia meningkat menjadi di atas 5% pada populasi kunci, seperti pengguna napza suntik, pekerja seks, waria, LSL, sehingga dikatakan Indonesia telah memasuki tahapan epidemi terkonsentrasi.

### 3. Generalisasi (*Generalized*)

Pada situasi ini penularan HIV pada populasi umum sudah menyebar. Walaupun sub populasi resiko tinggi dapat terus berkontribusi dalam penyebaran HIV, tetapi jejaring penularan melalui hubungan seksual di kalangan populasi

umum sudah cukup kuat untuk mempertahankan penularan yang “*independent*” dari sub populasi beresiko tinggi.

Indikator proksi yang digunakan adalah ibu hamil. Dalam epidemi yang “*generalized*” ini prevalensi HIV di kalangan ibu hamil secara konsisten diatas 1 %.

### 2.2.3 Cara penularan

HIV dapat ditularkan dari orang ke orang melalui kontak seksual yang tidak dilindungi (baik homo maupun heteroseksual), penggunaan jarum dan syringes yang terkontaminasi kontak dengan kulit yang lecet dengan sekret atau bahan infeksius, transfusi darah atau komponen – komponennya yang terinfeksi, transplantasi dari organ dan jaringan yang terinfeksi HIV. Sementara virus kadang – kadang ditemukan di air liur, air mata dan urin (Chin J, 2009).

Menurut Green C.W (2009), bahwa HIV hidup di semua cairan tubuh tetapi hanya bisa menular melalui cairan tubuh tertentu seperti darah, air mani (cairan bukan sperma), cairan vagina dan air susu ibu (ASI). HIV tidak menular melalui bersentuhan, berciuman, bersalaman dan berpelukan, peralatan makan dan minum, penggunaan kamar mandi, berenang di kolam renang, gigitan nyamuk serta tinggal serumah dengan ODHA. Beberapa kegiatan yang dapat menularkan HIV adalah (Chin J, 2009) :

1. Hubungan seks tidak aman atau tanpa kondom.

2. Penggunaan jarum suntik / tindik / tato yang tidak steril secara bergantian.
3. Tindakan medis yang memakai peralatan yang tidak steril, misalnya peralatan dokter gigi.
4. Penerimaan transfusi darah yang mengandung HIV.
5. Ibu HIV positif pada bayinya, waktu dalam kandungan, ketika melahirkan atau menyusui

Resiko dari penularan HIV melalui hubungan seks lebih rendah dibandingkan dengan penyakit menular seksual lainnya. Namun adanya penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual terutama penyakit seksual dengan luka seperti *chancroid*, besar kemungkinan dapat menjadi pencetus penularan HIV. Determinan utama dari penularan melalui hubungan seksual adalah pola dan prevalensi dari orang – orang dengan ”*sexual risk behavior*” seperti melakukan hubungan seks yang tidak terlindungi dengan banyak pasangan seks. *Carriers* sering tanpa gejala, mereka tidak sadar akan status mereka. Tidak ada bukti epidemiologis atau laboratorium yang menyatakan bahwa gigitan serangga bisa menularkan infeksi HIV, risiko penularan melalui seks oral tidak mudah diteliti, tapi diasumsikan sangat rendah (Chin J, 2009).

#### 2.2.4 Perjalanan penyakit

Sasaran mayor HIV adalah limfosit T cd4+ dan monosit atau makrofag. Sedangkan, sasaran minor HIV adalah sel – sel

Langerhan, prekursor monosit CD34+, timosit triple negatif (CD3/CD4/CD8) dan sel – sel dendrit yang beredar (Harun, 2011).

Dalam 24 jam post exposure, virus masuk atau ditangkap oleh sel dendritik di mukosa membran atau kulit selama dua hari pertama infeksi. Kemudian, infeksi menjalar ke seluruh jaringan dalam tiga hari. Setelah itu infeksi menyebar ke makrofag jaringan dan mengaktifkan sel CD4 dalam nodus limfa. Selanjutnya virus masuk dalam peredaran darah dan organ (Harun, 2011).

Ada beberapa tahapan ketika mulai terinfeksi virus HIV sampai timbul gejala AIDS. Tahap pertama adalah periode jendela yang diawali dengan HIV masuk kedalam tubuh sampai terbentuknya antibodi terhadap HIV dalam darah. Pada tahap ini, tidak ada tanda khusus, penderita HIV tampak sehat dan tes HIV belum bisa mendeteksi keberadaan virus ini. Periode ini umumnya terjadi sekitar dua minggu sampai enam bulan (Komunitas AIDS Indonesia, 2009).

Tahap kedua adalah fase kronik. HIV (+) namun tanpa gejala. Periode ini terjadi selama 5 – 10 tahun. Ciri – ciri dari periode ini adalah HIV berkembang biak dalam tubuh, tidak ada tanda – tanda khusus, penderita tampak sehat, tes HIV sudah dapat mendeteksi status HIV karena telah terbentuk antibodi terhadap HIV, umumnya tetap tampak sehat selama 5 – 10 tahun tergantung daya tahan tubuhnya (Komunitas AIDS Indonesia, 2009).

Tahap ketiga adalah HIV (+) dan sudah muncul gejala. Ciri – ciri dari periode ini adalah sistem kekebalan tubuh semakin menurun, mulai muncul gejala oportunistik. Periode ini umumnya berlangsung lebih dari satu bulan tergantung daya tahan tubuh (Komunitas AIDS Indonesia, 2009).

Tahap akhir adalah AIDS. Ciri – ciri dari periode ini adalah kondisi sistem kekebalan tubuh sangat lemah dan berbagai infeksi oportunistik semakin parah. Setelah seseorang menderita AIDS, penderita diperkirakan 5 – 7 tahun kemudian akan meninggal (Komunitas AIDS Indonesia, 2009).

#### 2.2.5 Tanda dan gejala

Adanya HIV dalam tubuh seseorang tidak dapat dilihat dari penampilan luar. Orang yang terinfeksi tidak akan menunjukkan gejala apapun dalam jangka waktu yang relatif lama ( $\pm 5-10$  tahun) setelah tertular HIV. Masa ini disebut masa laten. Orang tersebut masih tetap sehat dan bisa bekerja sebagaimana biasanya walaupun darahnya mengandung HIV. Masa inilah yang mengkhawatirkan bagi kesehatan masyarakat, karena orang terinfeksi secara tidak disadari dapat menularkan kepada yang lainnya. Proses dari HIV menjadi AIDS melalui tahapan atau disebut dengan stadium (Sudoyo, 2006) :

Tabel 2. Tahapan penyakit beserta gejala klinis  
Dikutip : Sudoyo, 2006

Tahapan Penyakit	Gejala Klinis
Tahap I (Asimptomatik)	Tanpa gejala sama sekali, pembesaran kelenjar getah bening di beberapa tempat yang menetap, penderita belum mengalami keluhan.
Tahap II (Dini)	Penurunan berat badan > 10 %, herpes zoster yang timbul pada 5 tahun terakhir, infeksi saluran nafas bagian atas yang berulang, kelainan mulut dan kulit yang ringan.
Tahap III (Menengah)	Penurunan berat badan > 10 %, diare kronik > 1 bulan dengan penyebab tidak diketahui, panas > 1 bulan dengan penyebab tidak diketahui, hilang timbul terus menerus, kandidiasis mulut, bercak putih berambut di mulut, TB paru setahun terakhir, infeksi bakteri yang berat misalnya pneumonia. Pada tahap ini penderita biasanya terbaring > 12 jam dalam sehari selama sebulan terakhir.
Tahap IV (Lanjut)	Penurunan BB > 10 % dari normal, diare kronik > 1 bulan, pneumonia pneumositis karinii, toksoplasmosis otak, kriptosporidiosis dengan diare > 1 bulan, kriptokokokis di luar paru, penyakit virus sitomegali pada organ tubuh kecuali di limpa, hati atau kelenjar getah bening, infeksi virus herpes simples, leukensefalopati, mikosis, kandidiasis esofagus, trakea bronkus atau paru – paru, mikobakteriosis atipik, septikemia salmonela non tifoid, TB di luar paru, limfoma, sarkoma kaposi, ensefalopati HIV.

Gejala klinis pada stadium AIDS dibagi antara lain (sudoyo, 2006) :

a. Tanda-tanda utama (mayor)

Tanda ini meliputi penurunan berat badan lebih dari 10% dalam waktu tiga bulan, demam berkepanjangan selama lebih dari tiga bulan, dan diare kronis selama lebih dari satu bulan serta TBC.

b. Tanda-tanda tambahan (minor)

Tanda ini meliputi batuk berkepanjangan selama lebih dari satu bulan, kelainan kulit (gatal), herpes zoster berulang dan bercakbercak gatal di seluruh tubuh, infeksi pada mulut dan tenggorokan yang disebabkan jamur *Candida albicans*, dan pembengkakan kelenjar getah bening diseluruh tubuh, yang teraba di bawah telinga, leher, ketiak, dan lipat paha.

#### 2.2.6 Diagnosis dan Pemeriksaan lab

Diagnosis HIV dapat dilakukan pada orang yang menunjukkan gejala klinis HIV dan mempunyai perilaku risiko tinggi maupun pada orang yang tak menunjukkan gejala infeksi HIV namun berperilaku resiko tinggi. Adapaun perilaku beresiko tinggi tersebut adalah hubungan homoseks, pecandu narkotika suntikan, PSK (Pekerja Seks Komersial) dan konsumennya, penderita hemofili dan orang yang mempunyai riwayat dengan orang – orang tersebut (Sudoyo, 2006).

Diagnosis dini banyak keuntungannya, baik untuk penderita, masyarakat maupun dokter yang mengobatinya. Manfaat untuk penderita adalah dapat memperlambat masa tanpa gejala, memperlambat kecepatan perjalanan penyakit dan mencegah timbulnya infeksi oportunistik. Sedangkan untuk masyarakat adalah menekan jumlah penularan dan kesempatan menelusuri kontak. Dan untuk dokter adalah mendapat waktu cukup untuk memberikan konseling dan memperbaiki perjalanan penyakit (Sudoyo, 2006).

Untuk mendiagnosis HIV, dapat dilakukan tiga macam cara antara lain anamnesis tentang riwayat penyakit (menggali info tentang gejala, perilaku dan gaya hidup), pemeriksaan fisik menemukan tanda dan kelainan fisik) dan pemeriksaan serologis (Sudoyo, 2006).

Anamnesis dilakukan dengan cara menggali informasi terkait gejala, perilaku dan gaya hidup. Jenis perilaku yang beresiko untuk terjadinya infeksi HIV adalah hubungan seksual dengan mitra seksual resiko tinggi tanpa menggunakan kondom, hubungan seksual tidak aman (banyak mitra seksual, mitra seksual diketahui HIV, homoseksual), pekerja dan pelanggan “tempat hiburan”, menggunakan tato, tindik, sirkumsisi dengan alat tidak steril dan penasun (Sudoyo, 2006).

Diagnosis serologis dilakukan untuk mengkonfirmasi atau memastikan hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan

serologis dapat dikategorikan sebagai tes yang invasif dalam arti bahwa implikasi hasil tes akan melibatkan bukan hanya aspek kesehatan tapi juga psikologis, hubungan personal atau keluarga, pekerjaan, kehidupan sosial, asuransi, dll. Oleh karena itu dalam diagnosis serologis sangat dianjurkan diterapkannya prosedur *pre-post test counselling* (Sudoyo, 2006).

Diagnosis serologis dapat dilakukan dengan tiga jenis cara, yaitu mendeteksi antibodi terhadap virus (paling banyak dipakai dalam praktek), mendeteksi antigen virus (misal p24 atau asam nukleat) dan kultur virus. Dari ketiga metode diagnosis serologis, deteksi antibodi merupakan jenis pemeriksaan serologis yang paling sering dilakukan. Keberadaan antibodi jauh lebih mudah di deteksi daripada keberadaan virusnya. Karena setelah tubuh terinfeksi HIV, beberapa minggu sampai beberapa bulan kemudian sistem imun akan segera menghasilkan antibodi (Sudoyo, 2006).

Tes penapisan (skrining) tahap pertama yang paling sering dipakai adalah ELISA (*Enzim Linked ImmunoSorbent Assay*) yang dapat mendeteksi HIV-1 dan HIV-2. ELISA dapat memberikan hasil false positif atau indeterminate, maka tes konfirmatif diperlukan untuk memastikan apakah hasil reaktif (positif) yang muncul bukan karena *cross-reacting antibody*. Tes konfirmasi yang paling sering dipakai adalah WB (*Western Blot*). Sensitivitas dari ELISA dan WB masing – masingnya pada saat ini sekitar 95 % (Sudoyo, 2006).

### 2.2.7 Penatalaksanaan

Penemuan obat antiretroviral (ARV) pada tahun 1996 mendorong suatu revolusi dalam perawatan ODHA. Meskipun pada dasarnya kinerja obat ini tidak bisa menyembuhkan penyakit, namun obat ini mampu meningkatkan kualitas hidup penderita. Obat ARV terbukti dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan pada penderita (Kemenkes RI Dirjen P2PL, 2011).

Pengobatan ARV terbukti mempunyai peran yang bermakna dalam pencegahan penularan HIV, karena obat ARV mempunyai mekanisme kerja mencegah replikasi virus yang secara bertahap menurunkan jumlah virus dalam darah. Penurunan jumlah virus ini berhubungan dengan penurunan kadar virus dalam duh genital dengan catatan tidak mendapat IMS. Penelitian observasional menunjukkan penularan HIV pada pasangan *serodiscordant* (berbeda status HIVnya) yang mendapatkan pengobatan ARV (pedoman nasional, 2011)

Prof. Djubairi Djoerban mengatakan bahwa ARV efektif untuk pencegahan. Sejumlah studi menyebutkan kelompok yang minum ARV pasangannya tidak tertular HIV, prevalensi pasangan turun dari 10,3 % menjadi 1,9 %. Orang dengan HIV yang minum ARV risiko penularan turun 80 %. Apabila ibu hamil HIV positif minum ARV risiko penularan ke bayinya sekitar 2 % dan jika tidak minum ARV, risikonya mencapai 30 % (Rachmawati, 2009).

Target utama dari infeksi HIV adalah sel CD4. Sel ini merupakan bagian penting dari sistem kekebalan tubuh. Jika jumlahnya kurang, maka sistem pertahanan tubuh menjadi terlalu lemah untuk melawan infeksi. Jumlah normal pada orang sehat sekitar 1.500. Setelah kita terinfeksi HIV, jumlah ini biasanya turun terus. Jadi jumlah ini mencerminkan kesehatan sistem kekebalan tubuh kita, semakin rendah maka semakin rusak sistem kekebalan. Jika jumlah CD4 turun dibawah 200, ini menunjukkan bahwa sistem kekebalan tubuh kita cukup rusak sehingga infeksi oportunistik dapat menyerang tubuh kita (Kemenkes RI Dirjen P2PL, 2011).

Terapi ARV tidak akan menyembuhkan HIV/AIDS, namun akan meningkatkan jumlah CD4. Hal ini akan berlanjut bertahun – tahun dengan terapi yang efektif. Namun, keadaan tersebut terkadang tidak terjadi terutama pada pasien dengan jumlah CD4 yang sangat rendah pada saat mulai awal terapi. Meskipun demikian, pasien dengan jumlah CD4 yang sangat rendah tetap dapat mencapai pemulihan imun yang baik tetapi memerlukan waktu yang lebih lama (Kemenkes RI Dirjen P2PL, 2011).

#### 2.2.8 Pencegahan

##### a. Pencegahan Primer

Pencegahan tingkat pertama ini merupakan upaya agar orang sehat tetap sehat atau mencegah orang sehat menjadi sakit. Pencegahan primer merupakan hal yang paling penting,

terutama dalam merubah perilaku. Beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain (Pedoman nasional, 2011) :

1. Pencegahan dilakukan dengan tindakan seks yang aman dengan pendekatan “ABC” yaitu, *Abstinence*, artinya absen seks ataupun tidak melakukan hubungan seks bagi orang yang belum menikah merupakan metode paling aman untuk mencegah penularan HIV/AIDS melalui hubungan seksual, jika tidak ada cara memungkinkan pilihan kedua adalah *Be Faithful*, artinya tidak berganti-ganti pasangan. Jika kedua hal tersebut tidak memungkinkan juga, maka pilihan berikutnya adalah penggunaan kondom secara konsisten (*Use Condom*).
2. Berhenti menjadi pengguna NAPZA terutama narkotika suntikan, atau mengusahakan agar selalu menggunakan jarum suntik yang steril serta tidak menggunakannya secara bersama-sama.
3. Di sarana pelayanan kesehatan harus dipahami dan diterapkan kewaspadaan universal (*universal precaution*) untuk mengurangi risiko penularan HIV melalui darah. Kewaspadaan universal ini meliputi cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah melakukan tindakan perawatan, penggunaan alat pelindung yang sesuai untuk setiap tindakan, pengelolaan dan

pembuangan alat tajam secara hati-hati, pengelolaan alat kesehatan bekas pakai dengan melakukan dekontaminasi, desinfeksi dan sterilisasi dengan benar.

4. Pencegahan penyebaran melalui darah dan donor darah dilakukan dengan skrining adanya antibodi HIV, demikian pula semua organ yang akan didonorkan, serta menghindari transfusi, suntikan, jahitan dan tindakan invasif lainnya yang kurang perlu.
5. WHO mencanangkan empat strategi untuk mencegah penularan vertikal dari ibu kepada anak yaitu dengan cara mencegah jangan sampai wanita terinfeksi HIV/AIDS, apabila sudah terinfeksi HIV/AIDS mengusahakan supaya tidak terjadi kehamilan, bila sudah hamil dilakukan pencegahan supaya tidak menular dari ibu kepada bayinya dan bila sudah terinfeksi diberikan dukungan serta perawatan bagi ODHA dan keluarganya.

b. Pencegahan Sekunder

Infeksi HIV/AIDS menyebabkan menurunnya sistem imun secara progresif sehingga muncul berbagai infeksi oportunistik yang akhirnya dapat berakhir pada kematian. Sementara itu, hingga saat ini belum ditemukan obat maupun vaksin yang efektif sehingga pengobatan HIV/AIDS dapat

dibagi dalam tiga kelompok sebagai berikut (Pedoman nasional, 2011) :

1. Pengobatan suportif yaitu pengobatan untuk meningkatkan keadaan umum penderita. Pengobatan ini terdiri dari pemberian gizi yang baik, obat simptomatik dan pemberian vitamin.
2. Pengobatan infeksi oportunistik merupakan pengobatan untuk mengatasi berbagai penyakit infeksi dan kanker yang menyertai infeksi HIV/AIDS. Jenis-jenis mikroba yang menimbulkan infeksi sekunder adalah protozoa (*Pneumocystis carinii*, *Toxoplasma*, dan *Cryptosporidium*), jamur (*Kandidiasis*), virus (*Herpes*, *cytomegalovirus/CMV*, *Papovirus*) dan bakteri (*Mycobacterium TBC*, *Mycobacterium ovium intra cellular*, *Streptococcus*, dll). Penanganan terhadap infeksi oportunistik ini disesuaikan dengan jenis mikroorganisme penyebabnya dan diberikan terus-menerus.
3. Pengobatan antiretroviral (ARV), ARV bekerja langsung menghambat enzim *reverse transcriptase* atau menghambat kinerja enzim protease. Pengobatan ARV terbukti bermanfaat memperbaiki kualitas hidup, menjadikan infeksi oportunistik menjadi jarang dan lebih

mudah diatasi sehingga menekan morbiditas dan mortalitas dini, tetapi ARV belum dapat menyembuhkan pasien HIV/AIDS ataupun membunuh HIV.

c. Pencegahan Tersier

Orang yang didiagnosis HIV biasanya banyak menerima diskriminasi saat membutuhkan pengobatan HIV ataupun bantuan dari fasilitas rehabilitasi obat, selain itu juga dapat mendatangkan trauma emosi yang mendalam bagi keluarganya. ODHA perlu diberikan dukungan berupa dukungan psikososial agar penderita dapat melakukan aktivitas seperti semula/seoptimal mungkin. Misalnya :

1. Memperbolehkannya untuk membicarakan hal-hal tertentu dan mengungkapkan perasaannya.
2. Membangkitkan harga dirinya dengan melihat keberhasilan hidupnya atau mengenang masa lalu yang indah.
3. Menerima perasaan marah, sedih, atau emosi dan reaksi lainnya.
4. Mengajarkan pada keluarga untuk mengambil hikmah, dapat mengendalikan diri dan tidak menyalahkan diri atau orang lain.
5. Selain itu perlu diberikan perawatan paliatif (bagi pasien yang tidak dapat disembuhkan atau sedang dalam tahap

terminal) yang mencakup : pemberian kenyamanan (seperti relaksasi dan distraksi, menjaga pasien tetap bersih dan kering, memberi toleransi maksimal terhadap permintaan pasien atau keluarga), pengelolaan nyeri (bisa dilakukan dengan teknik relaksasi, pemijatan, distraksi, meditasi, maupun pengobatan antinyeri), persiapan menjelang kematian meliputi penjelasan yang memadai tentang keadaan penderita, dan bantuan mempersiapkan pemakaman.

## **2.3 Pemeriksaan *Voluntary Counselling Test* (VCT)**

### **2.3.1 Definisi**

Konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan antiretroviral (ARV) dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS yang bertujuan untuk perubahan perilaku ke arah perilaku lebih sehat dan lebih aman (PP VCT, 2005)

### **2.3.2 Prinsip Layanan VCT**

VCT merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat dan sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV/AIDS berkelanjutan yang berdasarkan prinsip (PP VCT, 2005) :

a. Sukarela dalam melaksanakan testing HIV

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

b. Saling mempercayai dan terjaminnya kerahasiaan.

Layanan harus bersifat profesional, menghargai hak dan martabat semua klien. Semua informasi yang disampaikan klien harus dijaga kerahasiaannya oleh konselor dan petugas kesehatan, tidak diperkenankan didiskusikan diluar konteks kunjungan klien. Semua informasi tertulis harus disimpan dalam tempat yang tidak dapat dijangkau oleh mereka yang tidak berhak. Untuk penanganan kasus klien selanjutnya dengan seijin klien maka informasi kasus dari diri klien dapat diketahui.

c. Mempertahankan hubungan relasi konselor dan klien yang efektif

Konselor mendukung klien untuk kembali mengambil hasil testing dan mengikuti pertemuan konseling pasca testing untuk mengurangi perilaku beresiko. Dalam VCT dibicarakan

juga respon dan perasaan klien dalam menerima hasil testing dan tahapan penerimaan hasil testing positif.

- d. Testing merupakan salah satu komponen dari VCT.

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

### 2.3.3 Model Layanan VCT

Pelayanan VCT dapat dikembangkan diberbagai layanan terkait yang dibutuhkan, misalnya klinik Infeksi Menular Seksual (IMS), klinik Tuberkulosa (TB), Klinik Tumbuh Kembang Anak dan sebagainya. Lokasi layanan VCT hendaknya perlu petunjuk atau tanda yang jelas hingga mudah diakses dan mudah diketahui oleh klien VCT. Namun klinik cukup mudah dimengerti sesuai dengan etika dan budaya setempat dimana pemberian nama tidak mengundang stigma dan diskriminasi. Model layanan VCT terdiri atas (PP VCT, 2005):

1. Mobile VCT (Penjangkauan dan keliling)

Mobile VCT adalah model layanan dengan penjangkauan dan keliling yang dapat dilaksanakan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) atau layanan kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat

yang memiliki perilaku berisiko atau berisiko tertular HIV/AIDS di wilayah tertentu. Layanan ini diawali dengan survei atau penelitian atas kelompok masyarakat di wilayah tersebut dan survei tentang layanan kesehatan dan layanan dukungan lainnya di daerah setempat.

## 2. Statis VCT (Klinik VCT tetap)

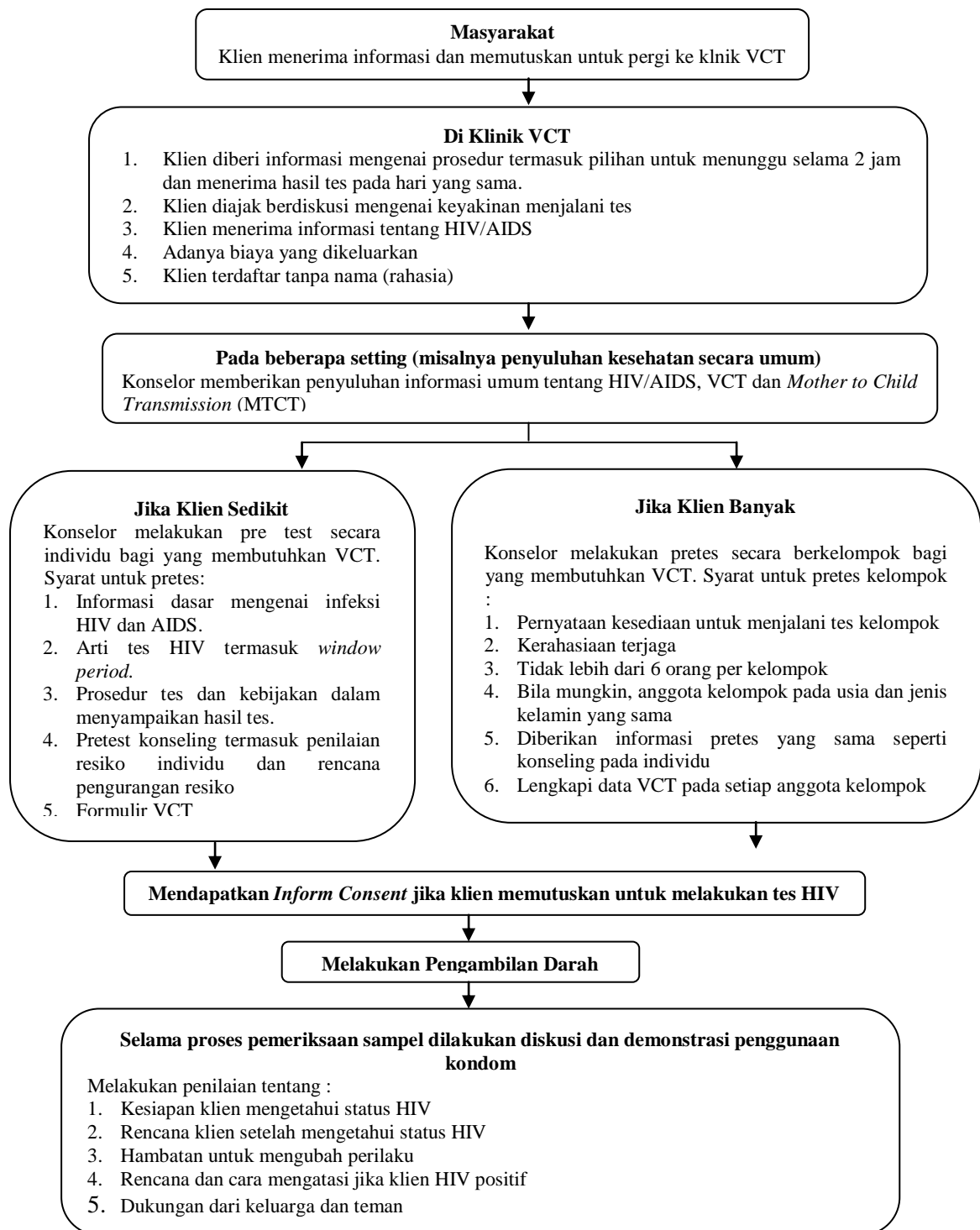
Statis VCT adalah sifatnya terintegrasi dalam sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya, artinya bertempat dan menjadi bagian dari layanan kesehatan yang telah ada. Sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya harus memiliki kemampuan memenuhi kebutuhan masyarakat akan VCT, layanan pencegahan, perawatan,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

### 2.3.4 Tahapan Layanan VCT

#### 1. Pre-test counseling

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

atau tidak, mempersiapkan *informed consent* dan konseling seks yang aman (WHO, 2005).



Gambar 2. Alur *pre-test counseling*

Dikutip : VCT toolkit : HIV *Voluntary Counselling and Testing* 2005

## 2. HIV Testing

Pada umumnya, tes HIV dilakukan dengan cara mendeteksi antibodi dalam darah seseorang. Jika HIV telah memasuki tubuh seseorang, maka di dalam darah akan terbentuk protein khusus yang disebut antibodi (PP VCT, 2005).

Antibodi adalah suatu zat yang dihasilkan sistem kekebalan tubuh manusia sebagai reaksi untuk membendung serangan bibit penyakit yang masuk. Pada umumnya antibodi terbentuk di dalam darah seseorang memerlukan waktu 6 minggu sampai 3 bulan tetapi ada juga sampai 6 bulan bahkan lebih. Jika seseorang memiliki antibodi terhadap HIV di dalam darahnya, hal ini berarti orang itu telah terinfeksi HIV (PP VCT, 2005).

Tes HIV yang umumnya digunakan adalah *Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA)*, *Rapid Test* dan *Western Immunoblot Test*. Setiap tes HIV ini memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang berbeda. Sensitivitas adalah kemampuan tes untuk mendeteksi adanya antibodi HIV dalam darah sedangkan spesifisitas adalah kemampuan tes untuk mendeteksi antibodi protein HIV yang sangat spesifik (PP VCT, 2005).

### a. *Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA)*

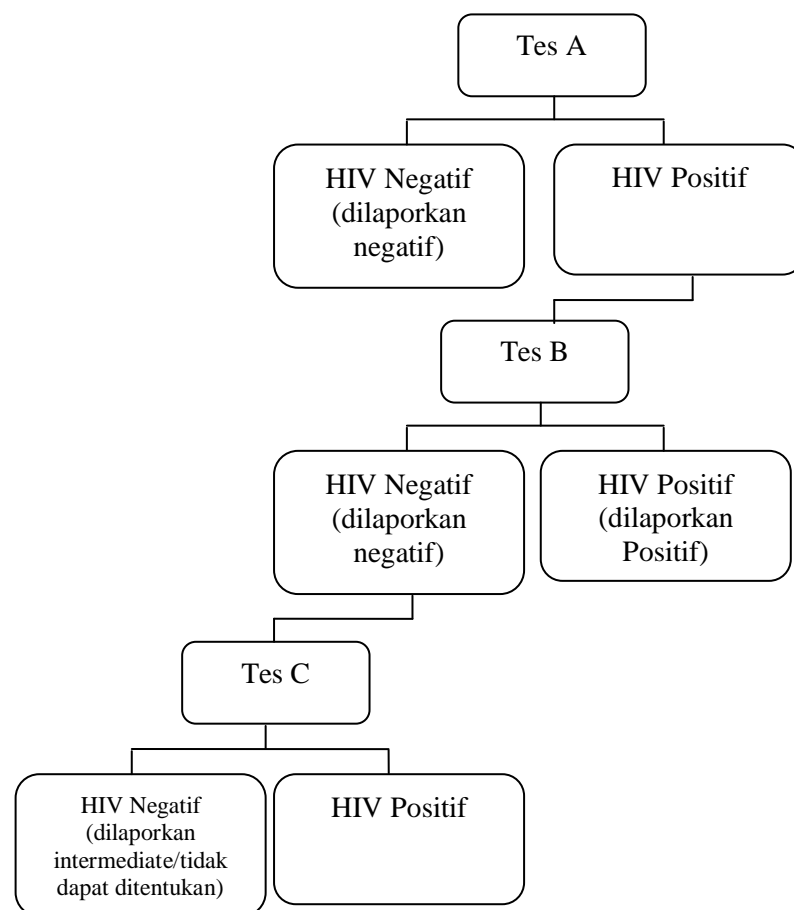
Tes ini digunakan untuk mendeteksi antibodi yang dibuat tubuh terhadap virus HIV. Tes ELISA ini dapat dilakukan dengan sampel darah vena, air liur, atau air kencing. Hasil positif pada ELISA belum dapat dipastikan bahwa orang yang diperiksa telah terinfeksi HIV karena tes ini mempunyai sensitivitas tinggi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

b. Rapid Test

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

c. *Western Immunoblot Test*

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

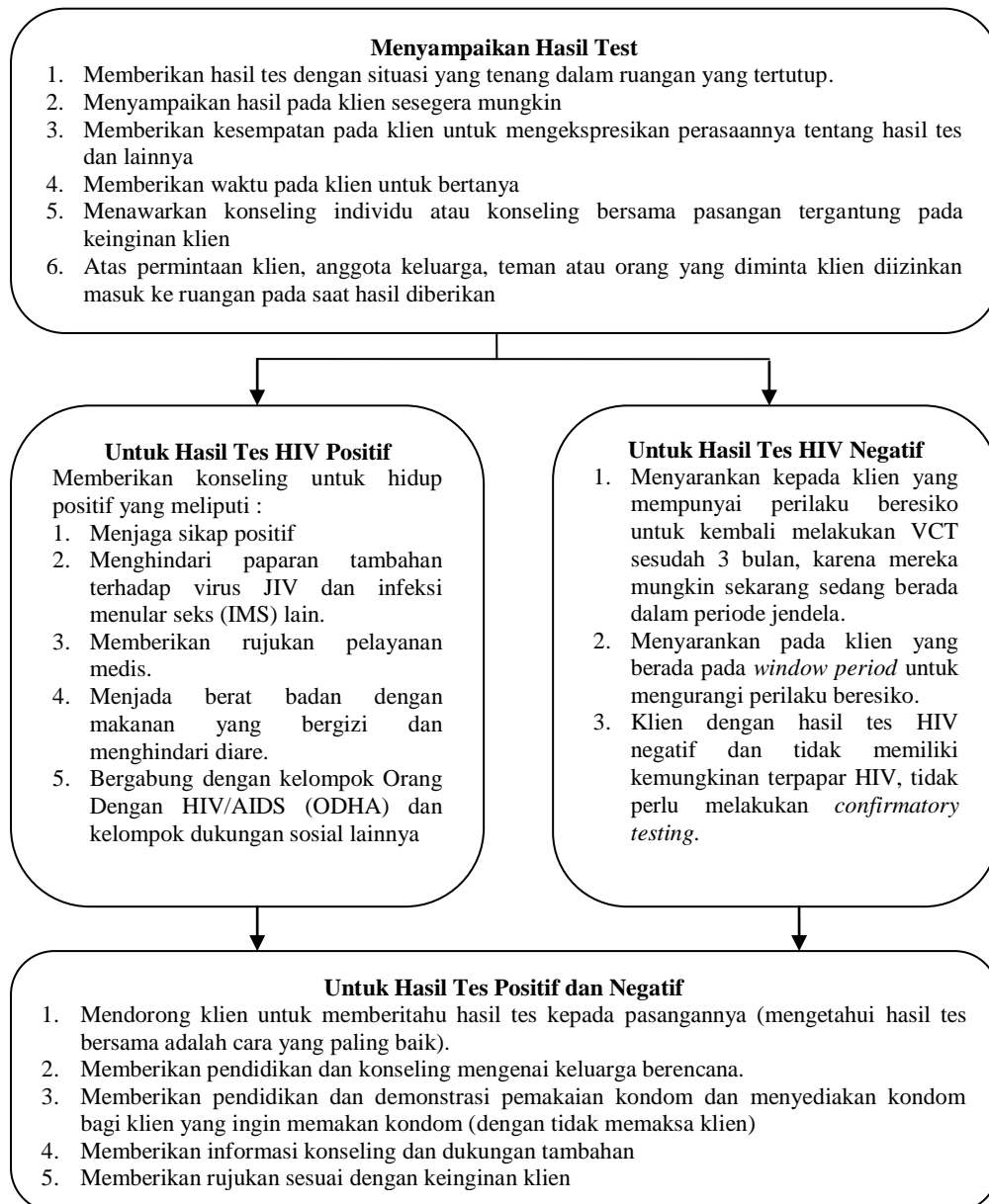


Gambar 3. Alur strategi tes HIV

Dikutip : VCT toolkit : HIV Voluntary Counselling and Testing  
2005

### 3. Post-test *counseling*

Post-test *counseling* adalah diskusi antara konselor dengan klien yang bertujuan menyampaikan hasil tes HIV klien, membantu klien beradaptasi dengan hasil tes, menyampaikan hasil secara jelas, menilai pemahaman mental emosional klien, membuat rencana dengan menyertakan orang lain yang bermakna dalam kehidupan klien, menjawab, menyusun rencana tentang kehidupan yang mesti dijalani dengan menurunkan perilaku berisiko dan perawatan, dan membuat perencanaan dukungan (PP VCT, 2005).



**Gambar 4. Alur *Post – Test Counselling***  
 Dikutip : VCT toolkit : HIV Voluntary Counselling and Testing 2005

## 2.4 Teori Perilaku

Secara biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Menurut Skinner (1938) seorang ahli psikologi dalam Notoatmodjo (2007), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Menurut Notoatmodjo (2007), bahwa perilaku dapat dibedakan menjadi dua, dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, yakni :

1. Perilaku tertutup (*covert behaviour*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2. Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau

objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, yaitu :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health maintenance*) adalah perilaku atau usaha – usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*). Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.
3. Perilaku kesehatan lingkungan. Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya dan sebagainya sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya (Notoatmodjo, 2007)

Dalam proses pembentukan dan atau perubahan, perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan dari luar individu sendiri. Faktor – faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yakni :

1. Faktor intern yang meliputi pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar.
2. Faktor ekstern meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007)

Menurut Green L (1980) masalah kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behaviour causes*). Perilaku seseorang terhadap suatu objek ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor utama yaitu :

1. Faktor yang memudahkan (*predisposing factor*) yang mengawali atau mendasari atau motivasi bagi perubahan perilaku terwujud dalam pengetahuan, sikap, nilai, persepsi, keyakinan dan demografi. Dalam arti umum kita dapat mengatakan bahwa faktor predisposisi sebagai preferensi “pribadi” yang dibawa seseorang atau kelompok ke dalam suatu pengalaman belajar. Preferensi ini mungkin mendukung atau menghambat perilaku sehat dalam setiap kasus.
2. Faktor pemungkin (*enabling factor*) adalah faktor pada perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Faktor pemungkin mencakup berbagai keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya itu meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, personalia.

3. Faktor penguat (*reinforcing factor*) merupakan faktor penyerta perilaku yang memberikan ganjaran, intensif atau hukuman atas perilaku yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas terkait, akibat perilaku tersebut tindakan yang ditiru untuk berperilaku seperti tokoh agama, tokoh masyarakat, keluarga dan lainnya. Faktor penguat positif dan negatif bergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan. Faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Sumber penguat bergantung pada tujuan dan jenis program. Didalam program pendidikan kesehatan kerja, misalnya penguat mungkin diberikan oleh teman sejawat, pemimpin dan keluarga.

#### 2.4.1 Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba (Notoatmodjo, 2007).

Tingkat pengetahuan menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan yang dicakup didalam domain kognitif mempunyai enam tingkat yaitu:

##### 1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat

ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu “tahu” ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

## 2. Memahami ( *Comprehension* )

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

## 3. Aplikasi ( *Application* )

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

prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) didalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

#### 4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

#### 5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyusun, merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan dan sebagainya.

#### 6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penelitian-penelitian ini berdasarkan suatu kriteria yang

ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan yang dimiliki seseorang di pengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

1. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respon yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan akan berfikir sejauh mana keuntungan yang akan mungkin mereka peroleh dari gagasan tersebut.

2. Paparan Media Masa

Melalui berbagai media baik cetak maupun elektronika, berbagai informasi dapat diterima oleh masyarakat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapan media masa (TV, radio, majalah, pamflet) akan memperoleh informasi yang lebih hanya dibandingkan dengan orang yang tidak pernah terpapar informasi media masa.

### 3. Ekonomi

Dalam memenuhi kebutuhan primer maupun sekunder, keluarga dengan status ekonomi baik lebih mudah tercukupi dibandingkan keluarga dengan status ekonomi rendah. Hal ini akan mempengaruhi kebutuhan akan informasi yang termasuk kebutuhan sekunder.

### 4. Hubungan sosial

Manusia adalah makhluk sosial, dimana dalam kehidupan saling berinteraksi antara satu dengan yang lain. Individu yang dapat berinteraksi secara batinnya akan lebih terpapar informasi. Sementara faktor hubungan sosial juga mempengaruhi kemampuan individu sebagai komunikasi untuk menerima pesan menurut model komunikasi media.

### 5. Pengalaman

Pengalaman seorang individu tentang berbagai hal bisa diperoleh dan lingkungan kehidupan dalam proses perkembangannya. Pengetahuan atau kognitif yang dipengaruhi faktor-faktor tersebut diatas merupakan hal yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo,2007)

### 2.4.2 Sikap

Secara umum sikap dapat dirumuskan sebagai kecenderungan untuk merespon (secara positif atau negatif) terhadap orang, obyek atau situasi tertentu. Sikap mengandung penilaian yang emosional (senang, sedih, benci dan lain-lain). Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat.

Sikap belum dapat dilihat secara nyata, artinya sikap itu masih dalam diri seseorang sehingga kita sulit mengetahui bagaimana sikap seseorang terhadap sesuatu. Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial yang dikutip Notoatmodjo (1993) menyatakan bahwa sikap itu merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka.

Selanjutnya sikap itu terdiri dari berbagai tingkatan, yakni:

- a. Menerima (*receiving*), artinya bahwa orang atau subyek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)
- b. Merespon (*responding*), misalnya memberikan jawaban bila ditanya atau mengerjakan atau menyelesaikan tugas yang diberikan.
- c. Menghargai (*valuing*), dimana orang telah mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan. Misalnya seorang

WPS yang mendiskusikan pencegahan penyakit HIV/AIDS di resosialisasi.

- d. Bertanggungjawab (*responsible*) adalah merupakan tingkatan sikap yang paling tinggi, dimana pada tingkatan ini orang bertanggungjawab atas segala resiko dari yang dipilihnya, walaupun mendapat tekanan dari keluarga, suami, mertua atau dari orang lain.

Sikap merupakan hal yang penting dalam kehidupan sehari-hari, bila sikap itu sudah terbentuk dalam diri seseorang selanjutnya akan ikut menentukan tingkah lakunya terhadap sesuatu. Menurut Alport (1954) sikap itu mempunyai tiga kelompok pokok yaitu:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap sesuatu obyek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap sesuatu obyek
- c. Kecenderungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama dapat membentuk suatu sikap yang utuh. Sikap yang utuh dipengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan dan emosi seseorang. Sebagai contoh seorang WPS yang akan memperoleh penyuluhan mengenai HIV dan AIDS, bila WPS tersebut telah mendengar mengenai penyebab, akibat/bahaya, pencegahan HIV dan AIDS dan sebagainya, maka pengetahuan ini akan membawa WPS tersebut untuk berpikir kearah pencegahan HIV dan AIDS pada dirinya. Dengan demikian WPS ini

mempunyai sikap tertentu terhadap obyek yang berupa pencegahan HIV dan AIDS.

## **2.5 Karakteristik individu**

### **2.5.1 Umur**

Makin tua umur seseorang maka proses-proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur tertentu bertambahnya proses perkembangan tidak secepat ketika berusia belasan tahun. Bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada bertambahnya pengetahuan yang diperoleh, tetapi pada umur-umur tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau pengingatan suatu pengetahuan akan berkurang (Notoatmodjo, 2007).

Klasifikasi menurut WHO, batasan remaja adalah usia 10-20 tahun, dibagi dalam dua bagian yaitu remaja awal 10-14 tahun dan remaja akhir 15-20 tahun. Dalam hal ini, Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menetapkan usia 15-24 tahun sebagai usia pemuda (*youth*). Di Indonesia remaja yang mendekati batasan PBB tentang pemuda adalah kurun usia 14-24 tahun (Djoerban, 2003).

Hurlock (2000) menyatakan tahapan umur dalam rentang kehidupan adalah :

1. Bayi kelahiran sampai akhir minggu kedua.
2. Masa bayi; akhir minggu kedua sampai akhir tahun kedua.

3. Awal masa kanak-kanak; dua sampai enam tahun.
4. Akhir masa kanak-kanak; enam sampai sepuluh atau dua belas tahun.
5. Masa puber atau pramasa remaja: sepuluh atau dua belas sampai tiga belas atau empat belas tahun.
6. Masa remaja; tiga belas atau empat belas tahun sampai delapan belas tahun.
7. Awal masa dewasa: delapan belas sampai empat puluh tahun.
8. Usia pertengahan; empat puluh sampai enam puluh tahun.
9. Masa tua atau usia lanjut; enam puluh tahun sampai meninggal.

#### 2.5.2 Pendidikan

Pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan itu dapat berdiri sendiri. Menurut Wiet Hary menyebutkan bahwa tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh. Pada umumnya, semakin tinggi pengetahuan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya (Notoatmodjo, 2007).

Di Amerika, Sahara Afrika dan Asia, dua pertiga infeksi HIV/AIDS adalah laki-laki muda dengan usia 15-29 tahun dengan pendidikan yang rendah, sehingga pengetahuan merekapun kurang,

dan biasanya tidak datang berobat, setelah kematian baru terdeteksi. Berdasarkan survei perilaku penderita HIV/AIDS di Kota Yogyakarta tahun 2005 bahwa responden berpendidikan SMA atau yang sederajat (49%), sebanyak 15% berpendidikan SMP atau yang sederajat dan 18% berpendidikan SD atau sederajat. Hanya 13% responden yang berpendidikan D1 atau lebih. Proporsi responden yang berpendidikan sekolah menengah ke atas adalah paling tinggi pada kelompok mahasiswa (100%) dan homoseksual (94,5%), sementara proporsi responden yang berpendidikan SD yang paling tinggi adalah pada kelompok waria (41%). Sedangkan penelitian penderita HIV/AIDS yang berobat di Pokdisus AIDS FKUI-RSCM menunjukkan asal dari berbagai jenis lapisan sosial masyarakat yaitu adayang lulusan SD, SMP, SMA, Akademi bahkan beberapa lulusan S2 (Djoerban, 2001).

### 2.5.3 Pekerjaan

Berbagai jenis pekerjaan akan berpengaruh pada frekuensi dan distribusi penyakit. Risiko tinggi untuk terinfeksi HIV/AIDS antara lain orang yang bekerja di tempat hiburan, supir jarak jauh, nelayan, anak buah kapal, dan PSK (Zulkifli, 2004).

Perempuan yang paling banyak terinfeksi HIV/AIDS adalah perempuan yang berpenghasilan rendah atau tidak memiliki penghasilan karena sebagian besar perempuan yang terkena adalah

yang pekerjaannya sebagai pekerja seks komersial (PSK) (Djoerban, 2001).

#### 2.3.4 Status Marital

Menurut (Noor, 2008), status perkawinan mempunyai peranan yang cukup penting, baik terhadap derajat keterpaparan maupun besarnya resiko dan derajat kerentanan. Variabel status perkawinan erat hubungannya dengan lingkungan sosial dan kebiasaan hidup (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Lembaga Demografi FEUI (2007), sesuai dengan kategori yang diberikan oleh PBB, hampir disetiap negara di dunia ini diketahui ada 4 jenis status perkawinan yang erat hubungannya dengan tingkah laku manusia dalam hukum, agama dan kebudayaan yaitu belum kawin, kawin, janda dan cerai (Notoatmodjo, 2007).