

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian HIV/AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang dapat menyebabkan AIDS. Virus ini ditemukan oleh Montagnier, seorang ilmuwan Perancis (Institute Pasteur, Paris 1983), yang mengisolasi virus dari seorang penderita dengan gejala limfadenopati, sehingga pada waktu itu dinamakan *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) (Tjokronegoro, 2003). HIV termasuk keluarga virus retro, yaitu virus yang memasukkan materi genetiknya ke dalam sel tuan rumah ketika melakukan infeksi dengan cara yang berbeda (retro), yaitu dari RNA menjadi DNA, yang kemudian menyatu dalam DNA sel tuan rumah, membentuk pro-virus dan kemudian melakukan replikasi (Riono, 1999).

HIV memiliki enzim *reverse transcriptase* yang dapat berfungsi mengubah informasi genetik untuk kemudian diintegrasikan ke dalam informasi 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 dipermukaannya. 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 dan merusak sistem imunitas. Selanjutnya bisa memudahkan infeksi oportunistik di dalam tubuh. Kondisi inilah yang kita sebut AIDS.

Definisi AIDS menurut CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) lebih melihat pada gejala yang ditimbulkan pada tahapan perubahan penderita HIV/AIDS, yaitu pada orang dewasa atau remaja umur 13 tahun atau lebih adalah terdapatnya satu dari beberapa keadaan yang menunjukkan imunosupresi berat yang berhubungan dengan infeksi HIV, seperti *Pneumocystis Carnii Pneumonia* (PCP), suatu infeksi paru yang sangat jarang terjadi pada penderita yang tidak terinfeksi HIV mencakup infeksi oportunistik yang jarang menimbulkan bahaya pada orang yang sehat. Selain infeksi dan kanker dalam penetapan CDC 1993, juga termasuk: ensefalopati, sindrom kelelahan yang berkaitan dengan AIDS dan hitungan CD4 < 200/ml.

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) adalah kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh virus yang disebut HIV. Dalam bahasa Indonesia AIDS disebut sindrom cacat kekebalan tubuh (Depkes, 1997). Sedangkan menurut Weber (1986) AIDS diartikan sebagai infeksi virus yang dapat menyebabkan kerusakan parah dan tidak bisa diobati pada sistem imunitas, sehingga mudah terjadi infeksi oportunistik.

2.2 Diagnosis HIV/AIDS

Diagnosis ditujukan kepada dua hal, yaitu keadaan terinfeksi HIV dan AIDS. Diagnosis laboratorium dapat dilakukan dengan dua metode:

1. Langsung: yaitu isolasi virus dari sampel, umumnya dilakukan dengan menggunakan mikroskop elektron dan deteksi antigen virus. Salah satu cara deteksi antigen virus ialah *Polymerase Chain Reaction* (PCR)

2. Tidak Langsung: dengan melihat respon zat anti bodi spesifik, misalnya dengan ELISA, *immunofluorescent assay* (IFA), atau *radioimmunoprecipitation assay* (RIPA) (Tjokronegoro&Hendra, 2003).

Untuk diagnosis HIV, yang lazim dipakai:

1. ELISA: sensitivitas tinggi, 98,1% - 100%. Biasanya memberikan hasil positif 2-3 bulan sesudah infeksi. Dahulu, hasil positif dikonfirmasi dengan pemeriksaan *Western blot*. Tetapi sekarang menggunakan tes berulang dengan tingkat spesifisitas.
2. PCR (*Polymerase Chain reaction*). Penggunaan PCR antara lain untuk tes HIV pada bayi, menetapkan status infeksi individu yang seronegatif pada kelompok risiko tinggi, tes pada kelompok risiko tinggi sebelum terjadi serokonversi, tes konfirmasi untuk HIV-2 (sebab ELISA sensitivitasnya rendah untuk HIV-2) (Tjokronegoro&Hendra, 2003).

Tiap negara memiliki strategi tes HIV yang berbeda. Di Indonesia, skrining dan surveilans menggunakan strategi tes yang sama. Tes ELISA dan *Western Blot* telah digunakan di waktu yang lalu, sekarang di Indonesia menggunakan Dipstik, ELISA 1, dan ELISA 2 untuk skrining dan surveilans (Utomo dan Irwanto, 1998). Reagensia yang dipilih untuk dipakai pada pemeriksaan didasarkan pada sensitivitas dan spesifisitas tiap jenis reagensia. Untuk diagnosis klien yang asimtomatik harus menggunakan strategi III dengan persyaratan reagensia sebagai berikut:

- 1) Sensitivitas reagen pertama > 99%
- 2) Spesifisitas reagen kedua > 98%
- 3) Spesifisitas reagen ketiga > 99%
- 4) Preparasi antigen atau prinsip tes dari reagen pertama, kedua, dan ketiga tidak

sama. Reagensia yang dipakai pada pemeriksaan kedua atau ketiga mempunyai prinsip pemeriksaan (misalnya EIA, dot blot, imunokromatografi atau aglutinasi) atau jenis antigen (misalnya lisat virus, rekombinan DNA atau peptida sintetik) yang berbeda daripada reagensia yang dipakai pada pemeriksaan pertama.

- 5) Prosentase hasil kombinasi dua reagensia pertama yang tidak sama (discordant) kurang dari 5%.
- 6) Pemilihan jenis reagensia (EIA atau Simple/Rapid) harus didasarkan pada:
 - a. Waktu yang diperlukan untuk mendapatkan hasil
 - b. Jumlah spesimen yang diperiksa dalam satu kali pengerjaan
 - c. Sarana dan prasarana yang tersedia

Untuk tujuan surveilans, reagen pertama harus memiliki sensitivitas >99%, spesifisitas reagen kedua >98%.

Keuntungan diagnosis dini:

1. Intervensi pengobatan fase infeksi asimtomatik dapat diperpanjang.
2. Menghambat perjalanan penyakit kearah AIDS.
3. Pencegahan infeksi oportunistik.
4. Konseling dan pendidikan untuk kesehatan umum penderita.
5. Penyembuhan (bila mungkin) hanya dapat terjadi bila pengobatan pada fase dini (Tjokronegoro&Hendra, 2003).

2.3 Epidemi HIV/AIDS

Salah satu faktor yang berpengaruh dalam epidemiologi HIV di Indonesia adalah variasi antar wilayah, baik dalam hal besarnya masalah maupun faktor-faktor

yang berpengaruh. Epidemio HIV di Indonesia berada pada kondisi epidemio terkonsentrasi. Klasifikasi untuk Epidemio HIV/AIDS terdiri dari:

- Rendah: Prevalensi HIV dalam suatu sub-populasi berisiko tertentu belum melebihi 5%.
- Terkonsentrasi: Prevalensi HIV secara konsisten lebih dari 5% di sub-populasi berisiko tertentu dan prevalensi HIV di bawah 1% di populasi umum atau ibu hamil.
- Meluas: Prevalensi HIV lebih dari 1% di populasi umum atau ibu hamil. (USAID, 2003)

2.4 Pencegahan HIV/AIDS

Dalam upaya menurunkan risiko terinfeksi HIV, berbagai organisasi kesehatan dunia termasuk Indonesia menganjurkan pencegahan melalui pendekatan ABCD, yaitu:

1. A atau *Abstinence*, yaitu menunda kegiatan seksual, tidak melakukan kegiatan seksual sebelum menikah.
2. B atau *Be faithful*, yaitu saling setia pada pasangannya setelah menikah.
3. C atau *Condom*, yaitu menggunakan kondom bagi orang yang melakukan perilaku seks berisiko.
4. D atau *Drugs*, yaitu tidak menggunakan narkoba terutama narkoba suntik agar tidak menggunakan jarum suntik bergantian dan secara bersama-sama.

Upaya pencegahan juga dilakukan dengan cara memberikan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) mengenai HIV/AIDS kepada masyarakat agar tidak melakukan perilaku berisiko, khususnya pada remaja.

Ada lima tingkat pencegahan (*Five level prevention*) menurut Level & Clark, yaitu:

1. Promosi kesehatan (*health promotion*)
2. Perlindungan khusus (*specific protection*)
3. Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*)
4. Pembatasan cacat (*disability limitation*)
5. Rehabilitasi (*rehabilitation*)

Dalam proses pencegahan terhadap semakin meluasnya epidemi HIV/AIDS, semua elemen dari masyarakat bertanggung jawab terhadap proses pencegahan. Yang bertanggung jawab terhadap pencegahan persebaran HIV/AIDS adalah:

1. Individu

Seseorang harus mengadopsi gaya hidup dan perilaku yang sehat dan mengurangi risiko penularan HIV. Orang terinfeksi HIV harus menjadi orang yang bertanggungjawab untuk menjamin bahwa mereka untuk seterusnya tidak akan menyebarkan virus ke orang lain.

2. Keluarga

Keluarga harus mengadopsi nilai-nilai peningkatan kesehatan. Keluarga harus memberikan pemahaman dan rasa simpati serta perlindungan untuk menolong anggota keluarga yang divonis orang terinfeksi HIV dalam menghadapi situasi yang tidak normal dan memaksimalkan potensi kesehatan untuk mempertahankan diri dari infeksi yang lain.

3. Masyarakat

Masyarakat harus menghindari sikap diskriminasi terhadap orang terinfeksi HIV dan meningkatkan suasana lingkungan yang mendukung dengan norma

sosial yang bersifat melindungi. Masyarakat juga harus berusaha keras meminimalkan kemiskinan yang cenderung memperburuk situasi.

4. Petugas kesehatan

Petugas kesehatan memiliki tanggung jawab ganda terhadap penyediaan perawatan dan konseling terhadap orang terinfeksi HIV. Mereka harus menyediakan tindakan pencegahan yang sesuai untuk mencegah penyebaran infeksi ke klien yang lain dan diri mereka sendiri.

5. Media

Media masa memiliki peran yang dengan mudah dapat dijangkau oleh banyak pembaca dan murah dalam menyampaikan informasi tentang HIV/AIDS. Bersama dengan media dalam bentuk lain, media masa bisa efektif menimbulkan kepedulian masyarakat tentang HIV/AIDS. Bagaimanapun, media masa harus bertanggungjawab dalam melaporkan informasi tentang HIV/AIDS, menghindari ketidakakuratan yang mana mungkin menghasilkan perbedaan persepsi dan membutuhkan klarifikasi.

6. Ahli Kesehatan dan LSM

Para ahli kesehatan dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dapat membantu menyebarkan informasi yang benar tentang HIV/AIDS dengan melakukan proses pembelajaran di masyarakat. Dengan melibatkan masyarakat umum, LSM dapat menjadi penghubung antara ahli kesehatan dan masyarakat (WHO, 1992).

Pencegahan HIV diantara penjaja seks dan pelanggan PS:

Banyak proyek yang menemukan bahwa aktivitas pencegahan HIV diantara penjaja seks, pelanggan PS, dan pasangannya adalah paling efektif ketika paket

intervensi mencakup paling sedikit tiga elemen:

1. Pesan informasi dan perubahan perilaku.
2. Promosi kondom dan membangun keterampilan.
3. Pelayanan IMS.

Pencegahan HIV pada remaja:

1. Merubah perilaku dan sikap adalah lebih mudah jika dimulai sebelum pola dibentuk.
2. Sumber kekuatan pencegahan berada didalam dirinya sendiri.
3. Sering dan mudah dijumpai dalam jumlah besar.

Pencegahan HIV dan Pengguna napza suntik:

1. Program penjangkauan masyarakat berbasis komunitas sebaya.
2. Meningkatkan akses untuk alat suntik yang steril dan kondom.
3. Meningkatkan akses untuk perawatan ketergantungan obat, khususnya metadon (Tim, Brown. et. all. 2001).

2.5 Penularan HIV

Model penularan HIV melalui hubungan seksual, darah dan produk darah yang terinfeksi HIV, dan transmisi dari ibu ke anak (Frank, 1997).

- Hubungan Seksual

HIV dapat menyebar baik melalui hubungan sesama jenis (*homoseksual*) atau berbeda jenis (*heteroseksual*) ketika pasangannya telah terinfeksi HIV. Perempuan lebih besar berisiko untuk terinfeksi dari pasangannya karena transmisi dari laki-laki ke perempuan lebih efisien daripada perempuan ke laki-laki. Selama melakukan hubungan seks,

kerusakan lapisan organ seksual bisa menularkan HIV dari pasangan yang terinfeksi ke orang yang tidak terinfeksi dengan pertukaran cairan tubuh (WHO, 1992). Selain melakukan hubungan seksual dengan vaginal yang berisiko, ada perilaku seksual berisiko lainnya untuk tertular HIV, misalnya hubungan seks dengan anal, (Frank, 1997).

- Darah dan produk darah yang terinfeksi HIV

Penularan HIV melalui darah dan produk darah yang terinfeksi HIV dapat melalui transfusi darah dan pemakaian jarum suntik yang tidak steril secara bergantian.

- Transfusi darah

Darah donor yang tidak ditapis berisiko mengandung HIV. Ketika tes darah untuk skrining HIV tidak dapat dilakukan, orang dengan *sickle cell*, *haemophilia* dan lainnya membutuhkan transfusi darah yang berulang terinfeksi HIV melalui darah yang terkontaminasi virus (WHO, 1992).

- Pemakaian alat suntik/ jarum suntik yang tidak steril

Biasanya pengguna napza suntik menggunakan alat suntik bergantian dengan teman pengguna napza yang lain. Pertukaran darah yang terinfeksi HIV lewat jarum suntik adalah metode tranmisi HIV antara pengguna napza suntik (Frank, 1997).

- Transmisi dari ibu ke anak

Penularan HIV dari ibu ke anak dapat terjadi selama kehamilan, ketika lahir, dan masa menyusui. Sebagian besar penularan terjadi pada saat melahirkan per vaginam. Peluang penyebaran HIV dengan cara ini sekitar 30% (WHO, 1992).

Populasi berisiko tinggi untuk penularan HIV terdiri dari:

- Penjaja seks dan pelanggannya
- Pemasun (pengguna napza suntik)
- Laki-laki suka laki-laki
- Narapidana (WHO, 2007).

Populasi berisiko juga bisa sebagai jembatan penularan kepada kelompok yang lain (pasangan kelompok berisiko). Sebagai contoh, pelanggan dari penjaja seks yang terinfeksi HIV mungkin akan terinfeksi HIV. Kemudian dia melakukan hubungan seks dengan istrinya secara tidak aman, dan kemudian menginfeksi istrinya. Dalam kasus ini dia bertindak sebagai jembatan, infeksi HIV yang diperoleh dari penjaja seks ke pasangannya (WHO, 2007).

2.6 Layanan Tes HIV

Dalam strategi nasional penanggulangan HIV/AIDS, salah satu tujuan yang ingin dicapai dalam penanggulangan HIV/AIDS adalah menyediakan dan meningkatkan mutu pelayanan perawatan, pengobatan, dan dukungan kepada orang terinfeksi HIV yang terintegrasi dengan upaya pencegahan. Pelayanan terhadap HIV/AIDS terdiri dari tes dan konsultasi HIV dan perawatan terhadap kasus HIV/AIDS.

Rencana strategi nasional AIDS menetapkan tes dan konseling HIV dengan tujuan:

- a. Menyiapkan fasilitas dan pelayanan tes yang bisa mendeteksi infeksi HIV/AIDS, khususnya diantara populasi berisiko tinggi.

- b. Menyediakan praktek, pemberian nasihat, dan informasi HIV/AIDS beserta dampaknya.
- c. Menetapkan biaya yang efektif atau terjangkau untuk melakukan tes.
- d. Mendorong lembaga swadaya masyarakat dan sektor swasta untuk membangun klinik tes dan konseling.

Ada 3 tujuan utama tes HIV:

1. Skrining: memastikan transfusi darah dan transplantasi organ yang aman termasuk skrining darah dari pendonor.
2. Surveilans: tes tanpa identitas dari serum (atau cairan tubuh lainnya) untuk tujuan melihat tren prevalensi HIV yang terjadi di populasi tersebut.
3. Diagnosis infeksi HIV: memberitahukan kepada seseorang tentang status HIVnya melalui tes HIV sukarela dengan itu mereka bisa membuat keputusan di masa mendatang untuk menyelamatkan kesehatan dirinya dan orang lain. Dengan mengetahui status HIV pada seseorang (tanpa gejala atau dengan tanda klinis) dapat mencari pengobatan lebih awal, melindungi dirinya dari infeksi oportunistik, dan merubah perilaku berisikonya (Utomo dan Irwanto, 1998).

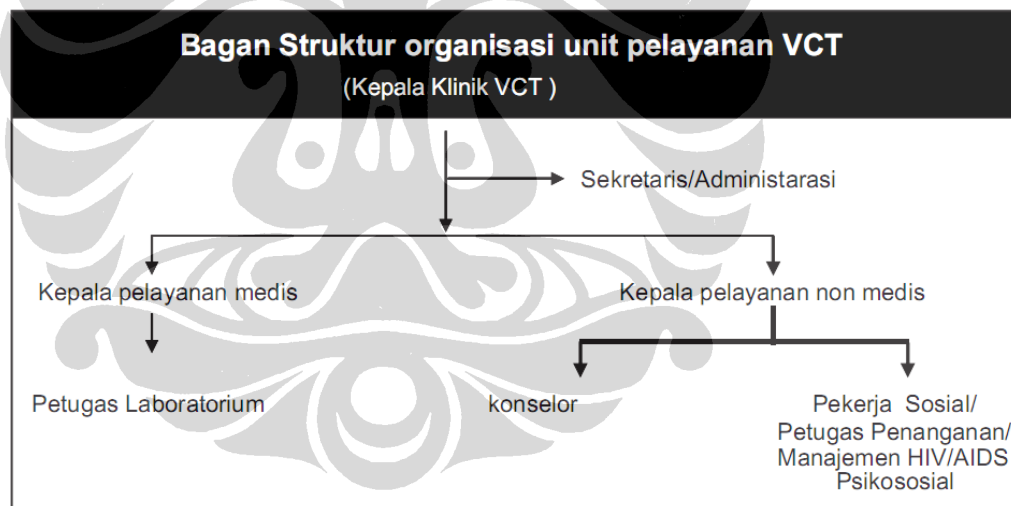
2.6.1 Layanan Tes HIV sukarela

Dalam SK Menkes no. 241 tahun 2006 tentang standar pelayanan laboratorium kesehatan pemeriksa HIV dan infeksi oportunistik, VCT *service* (*Voluntary Counselling and Tes*) adalah tempat pelayanan konseling pra tes, tes HIV, dan konseling paska tes secara sukarela dan rahasia bagi mereka yang berperilaku berisiko atau diduga terinfeksi HIV/AIDS.

Struktur Organisasi pelayanan VCT terdiri dari :

1. Kepala Klinik VCT
2. Sekretaris / Administrasi
3. Koordinator Pelayanan Medis
4. Koordinator Pelayanan Non Medis
5. Konselor VCT
6. Petugas penanganan kasus (Petugas manajemen kasus)
7. Petugas Laboratorium (Depkes, 2008).

Gambar 2.1
Bagan Struktur Organisasi Unit Pelayanan VCT



Sumber: Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS secara Sukarela. Depkes, 2008.

Tes HIV merupakan pengujian untuk mengetahui apakah HIV ada dalam tubuh seseorang. Tes HIV yang umumnya digunakan adalah tes yang mendeteksi antibodi yang diproduksi oleh sistem kekebalan tubuh dalam merespons HIV, karena antibodi itu lebih mudah (dan lebih murah) dideteksi dibanding pendeteksian virus

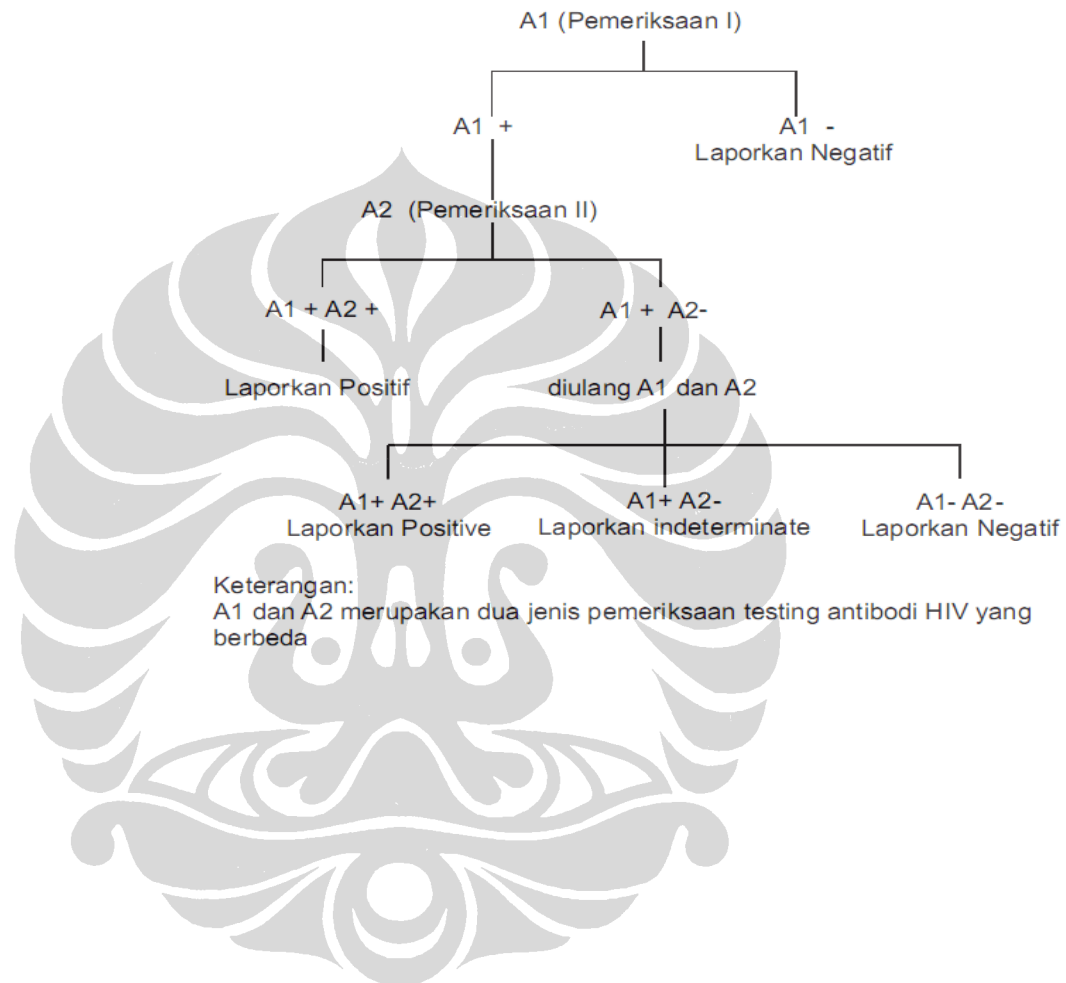
itu sendiri. Antibodi diproduksi oleh sistem kekebalan tubuh dalam merespons suatu infeksi (KPA, 2008).

Prinsip Tes HIV adalah sukarela dan terjaga kerahasiaanya. Tes dimaksud untuk menegakkan diagnosis. Terdapat serangkaian tes yang berbeda-beda karena perbedaan prinsip metoda yang digunakan. Tes yang digunakan adalah tes serologis untuk mendeteksi antibodi HIV dalam serum atau plasma. Spesimen adalah darah klien yang diambil secara intravena, plasma atau serumnya (Depkes, 2008).

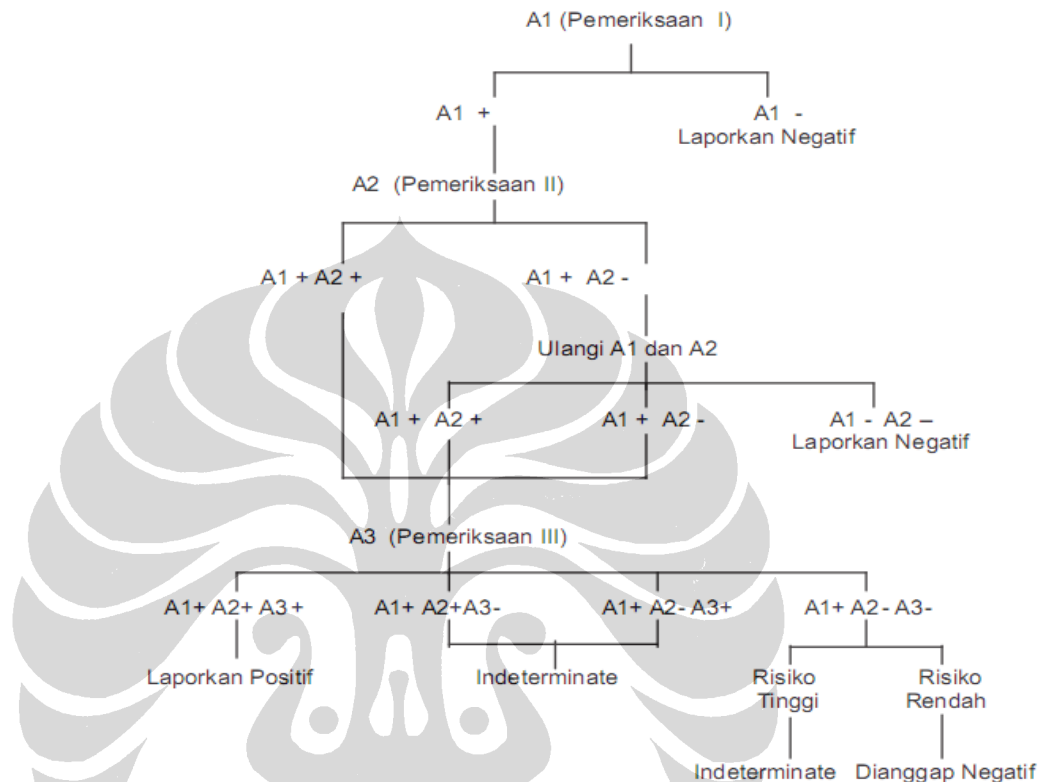
Pemeriksaan darah dengan tujuan untuk diagnosis HIV harus memperhatikan gejala atau tanda klinis serta prevalensi HIV di wilayah. Prevelensi HIV diatas 30% digunakan strategi I dan prevelensi HIV untuk diatas 10% dan dibawah 30% dapat menggunakan strategi II menggunakan reagen yang berbeda sensitivitas dan spesifisitas. Untuk prevalensi HIV dibawah 10% dapat menggunakan strategi III, menggunakan tiga jenis reagen yang berbeda sensitivitas dan spesifisitas (Depkes, 2008).

Gambar 2.2
Bagan alur tes HIV Strategi II

STRATEGI II



Gambar 2.3
Bagan alur tes HIV Strategi III



Keterangan:

A1, A2 dan A3 merupakan tiga jenis pemeriksaan antibodi HIV yang berbeda

Ada beberapa tahapan dalam melakukan VCT, di antaranya :

- Konseling pra-tes.
 - a. Dialog atau tanya jawab dengan konselor yang mendampingi. Membicarakan mulai dari alasan keinginan melakukan VCT sampai membahas masalah HIV/AIDS. Konselor akan memberikan informasi yang lengkap.
 - b. Keputusan tes. Konselor akan memberikan waktu yang cukup kepada klien untuk memutuskan apakah akan melakukan tes segera setelah

konseling atau menunda dulu untuk jangka waktu tertentu.

- c. Menandatangani lembar persetujuan. Jika memutuskan melakukan tes, maka sebelum dites klien harus menandatangani lembar persetujuan sebagai tanda bahwa telah mengerti dan setuju melakukan tes.

Konseling pra tes mencakup;

- Mendiskusikan arti hasil positif dan jelaskan penyimpangan
- Mendiskusikan arti hasil negatif (mis, serokonversi memerlukan waktu, perilaku risiko tinggi yang baru dilakukan mungkin memerlukan pengujian susulan).
- Siap untuk mendiskusikan rasa takut dan kekhawatiran klien (rasa takut yang tidak realistis mungkin memerlukan intervensi psikologis yang sesuai).
- Mendiskusikan mengapa tes diperlukan (tidak semua klien akan mengakui memiliki perilaku risiko tinggi)
- Menggali kemungkinan reaksi klien terhadap hasil yang positif.
- Menggali reaksi masa lalu terhadap stres yang parah.
- Mendiskusikan konfidensialitas masalah yang relevan dengan situasi tes.
- Mendiskusikan kepada klien bagaimana menjadi sero positif dapat mempengaruhi status sosial.
- Menggali perilaku risiko tinggi dan anjurkan intervensi untuk menurunkan risiko.
- Catatlah diskusi dalam kartu.
- Berikan waktu pada klien untuk bertanya.

- Pengambilan darah.

Bila tetap dengan keputusan untuk tes, maka akan diambil sampel darah klien untuk keperluan tes di laboratorium.

- Konseling paska tes.

Selambat-lambatnya tiga hari setelah tes, klien diminta datang dan bertemu konselor untuk mendapatkan hasil tes. Ada tiga kemungkinan hasil tes, yaitu positif, negatif, dan meragukan. Konselor akan memberikan penjelasan terhadap hasil tes tersebut. Hasil tes ini akan dirahasiakan.

Konseling tindak lanjut yakni, meminta nasihat atau informasi lebih lanjut berkenaan dengan hasil tes tersebut. Jika hasil tes positif misalnya, maka konselor merujuk ke pusat pelayanan kesehatan yang memadai.

Konseling paska tes mencakup :

- Interpretasi hasil tes; menjelaskan penyimpangan yang mungkin terjadi, tanyakan tentang pemahaman klien dan reaksi emosionalnya terhadap hasil tes.
- Anjurkan pencegahan penularan.
- Anjurkan tindak lanjut pasangan seksual dan kontak jarum.
- Jika hasil tes positif, anjurkan untuk menghindari donor darah, sperma atau organ dan jangan menggunakan pisau cukur dan barang lainnya yang mungkin mengandung darah secara bersama-sama.
- Rujukan untuk dukungan psikologis yang tepat, pertimbangkan terapi supportif individual atau kelompok.

Konseling HIV/AIDS adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah

penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan ARV dan memastikan pencegahan berbagai masalah terkait HIV/AIDS (Depkes, 2008).

Prinsip Pelayanan Konseling dan Tes HIV/AIDS Sukarela (VCT) adalah:

1. Sukarela dalam melaksanakan tes HIV.

Pemeriksaan HIV hanya dilaksanakan atas dasar kerelaan klien, tanpa paksaan, dan tanpa tekanan. Keputusan untuk dilakukan tes terletak ditangan klien. Kecuali tes HIV pada darah donor di unit transfusi dan transplantasi jaringan, organ tubuh dan sel. Tes dalam VCT bersifat sukarela sehingga tidak direkomendasikan untuk tes wajib pada pasangan yang akan menikah, pekerja seksual, penasun, rekrutmen pegawai/tenaga kerja Indonesia, dan asuransi kesehatan.

2. Saling mempercayai dan terjaminnya kerahasiaan.

Layanan harus bersifat profesional, menghargai hak dan martabat semua klien. Semua informasi yang disampaikan klien harus dijaga kerahasiaannya oleh konselor dan petugas kesehatan, tidak diperkenankan didiskusikan di luar 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 seizin klien, informasi kasus dari diri klien dapat diketahui.

3. Mempertahankan hubungan relasi konselor-klien yang efektif.

Konselor mendukung klien untuk kembali mengambil hasil tes dan mengikuti pertemuan konseling paska tes untuk mengurangi perilaku berisiko. Dalam

VCT dibicarakan juga respon dan perasaan klien dalam menerima hasil tes dan tahapan penerimaan hasil tes positif.

4. Tes merupakan salah satu komponen dari VCT.

WHO dan Departemen Kesehatan RI telah memberikan pedoman yang dapat digunakan untuk melakukan tes HIV. Penerimaan hasil tes senantiasa diikuti oleh konseling paska tes oleh konselor yang sama atau konselor lainnya yang disetujui oleh klien (Depkes, 2008).

Konselor adalah pemberi pelayanan konseling yang telah dilatih keterampilan konseling HIV dan dinyatakan mampu. Konselor VCT yang berasal dari tenaga kesehatan atau non kesehatan yang telah mengikuti pelatihan VCT. Tenaga konselor VCT minimal dua orang dan tingkat pendidikan konselor VCT adalah SLTA.

Tugas Konselor VCT adalah:

- a. Mengisi kelengkapan pengisian formulir klien, pendokumentasian dan pencatatan konseling klien dan menyimpannya agar terjaga kerahasiaannya.
- b. Pembaruan data dan pengetahuan HIV/AIDS.
- c. Membuat jejaring eksternal dengan layanan pencegahan dan dukungan di masyarakat dan jejaring internal dengan berbagai bagian rumah sakit yang terkait.
- d. Memberikan informasi HIV/AIDS yang relevan dan akurat, sehingga klien merasa berdaya untuk membuat pilihan untuk melaksanakan testing atau tidak. Bila klien setuju melakukan testing, konselor perlu mendapat jaminan bahwa klien betul menyetujuinya melalui penandatanganan *informed consent* tertulis.

- e. Menjaga bahwa informasi yang disampaikan klien kepadanya adalah bersifat pribadi dan rahasia. Selama konseling paska tes konselor harus memberikan informasi lebih lanjut seperti, dukungan psikososial dan rujukan. Informasi ini diberikan baik kepada klien dengan HIV positif maupun negatif.
- f. Pelayanan khusus diberikan kepada kelompok perempuan dan mereka yang dipinggirkan, sebab mereka sangat rawan terhadap tindakan kekerasan dan diskriminasi (Depkes, 2008).

Kemampuan yang harus dimiliki oleh seorang konselor adalah:

- Memahami masalah yang dikonselingkan sehingga dapat menampung dan memahami perasaan-perasaan negatif yang dikeluhkan klien.
- Dalam kaitannya dengan HIV/AIDS seorang konselor harus memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan cara penularan, akibat dari ketertularan, dan proses perkembangan penyakit seterusnya, serta sikap dan pandangan masyarakat umum terhadap HIV/AIDS.
- Menimbulkan hubungan yang baik bagi klien dan menjadi pendengar yang baik serta bersifat dapat menyimpan rahasia.
- Mempunyai sifat akseptasi dan empati terhadap klien.
- Mampu menyelami jalan pikiran dan perasaan klien tanpa terbawa oleh masalah dan perasaan klien (Utomo dan Irwanto, 1998).

Layanan VCT dapat digunakan untuk mengubah perilaku berisiko dan memberikan informasi tentang pencegahan HIV. Alasan dilakukannya VCT adalah pencegahan HIV dan pintu masuk menuju terapi dan perawatan (Depkes, 2004). VCT memberikan keuntungan, baik bagi mereka yang positif, maupun bagi mereka yang negatif. VCT dapat mengurangi kegelisahan, meningkatkan

persepsi/ pengetahuan mereka, tentang faktor-faktor, risiko terkena infeksi HIV, mengembangkan perubahan perilaku, secara dini mengarahkan mereka menuju ke program pelayanan dan dukungan termasuk akses terapi anti-retroviral, serta membantu mengurangi stigma dalam masyarakat (Dewi, 2008).

Syarat keberhasilan untuk sebuah layanan VCT adalah:

- Pelatihan realistik dan dukungan konselor
- Pemasaran kepada dan mobilisasi masyarakat
- Jejaring rujukan dan dukungan layanan
- Fasilitas memadai – penatalaksanaan informasi tentang waktu, pribadi, kerahasiaan, dan mudah dijangkau
- Monitoring dan evaluasi efektif dan responsif (Depkes, 2004).

2.6.2 Tempat Layanan Tes HIV

Pelayanan VCT dapat dikembangkan diberbagai layanan terkait yang dibutuhkan, misalnya klinik IMS, klinik TB, ART, dan sebagainya. Lokasi layanan VCT hendaknya perlu petunjuk atau tanda yang jelas hingga mudah diakses dan mudah diketahui oleh klien VCT. Nama klinik cukup mudah dimengerti sesuai dengan etika dan budaya setempat dimana pemberian nama tidak mengundang stigma dan diskriminasi. Layanan VCT dapat diimplementasikan dalam berbagai keadaan, dan sangat bergantung pada kondisi dan situasi daerah setempat, kebutuhan masyarakat dan profil klien, seperti individual atau pasangan, perempuan atau laki-laki, dewasa atau anak muda (Depkes, 2008).

Model layanan VCT terdiri dari:

1. Mobile VCT (Penjangkauan dan keliling)

Layanan Konseling dan Tes HIV Sukarela model penjangkauan dan keliling (*mobile* VCT) dapat dilaksanakan oleh LSM atau layanan kesehatan yang langsung mengunjungi sasaran kelompok masyarakat yang memiliki perilaku berisiko atau berisiko tertular HIV 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)

Pusat Konseling dan Tes HIV Sukarela 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 Konseling dan Tes HIV, layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan terkait dengan HIV/AIDS.

Contoh pengembangan pelayanan VCT di sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya:

1. Pelayanan VCT di sarana kesehatan seperti rumah sakit.

2. Pelayanan VCT di sarana kesehatan lainnya:

- Pusat Kesehatan Masyarakat
- Keluarga Berencana (KB)
- Klinik KIA untuk Pencegahan Penularan Ibu-Anak (PMTCT)
- Infeksi Menular Seksual (STI)

- Terapi Tuberkulosa
- LSM (Depkes, 2004).

Pelayanan kesehatan terhadap penyakit menular seksual dan HIV/AIDS disediakan di komunitas pusat layanan kesehatan, klinik atau praktik pribadi, rumah sakit umum (daerah dan propinsi) (Darmaputra dan Utomo, 2002).

- Rumah Sakit

Di tingkat regional, disana masih sangat sedikit kabupaten yang memiliki fasilitas tes dan konseling HIV resmi, dan jika ada biasanya berada di rumah sakit tidak jauh dari kota besar (Darmaputra, 1997).

- Puskesmas

Seluruh Puskesmas di Papua secara bertahap akan dilengkapi pelayanan kesehatan *Voluntary Counselling and Testing (VCT)* atau konseling dan tes sukarela sebagai upaya peningkatan pelayanan bidang kesehatan di Provinsi Papua (www.papua.go.id).

- Lembaga Swadaya Masyarakat

LSM bisa menyediakan dukungan kritis untuk program pengendalian AIDS, karena mereka adalah berorientasi manusia dan lebih sensitif terhadap kebutuhan dari mereka yang terserang (WHO, 1999). LSM dapat melakukan:

- Meningkatkan kepedulian individu, kelompok dan komunitas pada pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS, melaksanakan target program intervensi untuk perubahan perilaku pada orang berperilaku berisiko tinggi.
- Menyediakan dan memfasilitasi akses ke layanan kesehatan termasuk perawatan dari IMS, khususnya untuk kelompok

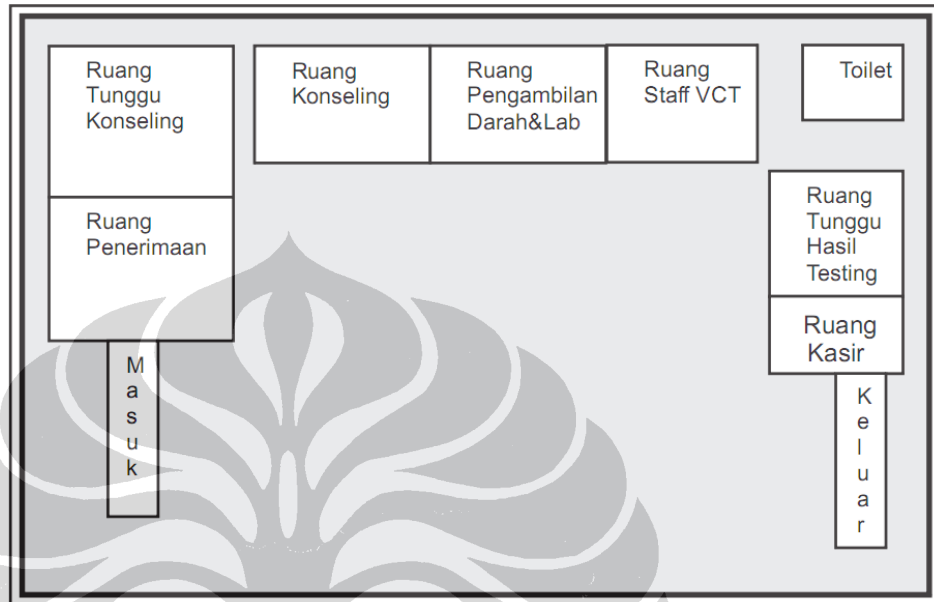
termarjinalkan. Mereka dapat mempromosikan penyebaran dan penggunaan kondom, dan membantu dalam pergerakan populasi untuk mendonorkan darahnya dengan sukarela.

- Mengadvokasi hak manusia, mengurangi diskriminasi yang menyerang orang terinfeksi HIV dan menyediakan pengobatan dan dukungan pada tingkat komunitas dan rumah.
- Menjadi pasangan/bagian yang efektif dalam respon nasional dan partisipasi penuh dalam perencanaan, implementasi dan evaluasi program AIDS ditingkat lokal dan nasional (WHO, 1999)

Lembaga swadaya masyarakat tempat paling baik membawa program intervensi dan pelayanan pada masyarakat akar rumput. LSM juga dianggap dapat bekerja dengan fleksibel tanpa proses birokrasi yang sulit dan bekerja secara intensif dengan pendanaan yang cukup (Darmaputra, 1997). Lembaga swadaya masyarakat dan organisasi berbasis keagamaan memiliki banyak aktivitas seperti konseling, klinik servis, dan *hotlines*. Akan tetapi, konselor dan staf medis masih membutuhkan banyak pelatihan dan ilmu-ilmu yang berkaitan dengan isu HIV/AIDS. Cara kerja dari LSM serta pendanaannya sebagian besar bersifat sukarela dan program yang diadakan seringkali insidental tidak kontinu.

Beberapa penjaja seks mendatangi LSM atau klinik pribadi untuk mendapatkan pelayanan yang berhubungan dengan penyakit menular seksual dengan anggapan bahwa klinik tersebut lebih terasing, dapat diakses, dan dapat dipercaya (Darmaputra, 1997).

Gambar 2.4
Contoh Denah Layanan VCT



Sumber: Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS secara Sukarela. Depkes, 2008.

Indonesia menerapkan tes HIV sukarela diberbagai tempat layanan kesehatan Untuk mengurangi penghalang terhadap akses layanan HIV, maka sebaiknya dibuat pelayanan yang terintegrasi dengan pelayanan lain, misalnya pelayanan terhadap program keluarga berencana, pelayanan yang targetnya adalah para remaja (USAID, 2003).

2.7 Surveilans Pasif

Surveilans KesMas menurut Thacker & Berkelman adalah pengumpulan, analisis, dan penafsiran data outcome-specific secara terus menerus dan sistematis untuk erencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi upaya kesmas. Definisi Sistem Surveilans Epidemiologi menurut Kepmenkes No 1116 tahun 2003 adalah tatanan

prosedur penyelenggaraan surveilans epidemiologi yang terintegrasi antara unit-unit penyelenggara surveilans dengan laboratorium, sumber-sumber data, pusat penelitian, pusat kajian dan penyelenggara program kesehatan, meliputi tata hubungan surveilans epidemiologi antar wilayah Kabupaten/Kota, Propinsi dan Pusat. Tujuan Surveilans Epidemiologis (menurut *WHO, 2000*) adalah sebagai berikut:

1. Memprediksi dan mendeteksi dini Epidemii (*Outbreak*).
2. Memonitor, mengevaluasi, dan memperbaiki program pencegahan dan pengendalian penyakit.
3. Sebagai sumber informasi untuk penentuan prioritas, pengambilan kebijakan, perencanaan, implementasi, dan alokasi sumber daya kesehatan.
4. Monitoring kecenderungan penyakit Endemis dan mengestimasi dampak penyakit di masa mendatang.
5. Mengidentifikasi kebutuhan riset dan investigasi lebih lanjut.

Surveilans Epidemiologis, secara garis besar dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu:

1. Surveilans Pasif adalah Pengumpulan data yang diperoleh dari laporan bulanan sarana pelayanan kesehatan di daerah. Dari data yang diperoleh, dapat diketahui distribusi geografis tentang berbagai penyakit menular, dan perubahan – perubahan yang terjadi serta kebutuhan tentang penelitian sebagai tindak lanjut.
2. Surveilans Aktif adalah Pengumpulan data yang dilakukan secara langsung untuk mempelajari penyakit tertentu dalam waktu yang relatif singkat (*seminggu sekali atau 2 minggu sekali*) yang dilakukan oleh petugas

kesehatan untuk mencatat ada atau tidaknya kasus baru penyakit tertentu. Pencatatan meliputi Variabel Demografis seperti: Umur, jenis kelamin, pekerjaan, sosial ekonomi; Waktu timbulnya gejala; Pola Makanan; Tempat Kejadian yang berkaitan dengan penyakit tertentu dan Pencatatan ini tetap dilakukan walaupun tidak ditemukan kasus baru. Surveilans Aktif dilakukan apabila :

- Ditemukan kasus baru,
- Penelitian tentang cara penyebaran yang baru suatu penyakit tertentu,
- Risiko tinggi terjadinya penyakit musiman,
- Penyakit tertentu yang timbul di daerah baru *atau* akan menimbulkan pengaruh pada kelompok penduduk tertentu *atau* penyakit dengan insidensi yang rendah mendadak terjadi peningkatan.

BAB III

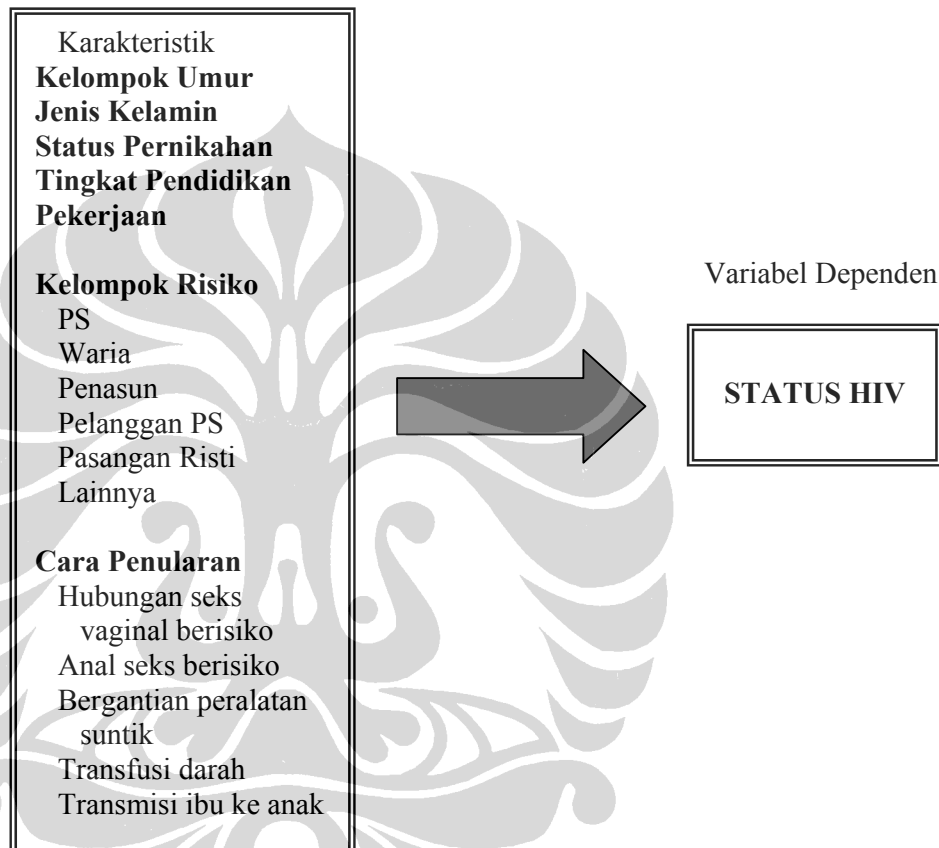
KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka konsep

Menurut H.L Blum (1981) faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seseorang adalah lingkungan (mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi, dsb), perilaku, hereditas, dan pelayanan kesehatan. Dengan mengadopsi teori yang dikemukakan oleh Blum, maka seseorang yang terinfeksi HIV/AIDS dipengaruhi oleh lingkungan yakni lingkungan keberadaan seseorang ditengah-tengah kelompok berisiko HIV, perilaku berisiko dalam hal ini cara penularan HIV dapat melalui hubungan seks vaginal berisiko, anal seks berisiko, bergantian peralatan suntik, transfusi darah, dan transmisi ibu ke anak. Hereditas atau keturunan mempengaruhi status HIV seseorang dalam hal ini dapat dikatakan karakteristik yang mempengaruhi status HIV seseorang. Pelayanan kesehatan yang dimaksud disini adalah layanan tes HIV yang dapat dijangkau oleh masyarakat. Pelayanan tes HIV dibutuhkan oleh masyarakat untuk mengetahui status HIV seseorang, karena hanya dengan melalui tes serum atau plasma darah status HIV dapat diketahui. Namun, tidak sepenuhnya teori ini menggambarkan faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian HIV, karena masih adanya stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap ODHA. Dalam kerangka konsep, hanya dimasukkan karakteristik yang terdiri dari umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, dan pekerjaan; kelompok risiko dan cara penularan sebagai variabel independen dan HIV positif sebagai variabel dependen.

Gambar 3.1
Kerangka konsep

Variabel independen



3.2 Definisi operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Formulir	Skala ukur
Variabel Dependen				
1.	Status HIV	Kondisi dimana ditemukan atau tidaknya antibodi HIV dalam tubuh	Hasil Tes	Nominal 0 = negatif 1 = positif
Variabel Independen				
2.	Kelompok Umur	Lama hidup seseorang yang dihitung dari tahun lahir sampai tahun pelaporan	Tahun Kelahiran	Ordinal 1 = < 20 tahun 2 = 20 – 29 tahun 3 = 30 – 39 tahun 4 = 40 – 49 tahun 5 = > 49 tahun
3.	Jenis Kelamin	Perbedaan badani atau biologis manusia	Seksualitas	Nominal 1 = Laki-laki 2 = Perempuan
4.	Status Pernikahan	Identitas seseorang dinilai dari sebuah ikatan yang sakral	Status Pernikahan	Nominal 1 = menikah 2 = tidak menikah 3 = pernah menikah
5.	Tingkat Pendidikan	Tingkat pendidikan formal terakhir yang pernah ditamatkan oleh pasien	Pendidikan Terakhir	Ordinal 1 = tidak sekolah 2 = SD 3 = SLTP 4 = SLTA 5 = Perguruan Tinggi 6 = Lainnya
6.	Pekerjaan	Kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan berupa uang	Pekerjaan	Nominal 1 = Tidak bekerja 2 = Bekerja
7.	Kelompok Risiko	Perilaku risiko terkena HIV yang membuat	Kelompok risiko	Nominal 1 = PS

		pasien masuk kedalam kelompok berisiko		2 = Waria 3 = Penasun 4 = Pelanggan PS 5 = Pasangan Risti 6 = Lainnya
8.	Cara Penularan	Cara HIV berpindah dari satu orang ke orang lain	Kajian tingkat risiko	Nominal 1 = Hubungan seks vaginal berisiko 2 = Anal seks berisiko 3 = Bergantian peralatan suntik 4 = Transfusi darah 5 = Transmisi ibu ke anak

3.3 Hipotesis

Ada variabel independen yang paling berpengaruh terhadap status HIV seseorang di Jakarta dan Bali tahun 2007.