

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengenalan HIV dan AIDS

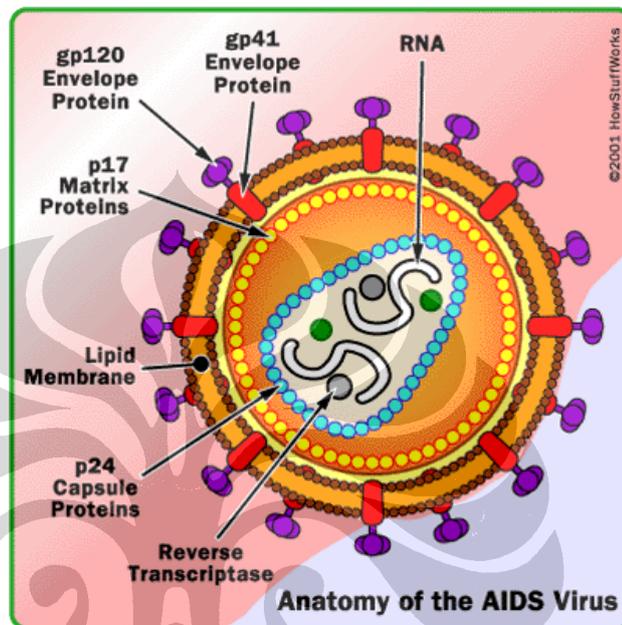
2.1.1. Pengertian HIV dan AIDS

HIV merupakan singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*, yaitu virus yang menyebabkan rusaknya/melemahnya sistem kekebalan tubuh manusia (Djoerban, 1992). HIV pertama kali diisolasi di Paris pada bulan Mei 1983 oleh Luc Montagnier. Virus ini merupakan kelompok retrovirus. Retrovirus memiliki kemampuan untuk melakukan *copy* material genetiknya ke materi genetik sel manusia yang ditumpanginya. Hal ini berarti sel yang terinfeksi akan tetap terinfeksi hingga akhir hidupnya. HIV mampu untuk menginfeksi sel penting (yakni sel T-*helper* atau CD4) yang mengkoordinasikan sistem imun tubuh untuk melawan infeksi. Jika beberapa sel telah terinfeksi maka sel-sel lainnya termasuk sel CD4 yang tidak terinfeksi tidak dapat bekerja dengan baik (King, 1996). Keadaan ini menyebabkan gangguan besar pada sistem imun, sehingga menyebabkan tubuh lebih rentan terhadap infeksi-infeksi kuman oportunistik dan keganasan (Borucki dalam Muma, 1997).

Terdapat dua jenis HIV, yakni HIV 1 dan 2, perbedaan keduanya terletak pada protein pembungkus. Namun HIV 2 lebih lambat dalam menyebabkan perkembangan AIDS (WHO, 1994).

Bentuk dari HIV ini seperti binatang bulu babi dan berukuran kira-kira sebesar 1/250 mikron (Hawari, 2006).

Gambar 2.1 Anatomi virus HIV



Sumber : <http://www.teenids.org>, 2001

AIDS merupakan singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, atau kumpulan gejala penyakit karena menurunnya sistem kekebalan tubuh sebagai akibat dari infeksi virus HIV. Sebagai sebuah sindrom, maka AIDS dapat bermanifestasi dalam berbagai cara. AIDS memungkinkan terjadinya infeksi-infeksi oportunistik tertentu atau tumor untuk tumbuh dengan baik. Disebut sebagai infeksi oportunistik karena disebabkan oleh organisme yang normalnya tidak patogenik tetapi ‘mengambil kesempatan’ menyebabkan penyakit pada individu yang sistem imunnya rusak (WHO, 1994).

Arti singkatan AIDS (Montaigner, 2004) :

Acquired : Perolehan, bukan turunan melainkan disebabkan oleh virus (yang diperoleh) pasien selama hidupnya

- Immune* : Sistem kekebalan tubuh
- Deficiency* : Kekurangan, menunjukkan kadar yang lebih rendah dari normal
- Syndrome* : Kumpulan gejala-gejala

2.1.2. Transmisi HIV

HIV terdapat dalam cairan tubuh Odha, dan dapat dikeluarkan melalui cairan tubuh tersebut. Seseorang dapat terinfeksi HIV bila kontak dengan cairan tersebut. Meskipun berdasarkan penelitian, virus terdapat di dalam saliva, air mata, cairan serebrospinal dan urin, tetapi cairan tersebut tidak terbukti berisiko menularkan infeksi karena kadarnya sangat rendah dan tidak ada mekanisme yang memfasilitasi untuk masuk ke dalam darah orang lain, kecuali kalau ada luka (Depkes RI, 2006).

Cara penularan yang lazim adalah melalui hubungan seks yang tidak aman (tidak menggunakan kondom) dengan mitra seksual terinfeksi HIV, kontak dengan darah yang terinfeksi (tusukan jarum suntik, pemakaian jarum suntik secara bersama, dan produk darah yang terkontaminasi) dan penularan dari ibu ke bayi (selama kehamilan, persalinan dan sewaktu menyusui). Cara lain yang lebih jarang seperti, tato, transplantasi organ dan jaringan, inseminasi buatan, tindakan medis semi invasif (Depkes RI, 2006).

AIDS tidak menular dalam keadaan (Sudikesmasjs, 2005) :

- a. Duduk bersama dalam bus, mikrolet
- b. Berpelukan, berciuman di pipi
- c. Pengidap HIV bersin/batuk didekat kita
- d. Makan dan minum bersama-sama
- e. Menggunakan kamar mandi atau WC bersama

- f. Gigitan nyamuk/serangga lain
- g. Hidup serumah dengan pengidap HIV/AIDS
- h. Menggunakan kolam renang bersama

2.1.3. Masa Inkubasi dan Gejala Klinis

Masa inkubasi atau masa laten HIV adalah masa dimana status seseorang dari positif HIV menjadi AIDS. Masa inkubasi penyakit ini belum diketahui secara pasti. Masa ini sangat tergantung pada daya tahan tubuh masing-masing orang, yang rata-rata 5-10 tahun. Dalam beberapa literatur dikatakan bahwa pada penderita yang terinfeksi melalui transfusi darah masa inkubasi kira-kira 4,5 tahun, sedangkan pada penderita homoseksual 2-5 tahun, pada anak-anak rata-rata 21 bulan dan pada orang dewasa 60 bulan (Zulkifli, 2004).

Gejala penderita AIDS dapat timbul dari ringan sampai berat, bahkan di Amerika Serikat ditemukan ratusan ribu orang yang dalam darahnya mengandung virus HIV tanpa gejala klinis. Umumnya penderita AIDS sangat kurus, sangat lemah dan menderita infeksi. Penderita AIDS selalu meninggal pada waktu singkat (rata-rata 1-2 tahun) akan tetapi beberapa penderita dapat hidup sampai 3 atau 4 tahun (Zulkifli, 2004).

Secara singkat, perjalanan HIV/AIDS dapat dibagi dalam 4 stadium (Depkes RI, 1997), yaitu :

1. Stadium pertama : HIV, Infeksi dimulai dengan masuknya virus HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologik 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* antara 1 sampai 3 bulan, bahkan ada yang sampai 6 bulan. Setelah beberapa minggu terpapar HIV, tahap ini ditandai dengan gejala demam, sakit tenggorokan, lesu dan lemas, sakit kepala, fotofobia, limpadenopati serta bercak makulopapular.

2. Stadium kedua : Asimptomatik (tanpa gejala), di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan adanya gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung rata-rata selama 5-10 tahun. Cairan tubuh Odha yang tampak sehat ini dapat menularkan HIV kepada orang lain.
3. Stadium ketiga : Pembesaran Kelenjar Limfe, ditandai dengan munculnya kembali antigen HIV serta penurunan sel limfosit T sehingga penderita menjadi sangat rentan terhadap berbagai kondisi dan infeksi. Terjadi pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy/ PGL*), tidak hanya pada satu tempat yang berlangsung lebih dari satu bulan.
4. Stadium keempat : AIDS, ditandai dengan timbulnya infeksi oportunistik dan neoplasma yang menyebabkan keadaan sakit berat dengan angka kematian yang tinggi. Tahap inilah yang disebut AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*).

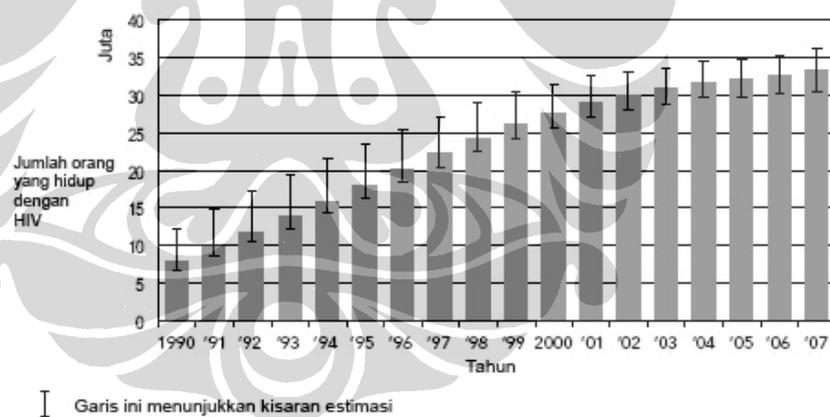
2.1.4. Epidemi HIV/AIDS tahun 2007

Setiap harinya diperkirakan 6.800 orang terinfeksi dan 5.700 orang meninggal karena AIDS, kebanyakan disebabkan kurangnya akses terhadap pencegahan dan perawatan. Berikut merupakan gambaran HIV/AIDS tahun 2007 (UNAIDS, 2007) :

- a) Prevalensi infeksi HIV global (persen orang yang terinfeksi HIV) masih pada level yang sama, meskipun secara global jumlah orang yang hidup dengan HIV meningkat sebagai akibat akumulasi infeksi baru yang terus terjadi dengan waktu kelangsungan hidup yang lebih panjang;
- b) Terjadi penurunan prevalensi pada beberapa negara yang terlokalisasi;
- c) Terjadi penurunan kematian yang berhubungan dengan HIV, sebagian disebabkan peningkatan akses perawatan; dan
- d) Terjadi penurunan jumlah infeksi HIV setiap tahunnya secara global.

Gambar 2.2

Estimasi global jumlah orang yang hidup dengan HIV,
1990-2007



Sumber : UNAIDS, 2007

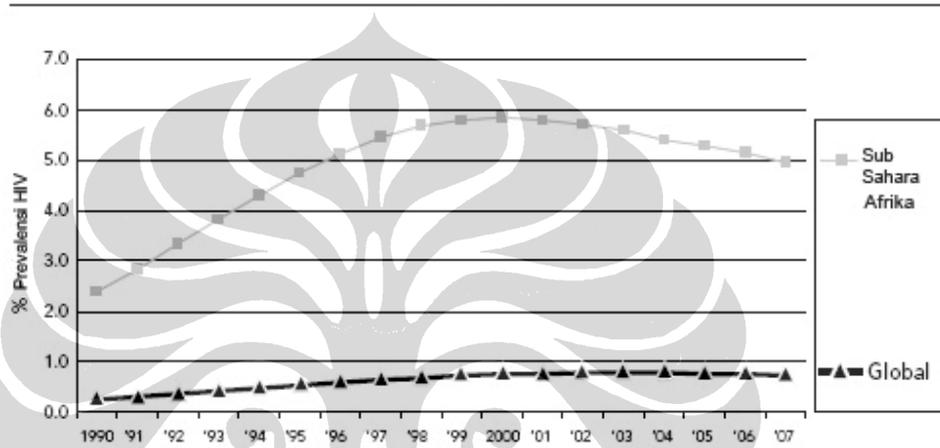
Pengamatan terhadap kecenderungan global maupun regional menunjukkan bahwa pandemi HIV mempunyai dua pola :

1. Epidemii umum tetap terjadi pada populasi di negara-negara Sub Sahara Afrika, terutama di bagian selatan benua;

2. Epidemio di benua lainnya terkonsentrasi pada populasi beresiko, seperti pria yang berhubungan seks dengan pria, pengguna narkoba suntik, pekerja seks dan pasangannya.

Gambar 2.3

Estimasi Prevalensi (%) HIV pada Orang Dewasa (15-49 tahun) Secara Global dan di Sub Sahara Afrika
1997-2007



Sumber : UNAIDS, 2007

2.1.5. Upaya Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS

Pada dasarnya upaya pencegahan AIDS dapat dilakukan oleh semua orang dengan mudah, asal diketahui secara pasti cara-cara penyebaran dari virus AIDS (HIV). Ada dua cara pencegahan AIDS, yaitu jangka pendek dan jangka panjang (Suharini, 1992) :

A. Upaya Pencegahan AIDS Jangka Pendek

1. Pencegahan infeksi HIV melalui hubungan seksual, seperti :

- a) Tidak melakukan hubungan seksual.
- b) Melakukan hubungan seksual hanya dengan seorang mitra seksual yang setia dan tidak terinfeksi HIV (monogami).

- c) Mengurangi jumlah mitra seksual sesedikit mungkin.
 - d) Menghindari hubungan seksual dengan kelompok resiko tinggi tertular AIDS.
 - e) Tidak melakukan hubungan seksual anogenital.
 - f) Menggunakan kondom mulai dari awal sampai dengan akhir hubungan seksual dengan kelompok resiko tinggi tertular AIDS dan pengidap HIV.
2. Pencegahan infeksi HIV melalui darah, seperti :
- a) Darah yang digunakan untuk transfusi diusahakan bebas HIV dengan jalan memeriksa darah donor.
 - b) Menghimbau kelompok resiko tinggi tertular AIDS untuk tidak menjadi pendonor darah.
 - c) Jarum suntik dan alat tusuk yang lain harus disterilisasikan secara baku setiap kali habis dipakai.
 - d) Semua alat yang tercemar dengan cairan tubuh penderita AIDS harus disterilisasikan secara baku.
 - e) Kelompok penyalahguna narkotika harus menghentikan kebiasaan penyuntikan obat ke dalam badannya serta menghentikan kebiasaan menggunakan jarum suntik bersama.
 - f) Menggunakan jarum suntik sekali pakai (*disposable*).
 - g) Membakar semua alat bekas pakai pengidap HIV.
3. Pencegahan infeksi HIV melalui ibu, dengan himbauan agar ibu yang terinfeksi HIV tidak hamil.

B. Upaya Pencegahan AIDS Jangka Panjang

Upaya jangka panjang yang harus dilakukan untuk mencegah merajalelanya AIDS adalah dengan merubah sikap dan perilaku masyarakat dengan kegiatan yang meningkatkan norma-norma agama maupun sosial, sehingga masyarakat dapat berperilaku seksual yang bertanggung jawab. Kegiatan tersebut dapat berupa dialog antara tokoh-tokoh agama, penyebarluasan informasi tentang AIDS dengan bahasa agama, melalui penataran P4 dan lain-lain.

Sementara untuk penanggulangan HIV/AIDS yang disusun dalam Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV/AIDS (Depkes RI, 2006) :

- 1) Semua teknologi pengendalian HIV/AIDS dapat diterapkan setelah melalui proses adaptasi dan adopsi serta bila diperlukan melalui uji operasional terlebih dahulu.
- 2) Upaya pengendalian HIV/AIDS senantiasa memperhatikan nilai luhur kemanusiaan, penghormatan harkat hidup manusia, hak asasi manusia, serta mencegah terjadinya stigmatisasi dan diskriminasi.
- 3) Pemerintah berkewajiban memberikan arah pengendalian HIV/AIDS sesuai dengan komitmen global dan nasional, menentukan prioritas pengendalian serta memobilisasi sumber daya yang cukup untuk pengendalian.
- 4) Semua kegiatan pengendalian HIV/AIDS harus memiliki kebijakan teknis yang wajib dibakukan dalam buku pedoman dan disebarluaskan kepada semua pihak serta bila diperlukan dituangkan dalam peraturan atau perundangan.

Area prioritas penanggulangan HIV/AIDS untuk tahun 2007-2010 (STRANAS 2007-2010), adalah sebagai berikut :

- 1) Pencegahan HIV dan AIDS

- 2) Perawatan, Pengobatan dan Dukungan kepada Odha
- 3) Surveilans HIV dan AIDS serta Infeksi Menular Seksual
- 4) Penelitian dan riset operasional
- 5) Lingkungan Kondusif
- 6) Koordinasi dan harmonisasi multipihak
- 7) Kestinambungan penanggulangan

Respon yang telah dilakukan Indonesia dalam menanggulangi HIV/AIDS yaitu dengan adanya KPA (Komisi Penanggulangan AIDS) dan KPAD (Komisi Penanggulangan AIDS Daerah) untuk tingkat nasional dan tingkat daerah yang mengkoordinasikan berbagai upaya pencegahan HIV/AIDS oleh sektor-sektor Pemerintah, LSM, Perguruan Tinggi, Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat dan lain-lain. Sementara di tingkat regional dan internasional, Indonesia telah berpartisipasi dan menyepakati Paris Summit 1994 yang menitik beratkan pada perlakuan yang sama dan adil pada Odha, komitmen deklarasi United Nations General Assembly Special Session on AIDS (UNGASS) 2001 dengan 11 butir kesepakatan, komitmen Menteri-Menteri Asia Pasifik tentang HIV/AIDS 2001, komitmen deklarasi Para Kepala Negara Asean tentang HIV/AIDS tahun 2001, deklarasi Inter Parliamentary Union tentang HIV/AIDS 2001, deklarasi para ulama Asean 1999, deklarasi Asean Drug Free 2015 (Laporan Eksekutif Menteri Kesehatan RI Tentang Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia Respon Menangkal Ancaman Bencana Nasional, 2002).

2.2. Odha dan Keluarga Odha

Orang dengan HIV/AIDS (Odha) berbeda dengan Ohidha (Orang yang hidup dengan HIV/AIDS). Odha merujuk pada individu yang terinfeksi HIV, baik yang

masih pada tahap HIV positif maupun yang sudah masuk pada tahap AIDS. Ohidha merujuk pada individu-individu lain yang terkena pengaruh secara tidak langsung dari penyakit ini, seperti keluarga, teman Odha, relawan, dan lain-lain (Depkes RI, 1997).

Istilah Odha dipopulerkan oleh Yayasan Pelita Ilmu yang sebelumnya menggunakan istilah OHIDA untuk menyebut penderita HIV/AIDS. OHIDA adalah singkatan dari Orang yang hidup dengan HIV/AIDS yang dalam bahasa Inggris cukup populer dengan PWA atau PLWHA (*People Living with HIV/AIDS*). Kemudian timbul pertanyaan apakah OHIDA hanya *infected people* (orang yang terdapat HIV di dalam tubuhnya) atau termasuk juga *affected people* (suami/istri, anak, ayah, ibu, saudara, maupun kawan karib). Pada 16 November 1995, empat orang dari Yayasan Pelita Ilmu yaitu Husein, Susan, Harry dan Pungky berdialog dengan pakar bahasa Indonesia Prof. dr. Anto M. Muliono di Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa Indonesia, Jakarta yang akhirnya memunculkan dua istilah yaitu Odha dan Ohidha. Odha (penulisannya bukan ODHA) adalah singkatan dari orang dengan HIV/AIDS, berarti orang yang di dalam tubuhnya terdapat HIV (*infected people*). Ohidha (penulisannya bukan OHIDHA atau OHIDA) merupakan singkatan dari orang yang hidup dengan HIV/AIDS, berarti *infected people* dan termasuk juga suami/istri, anak, ayah, ibu, saudara dan kawan karib. Istilah ini kemudian sering digunakan, namun sekarang ini penggunaan istilah Ohidha sudah sedikit berkurang dan digunakan istilah seperti kawan Odha, keluarga Odha. Penggunaan istilah itu menimbulkan kesan positif, gairah, maupun optimis dari pada penggunaan kata ‘penderita’ yang tersirat kesan negatif, mendapatkan beban/musibah, vonis mati, ataupun pesimisme dari sahabat-sahabat kita yang

menjalani kehidupan bersama dengan HIV di dalam tubuhnya (Majalah Support no.24/III/April-Mei 1997 dalam Chatib, 1998).

2.3. Aspek Psikososial dan Ekonomi dalam Permasalahan Infeksi HIV

Proses penularan HIV memang melalui tingkah laku, namun pengaruh dari AIDS jauh dari sekedar masalah fisik. Pengaruhnya sangat besar dan mempunyai konsekuensi sosial, ekonomi dan psikologis bagi Odha dan keluarga Odha serta masyarakat pada umumnya (Sheridan, 1992).

Beberapa karakteristik dari pandemi AIDS dan keunikan cara kerja HIV menciptakan ketakutan pada masyarakat maupun tenaga medis. Pertama, bahwa individu yang telah terinfeksi tetap tampak sehat dan mungkin mereka tidak menyadari mereka telah terinfeksi serta dapat menularkan kepada orang lain. Kedua, tingkah laku yang berhubungan dengan penularan virus (seperti melakukan hubungan seksual secara tidak aman, bertukar jarum suntik) sangat sulit untuk dimodifikasi. Ketiga, kenyataan bahwa HIV dapat ditularkan dan bila seseorang telah terinfeksi maka selamanya akan terinfeksi. Keempat, individu yang telah terinfeksi akan menderita penyakit-penyakit tertentu yang akhirnya pasti mengarah kepada kematian. Semua karakteristik ini menjadikan AIDS sebagai sebuah pandemi yang unik sekaligus menakutkan (Schoub, 1994).

Kekhawatiran, ketakutan dan kebingungan masyarakat terhadap penyakit ini sedemikian hebatnya sehingga sudah menjadi masalah psikososial di masyarakat.

2.3.1. Aspek Psikososial Infeksi HIV

Odha sangat membutuhkan dukungan untuk mempersiapkan mental, menenangkan diri dan membangkitkan semangat hidup. Mereka berharap diperlakukan tidak berbeda, dijamin kerahasiaan status HIV-nya, persahabatan & rasa empati, tetap aktif bekerja (jika masih produktif), dukungan dan bantuan dari lingkungan sekitar, dukungan dan perawatan ketika sakit, serta dukungan dan kerjasama dari pasangan. Mereka juga berharap keluarga memahami keberadaan mereka. Kebanyakan keluarga menghadapi beberapa masalah dalam memahami keberadaan Odha. Terutama akibat kurangnya informasi, sehingga menimbulkan ketakutan pada keluarga (orang tua, kakak, adik, pasangan, teman). Hal ini semakin diperburuk oleh adanya ketakutan pada masyarakat, dan ketidaksiapan rumah sakit merawat penderita HIV/AIDS. Sebagian rumah sakit menolak menerima pasien Odha (<http://www.bkkbn.go.id> , 2006).

2.3.1.1. Dukungan Keluarga Bagi Odha

Keberadaan orangtua merupakan pendidik utama bagi putra-putrinya sekaligus menjadi figur untuk menjadi panutan, teladan dan yang dihormati. Sebagai orangtua tentunya akan mengharapkan anaknya berlaku dan bertindak dalam kehidupan sehari-harinya, terutama di lingkungan teman-teman hadir sebagai sosok seorang anak yang selalu bertindak dan berpikir positif untuk selalu menghindari perbuatan negatif, termasuk menjauhi penggunaan obat-obat terlarang dan minuman keras (Karsono, 2004).

Hubungan antar pribadi dalam keluarga yang meliputi pula hubungan antar saudara menjadi faktor yang penting terhadap perilaku. Agar terjalin hubungan

yang baik dalam keluarga, dibutuhkan peran aktif dari orang tua untuk membina hubungan-hubungan yang serasi dan harmonis antar semua pihak dalam keluarga (Gunarsa, 1991).

Kebutuhan Odha sama dengan kebutuhan manusia lainnya yang mencakup kebutuhan fisik, mental, emosional dan spiritual. Pemahaman dan pengertian akan kebutuhan Odha akan memberikan hasil yang lebih efektif dan efisien. Kehangatan dalam keluarga merupakan suatu awal yang sangat baik, menerimanya apa adanya, apapun penyebab dan alasannya. Berusaha untuk selalu ada untuk mereka dan memberikan perasaan aman, nyaman dan tidak saling menyalahkan, memberi kesempatan/peluang dan mendukung Odha untuk bisa mandiri dan memberikan semangat bagi Odha untuk patuh terhadap pengobatan yang diberikan baik untuk antiretro virusnya maupun obat-obat pendukung lainnya dan tidak putus asa (Utami, 2004).

Keluarga dengan Odha ditengah-tengahnya bukan suatu pekerjaan yang mudah. Masalah terjadi bukan bagi Odha saja, melainkan juga bagi seluruh anggota keluarga, kadang dikucilkan bahkan diasingkan. Disini terlihat jelas seberapa besar peranan keluarga dalam memberikan dukungan bagi Odha, juga bagi masyarakat luas yang berfungsi sebagai keluarga besar manusia. Anggota-anggota keluarga lain juga mempunyai kebutuhan, khususnya dalam menghadapi HIV/AIDS ditengah keluarga, yang dalam kenyataannya masyarakat masih memberikan hukuman psikologis bagi keluarga yang bersangkutan (Utami, 2004).

Keluarga dapat memperoleh dukungan dari keluarga lain yang mengalami kasus serupa. Informasi ini dapat diperoleh melalui pengelola HIV/AIDS di rumah sakit pasca perawatan, kelompok sebaya, pemerhati maupun LSM peduli AIDS,

dengan membentuk kelompok keluarga Odha yang dapat difasilitasi oleh konselor HIV/AIDS yang profesional, maupun kelompok pemerhati, atau aktivis dengan agenda dukungan yang bersifat komprehensif (dukungan sosio-ekonomi sebagai dampak pengobatan yang harus diberikan kepada penderita dan harga obat penyanggah yang sangat mahal, dukungan HAM & hukum, dukungan medis dan terapi, dukungan psikososial dan spiritual). Keluarga dapat membentuk kelompok dukungan yang kuat, untuk memberikan dukungan dalam prevensi dan intervensi HIV/AIDS untuk generasi sekarang dan dalam waktu mendatang (Utami, 2004).

2.3.1.2. Dukungan Pelayanan Kesehatan Bagi Odha

Odha memerlukan pelayanan kesehatan mirip dengan penderita penyakit menahun lainnya. Odha memerlukan pelayanan kesehatan berkesinambungan, memerlukan pemantauan dengan seksama untuk mengobati dan mencegah agar penyakit infeksinya tidak berlarut-larut dan menyebabkan cacat. Seringkali merawat Odha lebih sulit daripada merawat penyakit kronik, karena Odha memerlukan dukungan emosi yang khusus dan pemantauan medik yang ketat selama berobat jalan; pemantauan diperlukan untuk mencegah kekambuhan sehingga lama rawat di rumah sakit dapat ditekan seminimal mungkin (<http://www.aidsindonesia.or.id>).

2.3.1.3. Respon-respon Psikososial Odha

Reaksi terhadap HIV/AIDS pada intinya mirip dengan respon terhadap penyakit lain yang dapat menyebabkan kematian. Apabila Odha baru pertama kali mendengar kabar tentang status HIV nya maka ada beberapa tahap reaksi yang biasanya terjadi. Respon awalnya adalah menolak, diikuti dengan depresi,

kemarahan, tawar-menawar dan akhirnya penerimaan (Kubler-Ross dalam Seligson, 1992).

Ketakutan dan kemarahan adalah respon Odha terhadap kemungkinan ia mengalami penyakit yang dapat melemahkan fisiknya dan akhirnya meninggal (Avecedo dalam Seligson, 1992). Penyebab terbesar dari kemarahan juga muncul dari ketakutan terhadap perubahan-perubahan yang akan terjadi karena status HIV-nya. Ketakutan untuk kehilangan teman, pekerjaan, perubahan dalam relasi hubungan suami istri dan keluarga (Utomo dalam Djauzi dkk., 1996).

Akhirnya, ketika proses penolakan ini berlalu, Odha mulai menarik diri dari orang lain dan mengalami depresi. Odha yang mengalami depresi sering mempunyai ide untuk bunuh diri. Rasa bersalah dan depresi terjadi ketika Odha percaya bahwa mereka telah melakukan tingkah laku yang berisiko tinggi tertular HIV (Christ, Macks & Turner dalam Seligson, 1992).

Selanjutnya, Odha mulai melakukan tawar menawar dengan Tuhan, berjanji untuk bertanggungjawab dan tidak melakukan tingkah laku yang berisiko tinggi lagi. Ketika mulai bisa melihat kenyataan yang ada, Odha mulai memasuki tahap penerimaan. Odha mulai bisa menerima kenyataan bahwa mereka akan meninggal karena AIDS. Proses penerimaan sering juga tidak stabil, Odha sering juga terombang-ambing kembali ke tahap-tahap sebelumnya. Keadaan ini biasa muncul pada saat tubuh mereka mulai menunjukkan adanya gejala-gejala penyakit. Seringkali kebimbangan ini tergantung pada kemampuan Odha untuk menghadapi rasa takut dan marah karena telah terinfeksi (Gold & Sahl dalam Seligson, 1992).

Tabel 2.1 Tahapan Reaksi Psikologis pada Odha

| No. | Reaksi | Proses Psikologis | Hal-hal yang Biasa Dijumpai |
|-----|-------------------------------------|---|--|
| 1. | Shock (kaget, goncangan batin) | Merasa bersalah, tidak berdaya, marah, menyangkal | Rasa takut, hilang akal/frustrasi, rasa sedih/susah, <i>acting out</i> |
| 2. | Mengucilkan diri | Merasa cacat dan tidak berguna, menutup diri | Khawatir menginfeksi orang lain, murung |
| 3. | Membuka status secara terbatas | Ingin tahu reaksi orang lain, pengalihan stres, ingin dicintai | Penolakan, stres, konfrontasi |
| 4. | Mencari orang lain yang positif HIV | Berbagi rasa, pengenalan, kepercayaan, penguatan, dukungan sosial | Ketergantungan, campurtangan, tidak percaya pada pemegang kerahasiaan dirinya (<i>lost of anonymity</i>) |
| 5. | Status khusus | Perubahan keterasingan menjadi manfaat khusus, perbedaan menjadi hal yang istimewa, dibutuhkan oleh yang lainnya | Ketergantungan, dikotomi kita dan mereka (semua orang dilihat sebagai terinfeksi dan direspon seperti itu), <i>overidentification</i> (HIV menjadi pola sentral dalam kehidupan/kerja) |
| 6. | Prilaku mementingkan orang lain | Komitmen dan kesatuan kelompok, kepuasan member dan berbagi, perasaan sebagai kelompok | Pemadaman, reaksi dan kompensasi yang berlebihan |
| 7. | Penerimaan | Integrasi status positif HIV dengan identitas diri, keseimbangan antara kepentingan orang lain dan diri sendiri, bias menyebutkan kondisi seseorang | Apatis, sulit berubah |

Sumber : <http://www.burnetindonesia.org>

Tidak semua orang dengan HIV mengalami fase-fase yang sama seperti itu, tetapi fase-fase tersebut penting dalam menelaah kemungkinan respon yang timbul terhadap infeksi HIV. Sewaktu-waktu timbul perubahan yang memerlukan penanganan dan pada waktu yang lain mungkin timbul reaksi seperti : tidak membutuhkan atau menolak pengobatan dan nasehat medis yang diperlukan, atau

berperilaku yang berisiko baik terhadap dirinya maupun terhadap pasangannya (<http://www.burnetindonesia.org>).

2.3.1.4. Stigma dan Diskriminasi pada Kasus HIV dan AIDS di Masyarakat

Stigma merupakan penilaian negatif terhadap seseorang atau sekelompok orang di masyarakat. Stigma dikategorikan menjadi dua : internal dan eksternal. Stigma internal merupakan stigma yang berasal dari dalam diri menggambarkan perasaan tentang bagaimana orang lain melihat diri kita yang dapat mengakibatkan depresi dan pasrah yang membuat kita menjadi introvert sehingga kita tidak berusaha mencari pertolongan. Stigma eksternal merupakan diskriminasi oleh orang lain yang menghalangi pencegahan dan intervensi HIV dan AIDS. Stigma yang mengakibatkan efek diskriminasi atau diskriminasi yang mengakibatkan stigma pada Odha dan keluarganya adalah melanggar hak azasi manusia (Prasetyo, 2007).

Stigma sering kali menyebabkan terjadinya diskriminasi dan -pada gilirannya- akan mendorong munculnya pelanggaran HAM bagi Odha dan keluarganya. Stigma dan diskriminasi memperparah epidemi HIV/AIDS. Mereka menghambat usaha pencegahan dan perawatan dengan memelihara kebisuan dan penyangkalan tentang HIV/AIDS seperti juga mendorong keterpinggiran Odha dan mereka yang rentan terhadap infeksi HIV. Mengingat HIV/AIDS sering diasosiasikan dengan seks, penggunaan narkoba dan kematian, banyak orang yang tidak peduli, tidak menerima, dan takut terhadap penyakit ini di hampir seluruh lapisan masyarakat (UNAIDS, 2002).

Stigma berhubungan dengan kekuasaan dan dominasi di masyarakat. Pada puncaknya, stigma akan menciptakan, dan ini didukung oleh, ketidaksetaraan sosial.

Stigma berurat akar di dalam struktur masyarakat, dan juga dalam norma-norma dan nilai-nilai yang mengatur kehidupan sehari-hari. Ini menyebabkan beberapa kelompok menjadi kurang dihargai dan merasa malu, sedangkan kelompok lainnya merasa superior (UNAIDS, 2002).

Diskriminasi terjadi ketika pandangan-pandangan negatif mendorong orang atau lembaga untuk memperlakukan seseorang secara tidak adil yang didasarkan pada prasangka mereka akan status HIV seseorang. Contoh-contoh diskriminasi meliputi para staf rumah sakit atau penjara yang menolak memberikan pelayanan kesehatan kepada Odha; atasan yang memberhentikan pegawainya berdasarkan status atau prasangka akan status HIV mereka; atau keluarga/masyarakat yang menolak mereka yang hidup, atau dipercayai hidup, dengan HIV/AIDS. Tindakan diskriminasi semacam itu adalah sebuah bentuk pelanggaran hak asasi manusia (Depkes RI, 2003).

Stigma dan diskriminasi dapat terjadi dimana saja dan kapan saja. Terjadi di tengah keluarga, masyarakat, sekolah, tempat peribadatan, tempat kerja, juga tempat layanan hukum dan kesehatan. Orang bisa melakukan diskriminasi baik dalam kapasitas pribadi maupun profesional, sementara lembaga bisa melakukan diskriminasi melalui kebijakan dan kegiatan mereka (Depkes RI, 2003).

Bentuk lain dari stigma berkembang melalui internalisasi oleh Odha dengan persepsi negatif tentang diri mereka sendiri. Stigma dan diskriminasi yang dihubungkan dengan penyakit menimbulkan efek psikologi yang berat tentang bagaimana Odha melihat diri mereka sendiri. Hal ini bisa mendorong, dalam beberapa kasus, terjadinya depresi, kurangnya penghargaan diri, dan keputusasaan.

Stigma dan diskriminasi juga menghambat upaya pencegahan dengan membuat orang takut untuk mengetahui apakah mereka terinfeksi atau tidak, atau bisa pula menyebabkan mereka yang telah terinfeksi meneruskan praktek seksual yang tidak aman karena takut orang-orang akan curiga terhadap status HIV mereka. Akhirnya, Odha dilihat sebagai “masalah”, bukan sebagai bagian dari solusi untuk mengatasi epidemi ini (UNAIDS, 2002).

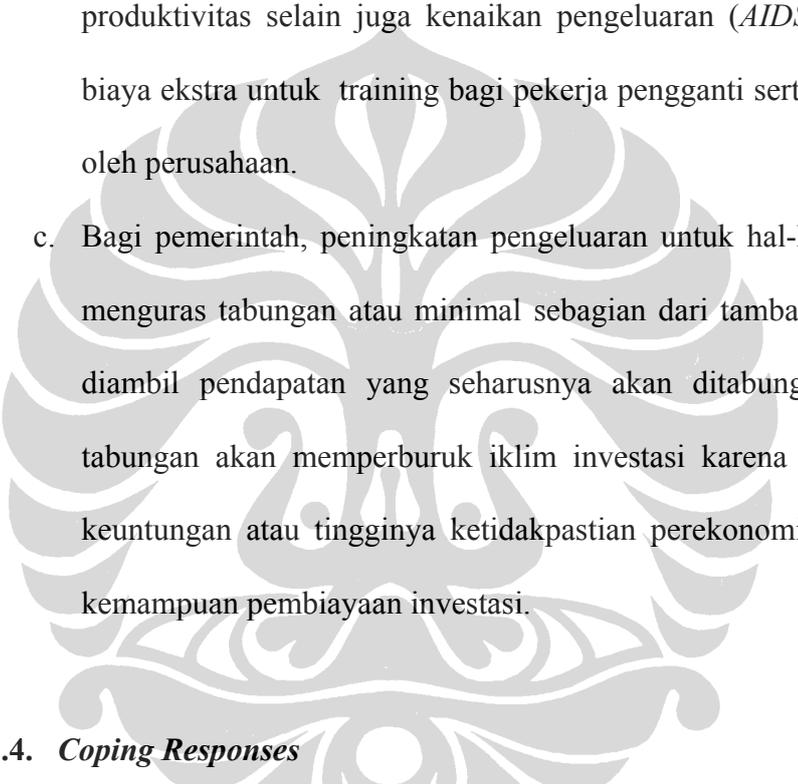
Di banyak negara, hukum, kebijakan, dan peraturan memberikan kontribusi terhadap lingkungan yang mendukung untuk pencegahan HIV/AIDS, dukungan dan perawatan. Tetapi meskipun kebijakan dan hukum yang mendukung telah ada, upaya penegakan hukum yang lemah menyebabkan stigma dan diskriminasi terus berlangsung; hal ini karena sering hanya ada sedikit pertanggungjawaban terhadap tindakan-tindakan diskriminasi atau ganti rugi bagi mereka yang telah mengalami stigma dan diskriminasi. Berbagai negara dan lembaga dapat juga menciptakan dan mempersubur stigma dan diskriminasi melalui hukum, peraturan, dan kebijakan yang terkesan mendiskriminasi Odha atau orang-orang di sekitarnya (UNAIDS, 2002).

2.3.2. Aspek Ekonomi Infeksi HIV

Penyakit AIDS telah mengakibatkan berbagai dampak ekonomi di berbagai bidang kehidupan seperti di bidang perdagangan, sekolah-sekolah dan bidang pemerintahan. Dampak ekonomi ini dapat berupa biaya langsung (*direct cost*), seperti biaya untuk pengobatan penderita, biaya kegiatan pencegahan maupun biaya untuk penelitian AIDS. Dapat pula berupa biaya tidak langsung (*indirect cost*), yaitu seperti menurunnya pendapatan akibat kehilangan pekerjaan atau akibat kematian prematur serta kejadian cacat (Sihombing dalam Tjokronegoro, 1992).

Epidemi HIV/AIDS berpretensi kuat untuk mempengaruhi perekonomian melalui beberapa cara; pada level rumah tangga, perusahaan dan negara, yaitu (Hendri, 2003) :

1. AIDS mempertinggi angka kematian (*mortality*) terutama pada kelompok masyarakat yang paling produktif.
 - a. Bagi rumah tangga dengan anggota keluarga yang terkena AIDS, dampak ini akan permanen berupa jebakan kemiskinan.
 - b. Bagi perusahaan, HIV/AIDS akan memperkecil jumlah populasi dan pertumbuhan jumlah angkatan kerja. Selanjutnya hal ini akan merubah struktur populasi dan angkatan kerja sehingga dengan semakin banyaknya tenaga kerja muda belum terdidik memasuki lapangan kerja, tentu akan menurunkan produktivitas. Selain itu, akan menyebabkan merosotnya permintaan konsumsi. Hal ini berarti sebuah peringatan akan melambatnya akses pasar bagi perusahaan yang juga tergantung pada konsumen lokal. Lebih jauh lagi dampak yang meluas terhadap pasar tenaga kerja (melalui penawaran tenaga kerja, produktivitas dan permintaan tenaga kerja) kelihatannya akan mempengaruhi upah dan lapangan kerja.
 - c. Bagi pemerintah, jebakan kemiskinan ini akan mengurangi kemampuannya untuk meningkatkan penerimaan pajak, sementara di sisi lain terjadi desakan terhadap kenaikan belanja pemerintah untuk berbagai program termasuk di dalamnya program pengurangan kemiskinan tadi.
2. Infeksi HIV menyebabkan penderitanya menderita sakit (*morbidity*) lebih sering dan juga mendorong epidemi paralel lainnya seperti TBC. Konsekuensinya, peningkatan tingkat kesakitan ini akan memberikan beberapa dampak negatif.

- 
- a. Pada level rumah tangga, produktivitas kerja dan penghasilan akan berkurang secara permanen akibat menurunnya jam kerja baik karena sakit maupun pemeliharaan anggota keluarga yang sakit. Di sisi lain, akan meningkatkan pengeluaran untuk biaya perawatan kesehatan di rumah tangga.
 - b. Pada level perusahaan, perusahaan harus menghadapi kehilangan produktivitas selain juga kenaikan pengeluaran (*AIDS Tax*) sebagai akibat biaya ekstra untuk training bagi pekerja pengganti serta tunjangan kesehatan oleh perusahaan.
 - c. Bagi pemerintah, peningkatan pengeluaran untuk hal-hal di atas tentu akan menguras tabungan atau minimal sebagian dari tambahan pengeluaran akan diambil pendapatan yang seharusnya akan ditabung. Rendahnya tingkat tabungan akan memperburuk iklim investasi karena rendahnya ekspektasi keuntungan atau tingginya ketidakpastian perekonomian dan berkurangnya kemampuan pembiayaan investasi.

2.4. Coping Responses

2.4.1. Definisi Coping Responses

Lazarus dan Folkman mendefinisikan *coping* sebagai berikut :

“coping consists of cognitive and behavioral efforts to manage specific external or internal demands (and conflicts between them) that are appraised taxing or exceeding the resources of the person.” (Lazarus, 1991 : 112).

Dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwa setiap usaha, baik secara kognitif maupun perilaku, yang ditujukan untuk mengatur atau mengatasi tuntutan-tuntutan (dari dalam diri maupun lingkungan) yang membebani diri seseorang dapat

dikatakan sebagai *coping*. Kita biasanya menggunakan respon-respon *coping* (*coping responses*) tertentu dalam menghadapi stress atau ancaman. *Coping responses* ini dianggap berhasil jika ia dapat menurunkan atau mengeliminir stress atau ancaman (Baron & Byrne, 1994).

2.4.2. Jenis-jenis *Coping*

Lazarus dalam bukunya (1991 : 112) mengemukakan ada dua jenis proses *coping* yang terjadi pada individu, yaitu:

a. *Emotion-focused* atau *Cognitive Coping*

Proses *coping* ini hanya mengubah cara bagaimana hubungan diselesaikan (misalnya dengan tidak menerima atau memikirkan ancaman) atau diinterpretasikan (misalnya dengan menyangkal adanya ancaman atau menjaga jarak psikologis terhadap ancaman). Proses *coping* ini lebih banyak melibatkan pemikiran ketimbang tindakan untuk mengubah hubungan orang-lingkungan.

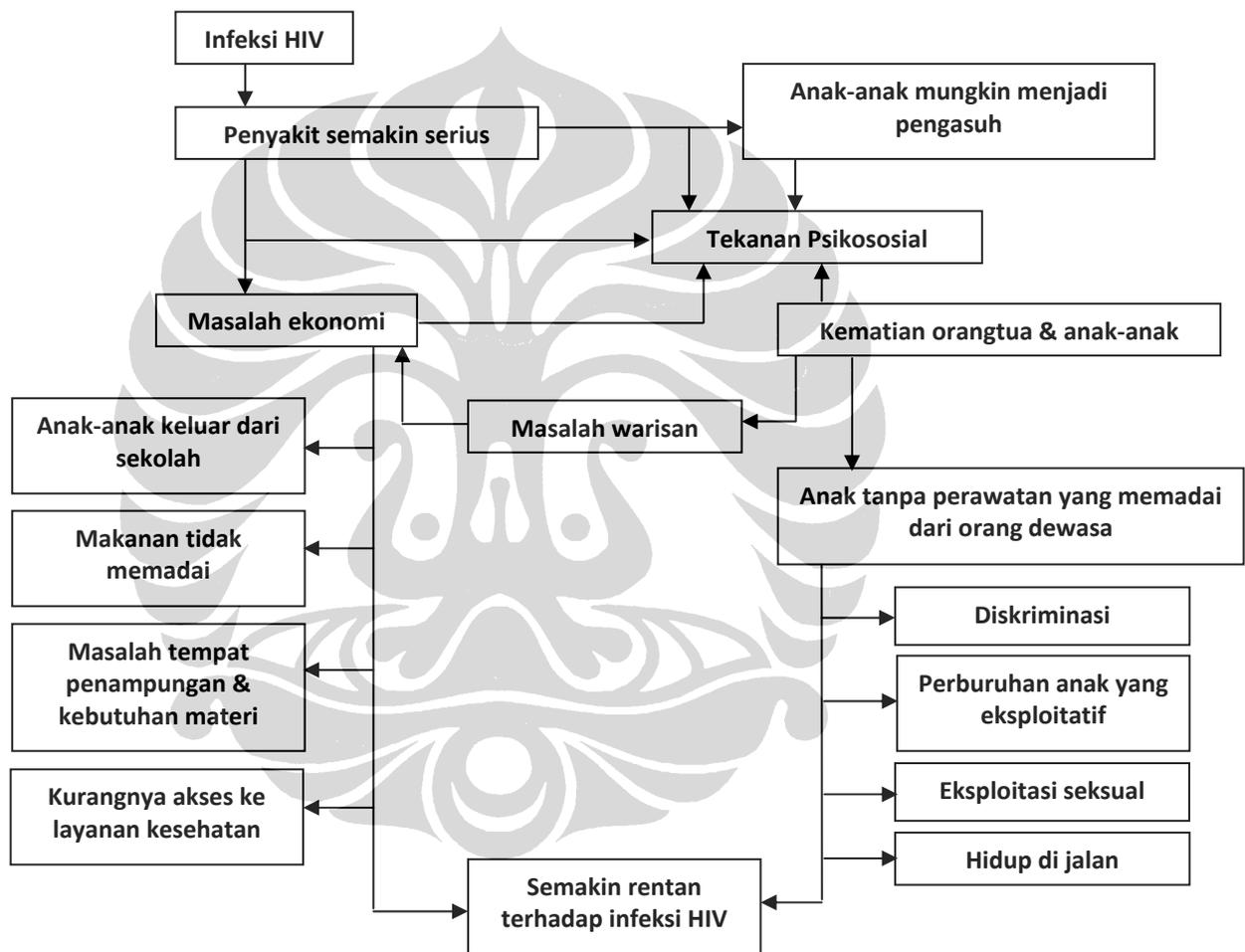
b. *Problem-focused Coping*

Proses *coping* ini merupakan tahap selanjutnya dari *emotion-focused coping*, yang disebut sebagai reaksi sekunder terhadap ancaman (Baron & Byrne, 1994 : 553). Pada tahap ini individu telah melakukan penilaian sendiri bahwa ancaman dapat dikurangi dan situasi dapat dikontrol dengan kemampuan yang dimiliki. Dalam hal ini, satu hal yang penting adalah memahami bagaimana membedakan antara ancaman-ancaman atau stres yang dapat dikontrol dan yang tidak dapat dikontrol.

2.5. Studi Keluarga dan Anak-anak Rawan HIV dan AIDS Tahun 2007

Studi yang dilakukan oleh PPKUI bekerjasama dengan UNICEF dengan judul Studi Keluarga dan Anak-anak Rawan HIV dan AIDS di Tujuh Provinsi di Indonesia tahun 2007 ini menggunakan kerangka konsep sebagai berikut :

Gambar 2.4 Masalah di antara Anak-anak dan Keluarga yang Terjangkit HIV/AIDS



Sumber : Williamson, 2002

Dalam studi kualitatif ini digunakan beberapa tipe informan dengan kriteria sebagai berikut :

A. Anak Yatim-Piatu dan Anak-anak Rawan HIV dan AIDS beserta keluarganya

1. Anak-anak (laki-laki dan perempuan) usia 5-18 tahun yang rawan terinfeksi HIV dan AIDS.

2. Anak-anak (laki-laki dan perempuan) usia 5-18 tahun yang memiliki bapak atau ibu atau keduanya terinfeksi HIV/AIDS.
3. Anak-anak (laki-laki dan perempuan) usia 5-18 tahun yatim/piatu atau yatim piatu karena orangtuanya meninggal akibat HIV dan AIDS.
4. Orangtua yang terinfeksi HIV dan AIDS dan memiliki anak berusia 5-18 tahun (laki-laki dan perempuan).
5. Orangtua dari anak berusia 5-18 tahun yang terinfeksi HIV dan AIDS (laki-laki dan perempuan).
6. Orangtua asuh atau pengasuh dari anak yatim berusia 5-18 tahun yang orangtuanya meninggal akibat HIV/AIDS.

B. Para Pembuat Kebijakan dan Tokoh-tokoh Masyarakat

1. Para pegawai pemerintahan di tingkat nasional, seperti Departemen Kesehatan, Departemen Kesejahteraan Sosial, Komisi Perlindungan Ibu dan Anak, dan Komisi AIDS yang bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan dan/atau manajemen program untuk anak-anak yang rawan terinfeksi HIV dan AIDS.
2. Para petugas pemerintahan di tingkat provinsi / pemerintah daerah, kantor kesehatan, kantor kesejahteraan sosial, komisi AIDS setempat yang bertanggung jawab dalam membuat keputusan dan manajemen program untuk anak-anak yang rawan terinfeksi HIV dan AIDS.
3. Pemimpin masyarakat baik formal maupun non-formal yang memiliki pengaruh dalam pelayanan masyarakat terkait dengan keluarga dan anak-anak terdampak HIV dan AIDS, seperti pemimpin agama, kepala suku atau kepala daerah, dll.

C. Pihak lain terkait dengan masalah kesehatan / pendidikan / kesejahteraan sosial

1. Para pekerja sosial yang bekerja di panti/rumah yatim-piatu atau LSM atau organisasi-organisasi yang membantu anak-anak yatim
2. Para aktivis LSM / para pekerja sosial yang bergerak di bidang HIV dan AIDS pada keluarga dan masyarakat yang terdampak HIV dan AIDS.
3. Para guru dan pekerja kesehatan yang berhubungan dengan anak-anak yang rawan terinfeksi HIV dan AIDS.

Tabel berikut menunjukkan tipe dan jumlah dari informan yang berpartisipasi dalam penelitian kualitatif ini :

Tabel 2.2. Daftar Informan dari Wawancara Mendalam dan FGD

| Informan | Jkt | Jabar | Jatim | Bali | Papua | Kalbar | Sumut | Total |
|--|-----|-------|-------|------|-------|--------|-------|-------|
| <i>In-depth interview (wawancara mendalam)</i> | | | | | | | | |
| Provinsi | | | | | | | | |
| KPA | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Kadinkes | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Kadinsos | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Kadindik | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| DPRD | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Kabupaten | | | | | | | | |
| KPAD | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| Kadinkes | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| Kadinsos | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| Kadindik | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| DPRD | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| LSM | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 9 |
| Institusi lainnya | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 7 |
| Kotamadya | | | | | | | | |
| KPAD | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 |
| Kadinkes | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 |
| Kadinsos | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 |
| Kadindik | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 |
| DPRD | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 |
| LSM | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 20 |
| Institusi lainnya | 4 | 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 18 |
| Komunitas | | | | | | | | |
| Orangtua | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 8 | 68 |
| Anak-anak | 10 | 5 | 3 | 4 | 10 | 10 | 4 | 46 |
| <i>FGD (Diskusi Kelompok Terarah)</i> | | | | | | | | |
| Tokoh masyarakat | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 14 |
| Odha | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 14 |

2.5.1. Teknik Pengumpulan Data pada Studi Keluarga dan Anak-anak Rawan HIV dan AIDS Tahun 2007

Di setiap provinsi, seorang koordinator lapangan (yang merupakan peneliti UI) bertanggung jawab terhadap semua proses pengumpulan data. Orang tersebut dibantu oleh seorang peneliti setempat yang akan mengatur dan melaksanakan pelatihan untuk pewawancara dan melaksanakan pengumpulan data kualitatif. Pewawancara direkrut pada tingkat provinsi atau kabupaten dengan persyaratan berpengalaman bekerja pada proyek HIV/AIDS, dan mengerti metode penelitian serta wawancara. Semua pewawancara yang direkrut biasanya adalah manajer kasus yang telah dilatih selama tiga hari pada masing-masing provinsi sebelum melakukan pengumpulan data.

Studi kualitatif ini menggunakan metode wawancara mendalam (*in-depth interview*). Sebagai tambahan, dilakukan *focused group discussion* (FGD) yang terdiri dari 8 informan di tiap-tiap kelompok. Para peneliti dari UI dan para peneliti setempat sebagai rekan pendamping bersama-sama melakukan wawancara mendalam dan FGD di tiap-tiap provinsi.

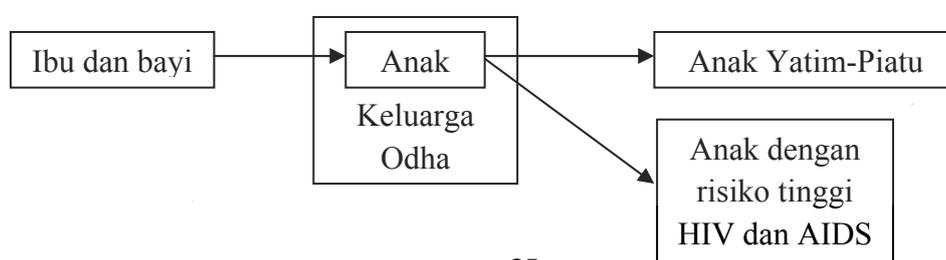
Informan didapatkan oleh PPKUI dari rumah sakit - rumah sakit yang memberikan pelayanan untuk pasien-pasien HIV dan dari LSM-LSM yang melayani keluarga Odha, secara spesifik untuk informan Odha beserta keluarganya diperoleh PPKUI dari manajer kasus yang menangani Odha maupun keluarga Odha di tiap-tiap provinsi. Dokumen dan data sekunder dikumpulkan dari berbagai tingkatan administratif, seperti tingkat nasional, provinsi, kotamadya dan desa. Data dari pemerintah sebagian besar dikumpulkan dari informan kunci di tingkat nasional, provinsi dan kotamadya. Peran dari LSM terhadap Odha, keluarga Odha, serta anak-

anak yang terdampak HIV dan AIDS sebagian besar telah diteliti oleh informan kunci di tingkat kotamadya.

2.5.2. Analisis Data pada Studi Keluarga dan Anak-anak Rawan HIV dan AIDS Tahun 2007

Setelah melakukan pengumpulan data melalui FGD dan wawancara mendalam, hasil yang terekam dalam alat perekam / tape recorder kemudian ditulis dalam bentuk catatan. *Entry* data dikerjakan oleh PPKUI dengan menggunakan *software NVivo version 2.0*. Langkah berikutnya dengan meng-*coding* setiap topik masalah, dilanjutkan dengan menganalisis data dengan menggunakan pendekatan tema. Matriks dibuat untuk mempermudah dalam menggali atau mengurai masalah. Dalam rangka peninjauan kembali dari seluruh kebijakan dan dokumen legal yang terkait dengan anak-anak dan HIV/AIDS, PPKUI mengumpulkan data dari tingkat nasional yang sesuai dengan sampel di tingkat provinsi dan kabupaten kemudian dimasukkan dalam bentuk matriks dengan menggunakan konsep sebagai berikut : keberadaan anak dimulai dari kehamilan ibu (janin), kemudian menjadi bayi, sampai menjadi anak di dalam keluarga. Keberadaan Odha di dalam keluarga dapat memberikan dampak bagi kehidupan anak, baik secara langsung dengan menularkan kepada anak, maupun tidak langsung misalnya dengan menjadikan anak yatim-piatu, atau anak rawan dengan risiko tinggi HIV dan AIDS.

Gambar 2.5. Anak Terdampak HIV dan AIDS



2.5.3. Lokasi dan Waktu Penelitian pada Studi Keluarga dan Anak-anak Rawan HIV dan AIDS Tahun 2007

Penelitian dilakukan di tujuh provinsi di Indonesia. Pada setiap provinsi, dipilih dua wilayah dengan laporan kasus AIDS tertinggi (Laporan Kasus AIDS Departmen Kesehatan pada 30 September 2006) :

1. DKI Jakarta : Jakarta Pusat dan Jakarta Utara
2. Papua : Kota Jayapura dan Kabupaten Merauke
3. Jawa Timur : Kota Surabaya dan Kota Malang
4. Jawa Barat : Kota Bandung dan Kota Bogor
5. Bali : Kota Denpasar dan Kabupaten Badung
6. Kalimantan Barat : Kota Pontianak dan Kabupaten Singkawang
7. Sumatera Utara : Kota Medan dan Kabupaten Toba Samosir

2.5.4. Instrumen Penelitian pada Studi Keluarga dan Anak-anak Rawan HIV dan AIDS Tahun 2007

Instrumen yang digunakan oleh PPKUI untuk mengumpulkan data pada Studi Keluarga dan Anak-anak Rawan HIV dan AIDS Tahun 2007 ini adalah pedoman wawancara (*In-depth* dan *FGD*) serta alat pendukungnya yaitu alat perekam (*tape recorder*).

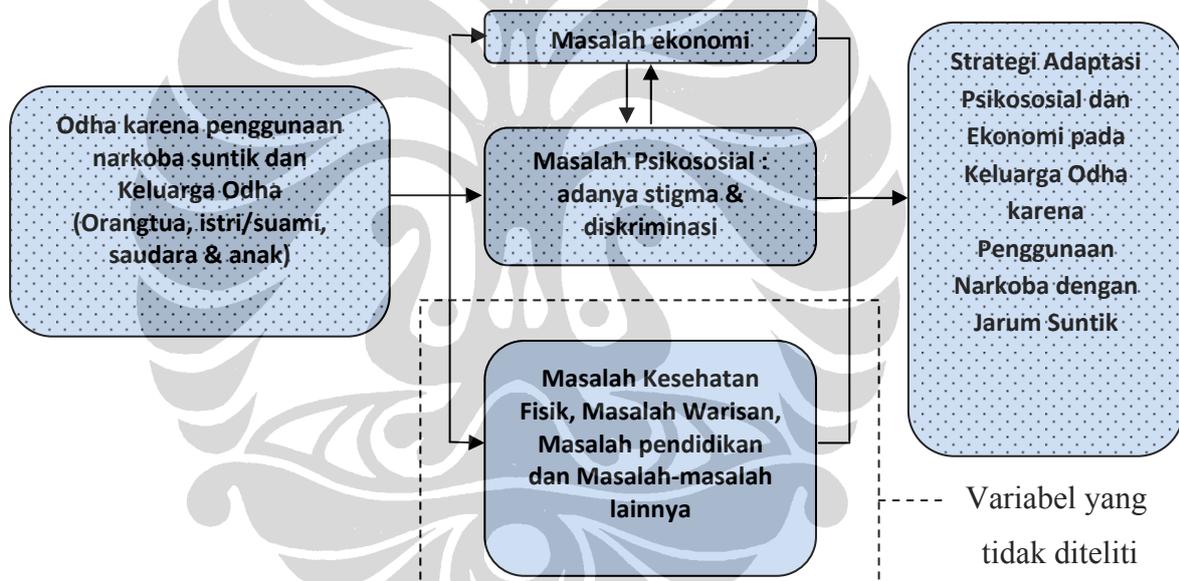
BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



Kerangka konsep ini diadaptasi dari kerangka konsep Studi Keluarga dan Anak-anak Rawan HIV dan AIDS Tahun 2007 (Williamson, 2002).

3.2. Definisi Istilah

Tabel 3.1 Definisi Istilah

| No. | Variabel | Definisi Istilah |
|-----|--|--|
| 1. | Odha karena penggunaan narkoba suntik | Orang dengan HIV/AIDS, yang terinfeksi karena penggunaan narkoba dengan menggunakan jarum suntik yang terkontaminasi virus HIV. |
| 2. | Keluarga Odha | Keluarga yang terdampak HIV dan AIDS; terdiri dari Odha (<i>infected people</i>), orangtua, suami/istri, anak dan saudara (<i>affected people</i>) |
| 3. | Masalah ekonomi | Masalah yang terjadi pada Odha dan keluarga Odha sebagai dampak dari infeksi HIV terhadap aspek ekonomi |
| 4. | Masalah Psikososial | Masalah yang terjadi pada Odha dan keluarga Odha sebagai dampak dari infeksi HIV terhadap aspek psikososial, seperti : timbulnya stigma & diskriminasi |
| 5. | Strategi Adaptasi Psikososial dan Ekonomi pada Keluarga Odha karena Penggunaan Narkoba dengan Jarum Suntik | Cara penyesuaian yang dilakukan oleh keluarga yang di dalamnya terdapat Odha yang terinfeksi HIV karena penggunaan narkoba dengan jarum suntik, baik dari aspek psikososial maupun aspek ekonominya. |