

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR PEMANFAATAN KLINIK *VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING* (VCT) PADA ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) DI KOTA MAKASSAR**

**ARLYANI RISAL**

**K11115303**



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

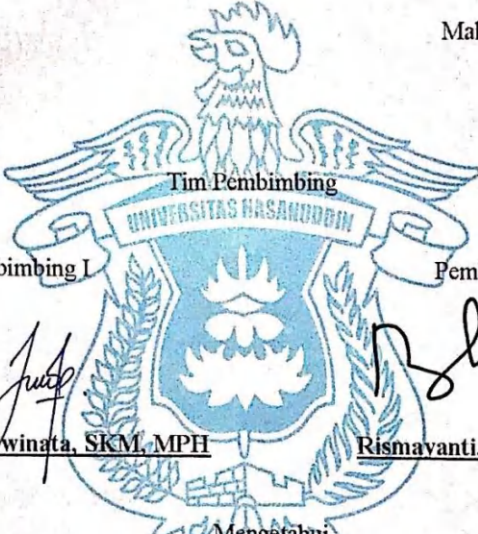
**2019**



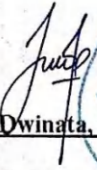

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 21 Mei 2019

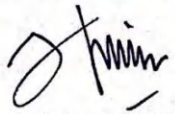
  
Tim Pembimbing

Pembimbing I Pembimbing II

Indra Dwinata, SKM, MPH Rismavanti, SKM, MKM

Mengetahui,  
Ketua Departemen Epidemiologi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin

  
Jumriani Ansar, SKM, M.Kes



### PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Selasa, 21 Mei 2019.

Ketua : Indra Dwinata, SKM, MPH

(.....)

Sekretaris : Rismayanti, SKM, MKM

(.....)

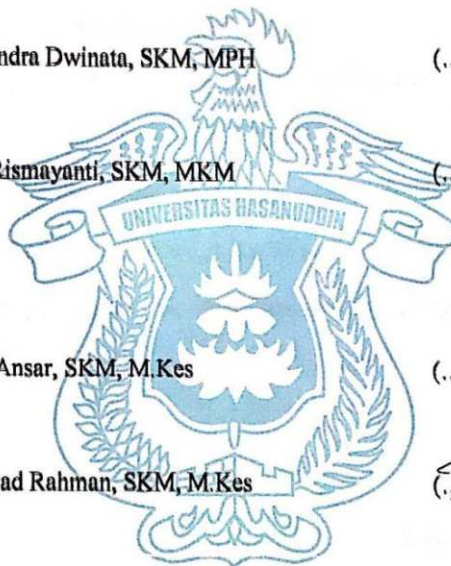
Anggota :

1. Jumriani Ansar, SKM, M.Kes

(.....)

2. Muh. Arsyad Rahman, SKM, M.Kes

(.....)



## SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Arlyani Risal  
NIM : K11115303  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
No. HP : 082290156057  
Email : arlyani.risal@aiesec.net

Dengan ini menyatakan bahwa judul skripsi “Analisis Faktor Pemanfaatan Klinik *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Makassar” benar bebas dari plagiat. Apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikina surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, Mei 2019

Yang membuat pernyataan,

Arlyani Risal





## RINGKASAN

Universitas Hasanuddin  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Epidemiologi  
Makassar, Mei 2019

Arlyani Risal

**“Analisis Faktor Pemanfaatan Klinik *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Makassar ”**  
(xvii + 147 Halaman + 19 Tabel + 7 Lampiran)

*Human Immunodeficiency Virus*(HIV) merupakan virus yang menyerang dan menghancurkan sistem kekebalan dalam tubuh manusia (sel darah putih (sel CD4)) sehingga menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Kota Makassar merupakan daerah dengan kasus HIV/AIDS tertinggi di Sulawesi Selatan dengan kasus HIV pada tahun 2017 sebanyak 1.038. Salah satu upaya penanggulangan HIV dan AIDS yaitu peningkatan akses pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) bagi semua populasi kunci yang membutuhkan dan mempunyai akses ke pelayanan. Data Dinas Kesehatan Kota Makassar diperoleh bahwa yang pernah memanfaatkan Klinik VCT di Makassar sampai pada Juni 2018 sebanyak 21.926 orang.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan tindakan pemanfaatan Klinik *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) yang dilakukan oleh Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sebelum mengetahui statusnya yang ada di Kota Makassar. Peneliti menggunakan metode *observational analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini diadakan di Puskesmas Puskesmas Jumpang baru, Puskesmas Jongaya, Puskesmas Andalas, dan Puskesmas Makassar dengan populasi pada penelitian ini adalah ODHA yaitu sebanyak 492 orang. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *proportional random sampling* sehingga diperoleh sampel sebanyak 105 orang. Data yang diperoleh diolah dengan program SPSS dengan melakukan uji *chi square* kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan disertai dengan narasi.

Hasil penelitian diperoleh bahwa sebanyak 69,5% ODHA yang dikategorikan memanfaatkan Klinik VCT sementara yang tergolong tidak memanfaatkan sebanyak 30,5%. Sementara itu berdasarkan hasil uji bivariat diperoleh bahwa ada hubungan antara dukungan petugas kesehatan ( $p=0,000$ ) dengan pemanfaatan Klinik VCT. Sedangkan variabel yang tidak berhubungan dengan pemanfaatan Klinik VCT adalah pekerjaan ( $p=0,313$ ), pendidikan ( $p=0,537$ ), jarak ( $p=0,731$ ), persepsi keparahan penyakit ( $p=0,426$ ), dukungan keluarga ( $p=0,060$ ), dan dukungan teman sebaya ( $p=0,130$ ). Saran yang diberikan peneliti kepada petugas kesehatan setempat diharapkan dilakukan sosialisasi dan informasi berupa brosur ataupun *leaflet* mengenai HIV/AIDS dan VCT yang bekerja sama dengan LSM terkait dan juga pengoptimalan *mobile*



tema : HIV/AIDS, VCT, ODHA  
tahun terbit : 65 (2002 - 2018)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan ridhanya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Analisis Faktor Pemanfaatan Klinik *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Makassar**” sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Penyusunan skripsi ini bukanlah hasil kerja penulis semata. Segala usaha dan potensi telah dilakukan dalam rangka penyempurnaan skripsi ini dengan segala keterbatasan. Penulis menyadari bahwa penulisan ini tidak dapat terselesaikan tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak yang merupakan kontribusi sangat berarti bagi penulis. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu M.A selaku Rektor Universitas Hasanuddin, Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Bapak Ansariadi, SKM, M.Sc.PH, Ph.D selaku wakil dekan I, Bapak Dr. Atjo Wahyu, SKM, M.Kes selaku wakil dekan II, Bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, MSc.PH, Ph.D selaku wakil dekan III dan Ibu Jumniani Ansar SKM., M.Kes selaku Ketua Departement Epidemiologi.

2. Bapak Indra Dwinata, SKM., MPH selaku dosen pembimbing I dan Ibu Mayanti SKM., MKM selaku dosen pembimbing II yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan arahan serta dukungan moril selama proses penyelesaian skripsi.



3. Ibu Jumniani Ansar SKM., M.Kes selaku penguji dari Departemen Epidemiologi dan Bapak Muh. Arsyad Rahman, SKM., M.Kes selaku penguji dari Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP, yang telah memberikan saran, kritik dan arahan yang membangun untuk menyempurnakan penulisan skripsi ini.
4. Bapak Indra Dwinata, SKM., MPH selaku penasehat akademik yang senantiasa memberikan perhatian dan motivasi selama penulis menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat.
5. Bapak dan Ibu dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga dan bermanfaat bagi penulis selama menempuh pendidikan.
6. Kak Ani dan Kak Werda selaku staff Departemen Epidemiologi yang telah menjalankan fungsinya dengan baik pada saat pengurusan administratif.
7. Kedua orang tua tercinta serta seluruh keluarga besar atas segala doa, kasih sayang, pengorbanan, dan dukungan yang tiada putus-putusnya diberikan kepada penulis.
8. Pihak Puskesmas Andalas, Puskesmas Jongaya, Puskesmas Makkasau, dan Puskesmas Jumpandang Baru yang telah memberi izin serta membantu penulis selama penelitian berlangsung serta para responden penelitian yang telah meluangkan waktunya selama penelitian berlangsung.



9. Keluarga besar AIESEC in Universitas Hasanuddin yang selalu memberikan motivasi dan dukunganserta memberikan banyak pengalaman dan pembelajaran kepada penulis.
10. Teman – teman PBL Desa Banrimanurung Kabupaten Jenepono dan KKN Tematik Desa Sejahtera Mandiri Desa Borong Loe Kabupaten Bantaeng atas segala kebersamaan, dukungan, dan doa selama ini.
11. Teman-teman terbaik yang sejak semester pertama sampai sekarang yang selalu bersama-sama melewati masa-masa perkuliahan dengan penuh suka maupun duka.
12. Sahabat seperjuangan Esliana Fitriada Hamsyah, Nurbina Hasniyaga, Nur Azifah A'zad, Nur Sadrina Asti, dan Ade Utami yang telah membantu, memotivasi dan mendoakan penulis hingga mampu menyelesaikan skripsi ini.
13. Kelompok PA Bellvania Kak Ruth Suariani, Yosefa Rosello Venny, Stella Bakti Lakka, Yasitha Rosdiana yang senantiasa memotivasi dan mendoakan penulis
14. Kepada semua pihak yang belum sempat penulis sebutkan dan telah membantu penulis baik secara moril maupun materil.

Skripsi ini penulis persembahkan kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penulisan skripsi ini. Terima kasih atas segala kasih sayang, dorongan, kesabaran, pengorbanan, kepercayaan dan dukungan moril dan materil selama ini serta doa yang senantiasa selalu menyertai setiap langkah penulis.





Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu, penulis sangat mengharapkan kontribusi pembaca baik berupa kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua serta bisa memberikan sedikit sumbangsi bagi perkembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, Mei 2019

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIAT .....</b>	<b>iv</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xvii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penelitian .....	9
1. Tujuan Umum .....	9
2. Tujuan Khusus .....	9
D. Manfaat Penelitian .....	10
1. Manfaat Ilmiah .....	10
2. Manfaat Institusi .....	10
3. Manfaat Praktis .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>12</b>
A. Tinjauan Umum Tentang HIV/AIDS.....	12
1. Pengertian HIV/AIDS .....	12
2. Patofisiologi Infeksi HIV .....	15
3. Transmisi Infeksi HIV.....	20
Manifestasi Klinis HIV/AIDS.....	24
Gejala Klinis HIV/AIDS .....	27
Pencegahan HIV/AIDS .....	29



B. Tinjauan Umum Tentang <i>Voluntary Counseling and Testing</i> .....	34
1. Pengertian <i>Voluntary Counseling and Testing</i> .....	34
2. Peran Pelayanan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> .....	37
3. Tujuan Pelayanan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> .....	40
4. Sasaran <i>Voluntary Counseling and Testing</i> .....	43
5. Prinsip <i>Voluntary Counseling and Testing</i> .....	45
6. Model Pelayanan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> .....	46
7. Tahapan Pelayanan <i>Voluntary Counseling and Testing</i> .....	48
C. Tinjauan Umum Tentang Variabel Penelitian.....	54
1. Faktor Predisposisi ( <i>Predisposing Factor</i> ) .....	54
1) Pekerjaan .....	54
2) Pendidikan .....	55
2. Faktor Pemungkin ( <i>Enabling Factor</i> ).....	57
1) Jarak ke Klinik VCT.....	57
2) Persepsi Keparahan Penyakit .....	59
3. Faktor Penguat ( <i>Reinforcing Factor</i> ).....	61
1) Dukungan Keluarga .....	61
2) Dukungan Petugas Kesehatan .....	63
3) Dukungan Teman Sebaya .....	66
D. Kerangka Teori.....	69
<b>BAB III KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>73</b>
A. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian .....	73
B. Kerangka Konsep .....	79
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	79
D. Hipotesis Penelitian .....	84
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>87</b>
A. Jenis Penelitian .....	87
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	87
Populasi dan Sampel .....	88
Populasi .....	88
Sampel.....	89



3. Teknik Pengambilan Sampel.....	91
D. Metode Pengumpulan Data.....	91
1. Data Primer .....	91
2. Data Sekunder .....	92
E. Pengolahan dan Analisis Data.....	92
F. Penyajian Data .....	95
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>96</b>
A. Hasil Penelitian .....	96
B. Pembahasan.....	116
C. Keterbatasan Penelitian.....	144
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>145</b>
A. Kesimpulan .....	145
B. Saran.....	146
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	
<b>RIWAYAT PENULIS</b>	



## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Gejala Mayor dan Minor pada Pasien HIV&AIDS.....	28
Tabel 2. Indikator Penilaian Dukungan Keluarga.....	82
Tabel 3. Indikator Penilaian Dukungan Teman Sebaya.....	84
Tabel 4. Populasi Klien VCT di 4 Puskesmas di Kota Makassar .....	88
Tabel 5. Karakteristik Responden Terkait Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019.....	98
Tabel 6. Distribusi Responden Berdasarkan Pemanfaatan Klinik VCT di Kota Makassar Tahun 2019 .....	101
Tabel 7. Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019 .....	102
Tabel 8. Distribusi Responden Berdasarkan Jarak ke Klinik VCT yang Ditempuh ODHA di Kota Makassar Tahun 2019.....	103
Tabel 9. Distribusi Persepsi Keparahan Penyakit Berdasarkan Pertanyaan Tentang Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019.....	104
Tabel 10. Distribusi Dukungan Keluarga Berdasarkan Pertanyaan Tentang Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019 .....	105
Tabel 11. Distribusi Dukungan Petugas Kesehatan Berdasarkan Pertanyaan Tentang Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019.....	106
Tabel 12. Distribusi Dukungan Teman Sebaya Berdasarkan Pertanyaan Tentang Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019.....	107
Tabel 13. Hubungan Status Pekerjaan dengan Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019.....	109
Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019.....	110





Tabel 15. Hubungan Jarak ke Klinik VCT dengan Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019.....	111
Tabel 16. Hubungan Persepsi Keparahan Penyakit dengan Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019 .....	112
Tabel 17. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019.....	113
Tabel 18. Hubungan Dukungan Petugas Kesehatan dengan Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019 .....	114
Tabel 19. Hubungan Dukungan Teman Sebaya dengan Pemanfaatan Klinik VCT pada ODHA di Kota Makassar Tahun 2019.....	115



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Peran Konseling dalam Tes HIV/AIDS .....	38
Gambar 2. Kerangka Teori.....	69
Gambar 3. Kerangka Konsep .....	79



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. <i>Informed Consent</i> .....	155
Lampiran 2. Kuesioner Penelitian.....	156
Lampiran 3. Pedoman Observasi .....	162
Lampiran 4. Hasil Observasi.....	163
Lampiran 5. Hasil Pengolahan Data.....	164
Lampiran 6. Dokumentasi Penelitian.....	187
Lampiran 7. Surat – Surat Penelitian .....	190



## DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrom</i>
ARV	: Antiretroviral
Gp	: Glikoprotein
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDU	: <i>Injecting Drug User</i>
IMS	: Infeksi menular Seksual
IO	: Infeksi Oportunistik
KB	: Keluarga Berencana
KDS	: Kelompok Dukungan Sebaya
KST	: Konseling dan Testing Sukarela
LSL	: Lelaki Seks Lelaki
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika, dan Zat Aditif
ODHA	: Orang Dengan HIV/AIDS
Penasun	: Pengguna NAPZA Suntik
PCP	: <i>Pneumonia pneumocystis carinii</i>
PDP	: Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan
PMTCT	: <i>Prevention of Mother to Child Transmission</i>
PPIA	: Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak
PPP	: <i>Post Exposure Prophylaxis</i>
PTRM	: Program Terapi Rumatan Metadon
RT	: <i>Reverse Transcriptase</i>
SDF	: Sel Dendritik Folikuler
STI	: <i>Sexually Transmitted Infections</i>
UNAIDS	: <i>United Nations Programme on HIV and AIDS</i>
VCT	: <i>Voluntary Conseling and Testing</i>
	: Wanita Pria
	: <i>World Health Organization</i>
	: Wanita Pekerja Seks







## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Arus globalisasi telah memasuki semua sendi kehidupan di Indonesia. Perubahan gaya hidup telah membentuk tipe manusia dengan gaya hidup konsumtif yang membawa dampak pada kehidupan sosial masyarakat sampai di pedesaan. Pergeseran nilai dari yang bersifat tradisional ke arah moderen seperti, gaya hidup hedonis, hura-hura, lokalisasi, peredaran narkoba, perilaku sex bebas, yang berakhir pada terjadinya penularan virus *Human Immunodefisiensi Vyrus* (HIV/AIDS)(Simboh, dkk, 2015).

HIV merupakan singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus* (virus yang melemahkan kekebalan tubuh manusia).Artinya virus ini menyerang dan menghancurkan sistem kekebalan dalam tubuh manusia.Sistem kekebalan merupakan sistem pertahanan tubuh yang alami untuk melawan segala jenis infeksi dan penyakit(Kementerian Pendidikan RI, 2009).

Virus HIV termasuk golongan virus yang khusus. Sekali saja virus ini masuk ke dalam tubuh manusia, dia akan hidup di sel darah putih, memakannya sebagai makanan dan sebagai tempat reproduksinya. Dalam proses reproduksi ini, seluruh sel darah putih kita terbunuh khususnya tipe sel darah putih yang berguna untuk melindungi tubuh dari penyakit(Kementerian Pendidikan RI, 2009).



*Acquired Immune Deficiency Syndrom* atau AIDS adalah sekumpulan gejala-gejala yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan virus HIV. Virus ini menyerang sel darah putih (sel CD4) sehingga menyebabkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Akibat menurunnya kekebalan tubuh, penderita sangat mudah terkena berbagai macam penyakit infeksi (Infeksi Oportunistik) yang dapat berakibat fatal (Kementerian Kesehatan, 2016).

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO, 2017) terdapat 36,9 juta orang yang terinfeksi HIV pada tahun 2017 yang meliputi 35,1 juta orang dewasa, 18,2 juta perempuan, 16,8 juta laki – laki dan 1,8 juta menginfeksi anak berusia <15 tahun. Jumlah infeksi baru HIV pada tahun 2017 sebesar 1,8 juta yang terdiri dari 1,6 juta dewasa dan 180.000 anak berusia <15 tahun. Jumlah kematian akibat AIDS pada tahun 2017 sebanyak 940.000 jiwa yang terdiri 830.000 dewasa dan 110.000 anak berusia <15 tahun.

Laporan Epidemi HIV Global UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV and AIDS*), 2012 di wilayah Asia Selatan dan Tenggara terdapat sekitar 4 juta orang dengan HIV dan AIDS. Menurut Laporan Kemajuan Program HIV dan AIDS WHO/SEARO 2011, di wilayah Asia Tenggara terdapat sekitar 1,3 juta orang (37%) perempuan terinfeksi HIV. Jumlah perempuan yang terinfeksi HIV dari tahun ke tahun semakin

meningkat, seiring dengan meningkatnya jumlah laki-laki yang melakukan hubungan seksual tidak aman, yang selanjutnya mereka menularkan pada



pasangan seksualnya yang lain.

Laporan perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia sampai dengan tahun 2017, diperoleh data dari bulan Januari sampai dengan Maret 2017 jumlah infeksi HIV yang dilaporkan sebanyak 10.376 orang dengan persentase infeksi HIV tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 25 – 49 tahun (69,6%). Sementara itu jumlah penderita AIDS dilaporkan sebanyak 673 orang dengan persentase AIDS tertinggi pada kelompok umur 30 -39 tahun (38,6%)(Kementerian Kesehatan, 2017).

Jumlah infeksi HIV yang dilaporkan berdasarkan jenis kelamin dari tahun 2008 sampai dengan 2017 adalah tercatat terus terjadi peningkatan terutama pada tahun 2016 (laki – laki 26.099 orang, perempuan 15.151 orang ), dan tahun 2017 (laki – laki 30.721 orang, perempuan 17.579 orang) yang terjadi pada laki – laki(Kementerian Kesehatan, 2017).

Sementara itu jumlah kasus AIDS sendiri dari tahun 2015 sampai dengan tahun 2017 mengalami fluktuasi dengan penemuan kasus tertinggi terjadi pada tahun tahun 2013 yaitu sebanyak 12.214 kasudengan jumlah kumulatif AIDS sebanyak 102.667orang. Persentase kumulatif AIDS yang dilaporkan menurut kelompok umur tahun 1987 sampai dengan Desember 2017 tertinggi berada pada kelompok umur 30 – 39 tahun yaitu sebesar 30,7%. Berdasarkan jenis kelamin (tahun 1987 – Desember 2017) yaitu laki – laki sebanyak 57%, perempuan 33%, dan 10% tidak melaporkan jenis

kelamin(Kementerian Kesehatan, 2017).



Dalam menanggulangi masalah ini pemerintah membuat program penanggulangan HIV dan AIDS yang tercantum pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013. Salah satu program penanggulangan HIV dan AIDS yang dijalankan dalam Lembaga Rumah Sakit sampai tingkat Puskesmas dan bekerjasama dengan pihak Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yaitu program pelayanan Klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*)(Syuciati, 2017).

Salah satu upaya penanggulangan HIV dan AIDS yaitu peningkatan akses pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) bagi semua (minimal 80%) populasi kunci seperti Wanita Pekerja Seks (WPS) langsung, WPS tidak langsung, waria, pelanggan WPS, lelaki seks dengan lelaki dan pengguna NAPZA suntik yang membutuhkan, mempunyai akses ke pelayanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan. VCT HIV dan AIDS adalah suatu bentuk komunikasi atau pembinaan dua arah yang berlangsung terus menerus antara konselor dan kliennya dengan tujuan pencegahan HIV dan AIDS, memberikan dukungan moral, informasi terkait HIV dan AIDS, serta dukungan lainnya kepada ODHA, keluarga, dan lingkungannya(Katili, 2014).

Program pelayanan Klinik VCT adalah salah satu upaya deteksi dini untuk mengetahui status seseorang sudah terinfeksi HIV atau belum melalui Konseling dan Testing Sukarela (KTS/VCT). Konseling dan Testing

Sukarela (KTS/VCT) merupakan pintu masuk utama pada layanan pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan. Dalam kebijakan dan



strategi nasional telah dicanangkan konsep akses universal untuk mengetahui status HIV, akses terhadap layanan pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan HIV dengan visi *getting to zero*, yaitu *zero new HIV infection, zero discrimination and zero AIDS related death* (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2014).

*Voluntary Counseling and Testing* (VCT) adalah suatu pembinaan dua arah atau dialog yang berlangsung tak terputus antara konselor dan kliennya dengan tujuan untuk mencegah penularan HIV, memberikan dukungan moral, informasi, serta dukungan lainnya kepada ODHA, keluarga dan lingkungannya. Target sasaran layanan VCT sangat luas yaitu pada kelompok berisiko tertular dan kelompok rentan. Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang karena lingkup pekerjaan, lingkungan, rendahnya ketahanan dan kesejahteraan keluarga, status kesehatan, sehingga mudah tertular HIV. Kelompok tersebut seperti orang dengan mobilitas tinggi, perempuan, remaja, anak jalanan, orang miskin, ibu hamil, dan penerima transfusi darah. Selain itu juga pada populasi kunci, yaitu Wanita Pekerja Seks (WPS), Lelaki Seks Lelaki (LSL), dan pengguna NAPZA suntik (penasun) serta masyarakat umum yang datang dengan sukarela. (Kamalia, 2015).

Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan, 2017 dilaporkan bahwa sampai dengan Desember 2017, layanan HIV/AIDS yang aktif

melaporkan data layanan tercatat 5.124 layanan tes HIV, 890 layanan perawatan, Dukungan, dan Pengobatan (PDP) yang aktif melakukan





pengobatan ARV, terdiri dari 641 layanan rujukan PDP dan 249 satelit, terdapat 92 layanan program terapi rumatan metadon (PTRM), 2.344 layanan infeksi menular seksual (IMS), dan 175 layanan pencegahan penularan dari Ibu ke anak (PPIA). Sementara itu untuk pengobatan ARV sendiri tercatat bahwa sebanyak 275.987 orang ODHA yang masuk perawatan, 180.843 orang ODHA yang pernah mendapatkan pengobatan, dan 91.369 orang ODHA yang mendapatkan pengobatan ARV yang terdiri dari 87.882 orang ODHA dewasa (96,18%) dan 3.487 orang ODHA anak (3,82%).

Dinas Kesehatan Kota Makassar menyediakan fasilitas pelayanan VCT secara gratis di enam rumah sakit dan delapan puskesmas. Adapun rumah sakit dan puskesmas untuk layanan Klinik VCT di Kota Makassar, yaitu Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudiro Husodo, Rumah Sakit Labuang Baji, Rumah Sakit Khusus Daerah, Rumah Sakit Pelamonia, Rumah Sakit Bhayangkara dan Rumah Sakit Umum Daya. Sementara untuk *screening* HIV sendiri sudah terdapat 26 puskesmas yang ada di Kota Makassar hanya saja untuk klinik VCT hanya berpusat pada 5 puskesmas terdapat di Kota Makassar, yaitu Puskesmas Jumpandang Baru, Puskesmas Kassi – Kassi, Puskesmas Andalas, Puskesmas Jongaya dan Puskesmas Makkasau (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2017).

Berdasarkan data yang diperoleh dari tahun 2015 sampai dengan tahun 2018 diperoleh data bahwa jumlah kumulatif klien yang berkunjung di klinik VCT yang ada di puskesmas maupun rumah sakit yang ada di Kota



Makassar sebanyak 149.086 orang. Sementara itu yang mengikuti test HIV sampai pada Juni 2018 sebanyak 21.926 orang yang mengikuti tes HIV dan didapatkan sebanyak 361 orang yang HIV positif. Distribusi yang mengikuti tes HIV berdasarkan jenis kelamin pada tahun 2017 laki – laki sebanyak 39% sementara perempuan sebanyak 61%. Jadi total kumulatif untuk periode Januari sampai dengan Juni 2018 terhadap penggunaan layanan testing adalah laki – laki sebanyak 7.623 orang (35%) dan perempuan sebanyak 14.303 orang (65%), sementara untuk yang HIV positif yang ditemukan adalah laki – laki sebanyak 285 orang (79%) dan perempuan sebanyak 76 orang (21%) (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2018).

Tes HIV merupakan pintu gerbang untuk memperoleh layanan pencegahan pengobatan, perawatan dan dukungan untuk para ODHA dikarenakan jika hanya melihat kondisi fisik dari penderita saja, kita tidak dapat membedakan antara penderita dan yang bukan. Selain itu pemahaman masyarakat tentang deteksi dini HIV masih kurang sehingga harus menjadi perhatian utama dikarenakan hal ini akan memicu munculnya penularan infeksi akan lebih luas dan sebagaimana yang kita ketahui bahwa semua orang beresiko untuk tertular HIV. Selain ketidakpedulian masyarakat terhadap kondisi penderita HIV/AIDS, yang penting untuk diperhatikan adalah bahwadengan ketidaktahuan masyarakat, membuat test HIV/AIDS yang harus secara dini dilakukan oleh masyarakat dikarenakan gejala klinis

HIV mirip dengan penyakit umum pada umumnya. Gejala-gejala klinis yang ditimbulkan akibat infeksi tersebut biasanya baru disadari setelah



beberapa waktu lamanyatidak mengalami kesembuhan.

Upaya yang diberikan padakalangan masyarakat antara lain, pemerintah melakukan sosialisasi HIV/AIDS berupa informasi mengenai deteksi dini HIV/AIDS. Informasi tersebut disediakan untuk menambah pengetahuan masyarakat tentang deteksi dini HIV/AIDS. Pada kenyataannya, meskipun pemerintah telah banyak melakukan sosialisasi tentang HIV/AIDS yang ditujukan untuk menurunkan angka penularan HIV/AIDS, namun hal tersebut belum memperoleh hasil secara maksimal dikarenakan sosialisasi pada umumnya berpusat pada populasi kunci yang dilakukan pada saat dilakukan *mobile* VCT dan bukan secara umum kepada masyarakat. Sehingga informasi mengenai HIV/AIDS dan pemanfaatan klinik VCT sangat diperlukan bagi masyarakat umum khususnya bagi orang yang belum mengetahui status HIVnya.

Melihat permasalahan diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Analisis Faktor Pemanfaatan Klinik *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) Pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) Di Kota Makassar”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang dipaparkan penulis diatas, maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah apa saja faktor yang berhubungan dengan tindakan pemanfaatan Klinik *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) yang dilakukan oleh Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang belum mengetahui statusnya yang ada di Kota Makassar.



### C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus, yaitu:

#### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor – faktoryang berhubungan dengan tindakan pemanfaatan Klinik VCT (*Voluntery Conseling and Testing*) yang dilakukan oleh ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) sebelum didiagnosa HIV di Kota Makassar.

#### 2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus pada penelitian ini adalah:

- a. Mengetahui hubungan tingkat pendidikan dengan tindakan Pemanfaatan Klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) pada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).
- b. Mengetahui hubungan status pekerjaan dengan tindakan Pemanfaatan Klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) pada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).
- c. Mengetahui hubungan jarak ke pelayanan kesehatan terhadap Pemanfaatan Klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) pada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).
- d. Mengetahui hubungan persepsi keparahan penyakit terhadap Pemanfaatan Klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) pada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).
- e. Mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap Pemanfaatan



Klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) pada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).

f. Mengetahui hubungan dukungan petugas kesehatan terhadap Pemanfaatan Klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) pada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).

g. Mengetahui hubungan dukungan teman sebaya terhadap Pemanfaatan Klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) pada ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).

#### **D. Manfaat Penelitian**

Manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

##### 1. Manfaat Ilmiah

Dapat menjadi referensi bacaan dan rujukan untuk menambah pengetahuan tentang pemanfaatan Klinik VCT khususnya bagi penelitian serupa yang dilakukan di tempat lain atau memotivasi untuk melakukan penelitian serupa di tempat lain.

##### 2. Manfaat Institusi

Dapat menjadi masukan bagi Puskesmas terkait yang menjadi lokasi penelitian untuk membantu meningkatkan efektivitas dan efisiensi pemanfaatan Klinik VCT khususnya kepada ODHA dan memaksimalkan pemberian dukungan lebih yang diperlukan oleh ODHA.





### 3. Manfaat Praktis

Dapat memberikan pengalaman yang berharga serta pengetahuan yang lebih lagi kepada penulis khususnya mengenai pemanfaatan klinik VCT dan mengenai ODHA sendiri.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum Tentang HIV/ AIDS

##### 1. Pengertian HIV/ AIDS

Menurut (Kementerian Kesehatan, 2016) HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia yang kemudian berdampak pada penurunan sistem kekebalan tubuh sehingga menimbulkan satu penyakit yang disebut AIDS. HIV menyerang sel-sel darah putih yang dimana sel-sel darah putih merupakan bagian dari sistem kekebalan tubuh yang berfungsi melindungi tubuh dari serangan penyakit.

Menurut Depkes RI (2003), definisi HIV yaitu virus yang menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia. Gejala - gejala yang timbul tergantung dari infeksi oportunistik yang menyertainya. Infeksi oportunistik terjadi oleh karena menurunnya daya tahan tubuh (kekebalan) yang disebabkan rusaknya sistem imun tubuh akibat infeksi HIV tersebut.

Virus HIV umumnya lamban dalam memberi dampak pada kesehatan pengidap virus ini. Hanya beberapa orang bisa jatuh sakit mendadak, namun pada kebanyakan orang dewasa gejalanya baru tampak setelah 10 tahun. Pada saat virus HIV secara progresif mulai melemahkan sistem kekebalan tubuh, maka pengidap HIV menjadi



rentan terhadap berbagai macam penyakit, termasuk radang paru-paru dan TBC. Infeksi berbagai penyakit lain itu disebut ‘infeksi oportunistik’ (Kementerian Pendidikan RI, 2009).

HIV adalah virus sitopatik diklasifikasikan dalam family *Retroviridae*, subfamily *Lentivirinae*, genus *Lentivirus*. Berdasarkan strukturnya HIV termasuk family retrovirus termasuk virus RNA dengan berat molekul 9,7 kb (*kilobases*). HIV merupakan retrovirus obligat intraseluler dengan replikasi sepenuhnya di dalam sel *host*. HIV-1 merupakan virus HIV yang pertama diidentifikasi oleh Luc Montaner di Institut Pasteur, Paris, tahun 1983. HIV-2 berhasil diisolasi dari pasien di Afrika Barat pada tahun 1986. Pemeriksaan dengan mikroskop memperlihatkan bahwa HIV memiliki banyak tonjolan eksternal yang dibentuk oleh dua protein utama *envelope* virus, Gp120 di sebelah luar dan Gp41 yang terletak di transmembran. Gp120 memiliki afinitas tinggi terutama region V3 terhadap reseptor CD4 sehingga bertanggungjawab pada awal interaksi dengan sel target. Sedangkan Gd41 bertanggungjawab dalam proses internalisasi atau adsorpsi (Nasronudin, 2012).

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) merupakan dampak atau efek dari perkembangbiakan virus HIV dalam tubuh makhluk hidup. Sindrom AIDS timbul akibat melemah atau hilangnya sistem kekebalan tubuh karena sel CD4 pada sel darah putih yang banyak dirusak oleh Virus HIV. AIDS disebabkan oleh infeksi HIV dan ditandai



dengan berbagai gejala klinik, termasuk immunodefisiensi berat disertai infeksi oportunistik dan keganasan, dan degenerasi susunan saraf pusat (Sari, 2014).

Umumnya infeksi HIV diawali dari respon imun spesifik dengan aktivasi CD8, CD4 dan sel B. CD8 mampu mengenal berbagai peptide dari berbagai komponen protein HIV termasuk enzim *reverse transcriptase*, kapsul, inti, dan protein khusus seperti Vif dan Nef. Respons CD8 mampu mengenal langsung epitope yang dikode oleh gag dan env. Sel CD8 mengenal strain HIV lebih efisien dari pada respons CD4 (Nasronudin, 2012).

*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) disebabkan oleh infeksi HIV dan ditandai dengan berbagai gejala klinik, termasuk immunodefisiensi berat disertai infeksi oportunistik dan keganasan, dan degenerasi susunan saraf pusat. Virus HIV menginfeksi berbagai jenis sel sistem imun termasuk sel T CD4+, makrofag dan sel dendritik. Tingkat HIV dalam tubuh dan timbulnya berbagai infeksi tertentu merupakan indikator bahwa infeksi HIV telah berkembang menjadi AIDS. Pada tahun 1993, CDC memperluas definisi AIDS, yaitu dengan memasukkan semua orang HIV positif dengan jumlah CD4+ di bawah 200 per  $\mu\text{L}$  darah atau 14% dari seluruh limfosit (Fajar, Sofro, & A.U, 2013).



## 2. Patofisiologi Infeksi HIV

Virion HIV berbentuk bulat dengan membrane lipid yang dilapisi oleh protein matriks dan ditemplei oleh tonjolan glikoprotein (Gp) 120 dan Gp41. Membran ini mengelilingi inti protein berbentuk kerucut yang mengandung dua salinan (*copy*) genom ssRNA dan enzim virus. Awalnya terjadi perlekatan antara gp120 dan reseptor sel CD4, yang memicu perubahan konformasi pada gp120 sehingga memungkinkan pengikatan dengan koreseptor kemokin (biasanya CCR5 dan CXCR4). Setelah itu terjadi penyatuan pori yang dimediasi oleh gp41. Setelah berada didalam sel CD4, salinan DNA ditranskripsi dari genom RNA oleh enzim *reversetranscriptase* (RT) yang dibawa oleh virus. Ini merupakan proses yang sangat berpotensi mengalami kesalahan. Selanjutnya DNA di transport ke dalam nucleus dan terintegrasi secara acak di dalam genom sel penjamu. Virus yang terintegrasi diketahui sebagai DNA provirus. Pada aktivasi sel penjamu, RNA ditranskripsi dari cetakan DNA ini dan selanjutnya translasi menyebabkan produksi protein virus. Poliprotein prekursor dipecah oleh protease virus menjadi enzim (misalnya *reverse transcriptase* dan protease) dan protein structural. Hasil pecahan ini kemudian digunakan untuk menghasilkan partikel virus infeksius yang keluar dari permukaan sel dan bersatu dengan membrane sel penjamu. Virus infeksius baru (virion) selanjutnya dapat menginfeksi sel yang belum terinfeksi dan mengulang proses tersebut. Terdapat tiga grup (hampir semua infeksi adalah grup M) dan



10 subtipe (grup B dominan di Eropa) untuk HIV-1 (Hidayah, 2016)

Mekanisme utama infeksi HIV dimulai setelah virus masuk ke dalam tubuh pejamu. Setelah masuk ke dalam tubuh pejamu, HIV menyerang sel darah putih (*limfosit Th*) yang merupakan sumber kekebalan tubuh untuk menangkal berbagai penyakit infeksi. Dengan memasuki *limfosit Th*, virus memaksa *limfosit Th* untuk memperbanyak dirinya, sehingga akhirnya menyebabkan kematian *limfosit Th*, kematian *limfosit Th* itu membuat daya tahan tubuh berkurang, sehingga mudah terserang infeksi dari luar (baik virus lain, bakteri, jamur, atau parasit) sehingga hal itu menyebabkan kematian pada orang dengan HIV/AIDS. Selain menyerang *limfosit Th*, Virus HIV juga memasuki sel tubuh yang lain, organ yang sering terkena adalah otak dan susunan saraf lainnya. Virus HIV diliputi oleh selubung protein pembungkus yang sifatnya toksik (racun) terhadap sel, khususnya sel otak serta susunan saraf pusat dan tepi lainnya, sehingga terjadilah kematian sel otak (Sari, 2014).

Berdasarkan buku dari (Nasronudin, 2012), HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui berbagai cara, yaitu secara vertical, horizontal dan transeksual. Jadi HIV dapat mencapai sirkulasi sistemik secara langsung dengan diperantai benda tajam yang mampu menembus dinding pembuluh darah atau secara tidak langsung melalui kulit dan mukosa yang tidak intak seperti yang terjadi pada kontak seksual. Begitu mencapai atau berada dalam sirkulasi sistemik, 4 – 11 hari sejak paparan pertama HIV dapat dideteksi di dalam darah.



Selama dalam sirkulasi sistemik terjadi viremia dengan disertai gejala dan tanda infeksi virus akut seperti panas tinggi mendadak, nyeri kepala, nyeri sendi, nyeri otot, mual, muntah, sulit tidur, batuk – pilek, dan lain – lain. Keadaan ini disebut sindrom retroviral akut. Pada fase ini mulai terjadi penurunan CD4 dan peningkatan HIV-RNA *Viral load*. *Viral load* akan meningkat dengan cepat pada awal infeksi dan kemudian turun sampai pada suatu titik tertentu. Dengan semakin berlanjutnya infeksi, *viral load* secara perlahan cenderung terus meningkat. Keadaan tersebut akan diikuti penurunan hitung CD4 secara perlahan dalam waktu beberapa tahun dengan laju penurunan CD4 yang lebih cepat pada kurun waktu 1,5-2,5 tahun sebelum akhirnya jatuh ke stadium AIDS. Fase selanjutnya HIV akan berusaha masuk ke dalam sel target. Sel yang menjadi target HIV adalah sel yang mampu mengekspresikan reseptor CD4 (Nasronudin, 2012).

Perjalanan infeksi HIV, jumlah limfosit T-CD4, jumlah virus, dan gejala klinis melalui 3 fase, yaitu (Nasronudin, 2012):

a. Fase Infeksi Akut

Setelah HIV menginfeksi sel target, terjadi proses replikasi yang menghasilkan virus – virus baru (virion) jumlahnya berjuta – juta virion. Viremia dari begitu banyak virion tersebut memicu munculnya sindrom infeksi akut dengan gejala yang mirip sindrom semacam flu yang juga mirip dengan infeksi mononukleosa. Diperkirakan bahwa sekitar 50 sampai 70% orang yang terinfeksi



HIV mengalami sindrom infeksi akut selama 3 sampai 6 minggu setelah terinfeksi virus dengan gejala umum yaitu demam, faringitis, limfadenopati, arthralgia, mialgia, letargi, malaise, nyeri kepala, mual, muntah, diare, anoreksia, penurunan berat badan. HIV juga sering menimbulkan kelainan pada system saraf meskipun paparan HIV terjadi pada stadium infeksi masih awal. Menyebabkan meningitis, ensefalitis, neuropati perifer, dan mielopati. Gejala pada dermatologi yaitu ruam makropapuler eritematosa dan ulkus mukokutan. Pada fase akut terjadi penurunan limfosit T yang dramatis dan kemudian terjadi kenaikan limfosit T karena mulai terjadi respons imun. Jumlah limfosit T pada fase ini masih di atas  $500 \text{ sel/mm}^3$  dan kemudian akan mengalami penurunan setelah 6 minggu terinfeksi HIV.

b. Fase Infeksi Laten

Pembentukan respons imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus dalam Sel Dendritik Folikuler (SDF) di pusat germinativum kelenjar limfe menyebabkan virion dapat dikendalikan, gejala hilang, dan mulai memasuki fase laten. Pada fase ini jarang ditemukan virion di plasma sehingga jumlah virion di plasma menurun karena sebagian besar virus terakumulasi di kelenjar limfe dan terjadi replikasi di kelenjar limfe. Sehingga penurunan limfosit T terus terjadi walaupun virion di plasma jumlahnya sedikit. Pada fase ini jumlah limfosit T-CD4 menurun





hingga sekitar 500 sampai 200 sel/mm<sup>3</sup>, meskipun telah terjadi setelah serokonversi positif individu umumnya telah terjadi setelah serokonversi positif individu umumnya belum menunjukkan gejala klinis (asimtomatis). Fase ini berlangsung rerata sekitar 8-10 tahun (dapat 3-13 tahun) setelah terinfeksi HIV. Pada tahun ke delapan setelah terinfeksi HIV akan muncul gejala klinis yaitu demam, banyak berkeringat pada malam hari, kehilangan berat badan kurang dari 10%, diare, lesi pada mukosa dan kulit berulang, penyakit infeksi kulit berulang. Gejala ini merupakan tanda awal munculnya infeksi oportunistik.

c. Fase Infeksi Kronis

Selama berlangsungnya fase ini, di dalam kelenjar limfe terus terjadi replikasi virus yang diikuti kerusakan dan kematian karena banyaknya virus. Fungsi kelenjar limfe sebagai perangkap virus menurun atau bahkan hilang dan virus dicurahkan ke dalam darah. Pada fase ini terjadi peningkatan jumlah virion secara berlebihan di dalam sirkulasi sistemik. Respons imun tidak mampu meredam jumlah virion yang berlebihan tersebut. Limfosit semakin tertekan karena intervensi HIV yang semakin banyak. Terjadi penurunan jumlah limfosit T-CD4 hingga di bawah 200 sel/mm<sup>3</sup>. Penurunan limfosit T ini mengakibatkan sistem imun menurun dan pasien semakin rentan terhadap berbagai macam penyakit infeksi sekunder. Perjalanan penyakit semakin progresif



yang mendorong ke arah AIDS. Infeksi sekunder yang sering menyertai adalah pneumonia yang disebabkan *Pneumocystis carinii*, tuberculosis, sepsis, toksoplasmosis ensefalitis, diare akibat kriptosporidiasis, infeksi virus sitomegalo, infeksi virus herpes, kandidiasis esofagus, kandidiasis trachea, kandidiasis bronchus atau paru serta infeksi jamur jenis lain misalnya histoplamosis, koksidiomikosis. Kadang – kadang juga ditemukan beberapa jenis kanker yaitu kanker kelenjar getah bening dan kanker sarkoma Kaposi's.

Selain 3 fase tersebut ada periode masa jendela yaitu periode di mana pemeriksaan tes antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif walaupun virus sudah ada dalam darah pasien dengan jumlah yang banyak. Antibodi yang terbentuk belum cukup terdeteksi melalui pemeriksaan laboratorium yang kadarnya belum memadai. Antibodi terhadap HIV biasanya muncul dalam 3-6 minggu hingga 12 minggu setelah infeksi primer. Periode jendela sangat penting diperhatikan karena pada periode jendela ini pasien sudah mampu dan potensial menularkan HIV kepada orang lain.

### 3. Transmisi Infeksi HIV

Pada saat berada didalam tubuh manusia, HIV harus masuk langsung kedalam aliran darah orang yang bersangkutan. Sedangkan diluar tubuh manusia HIV sangat cepat mati. HIV bertahan lebih lama diluar tubuh manusia hanya bila darah yang mengandung HIV tersebut masih dalam



keadaan belum mengering. Dalam media darah kering HIV akan cepat mati. Didalam tubuh manusia, HIV terutama terdapat dalam cairan seperti cairan darah, cairan sperma, cairan vagina, dan air susu ibu (Hidayah, 2016).

Transmisi HIV masuk ke dalam tubuh manusia melalui 3 cara, yaitu: (1) secara vertikal dari ibu yang terinfeksi HIV ke anak (selama mengandung, persalinan, menyusui); (2) secara transeksual (homoseksual maupun heteroseksual); (3) secara horizontal yaitu kontak antardarah atau produk darah yang terinfeksi (asas sterilisasi kurang diperhatikan terutama pada pemakaian jarum suntik bersama – sama secara bergantian, tato, tindik, transfusi darah, transplantasi organ, tindakan hemodialisis, perawatan gigi). HIV dapat diisolasi dari darah, semen, cairan serviks, cairan vagina, ASI, air liur, serum, urine, air mata, cairan alveolar, cairan serebrospinal. Sejauh ini transmisi secara efektif terjadi melalui darah, cairan semen, cairan vagina dan serviks, ASI (Nasronudin, 2012).

Di Indonesia kasus HIV/AIDS pertama kali ditemukan di Bali tahun 1987. Sejak tahun 1999 terjadi fenomena baru penyebaran HIV/AIDS, cenderung menggeser transmisi melalui kontak antar darah terutama pada pengguna narkotika intravena atau *Intravenous Drug User* (IDU). Pada awalnya transmisi terjadi dari cara homoseksual dari pasangan pria homoseksual dan biseksual di California, kemudia menyebar ke berbagai negara terutama melalui heteroseksual (Nasronudin, 2012).



Kontak seksual merupakan salah satu cara utama transmisi HIV di berbagai belahan dunia. Virus ini dapat ditemukan dalam cairan semen, cairan vagina, cairan serviks. Virus akan terkonsentrasi dalam cairan semen terutama bila terjadi peningkatan jumlah limfosit dalam cairan, seperti pada keadaan peradangan genitalia misalnya urethritis, epididimitis, dan kelainan lain yang berkaitan dengan penyakit menular seksual. Virus juga dapat ditemukan pada usapan serviks dan cairan vagina. Transmisi infeksi HIV melalui hubungan seksual lewat anus lebih mudah karena hanya terdapat membran mukosa rectum yang tipis dan mudah robek, anus sering terjadi lesi. Pada kontak seks pervaginal, kemungkinan transmisi HIV dari laki – laki ke perempuan diperkirakan sekitar 20 kali lebih besar daripada perempuan ke laki – laki. Hal ini disebabkan paparan HIV secara berkepanjangan pada mukosa vagina, serviks, serta endometrium dengan semen yang terinfeksi (Nasronudin, 2012).

a. Transmisi melalui darah atau produk darah

HIV dapat ditransmisikan melalui darah dan produk darah terutama pada individu pengguna narkotika intravena dengan pemakaian jarum suntik secara bersama dalam satu kelompok tanpa mengindahkan asas sterilisasi. Dapat juga pada individu yang menerima transfusi darah atau produk darah yang mengabaikan tes penapisan HIV. Namun pada saat ini hal



tersebut jarang terjadi dengan semakin meningkatnya perhatian dan semakin baiknya tes penapisan terhadap darah yang akan ditransfusikan.

b. Transmisi secara vertikal

Transmisi secara vertikal dapat terjadi dari ibu yang terinfeksi HIV kepada janinnya sewaktu hamil, sewaktu persalinan, dan setelah melahirkan melalui pemberian air susu ibu (ASI). Angka penularan selama kehamilan sekitar 5-10%, sewaktu persalinan 10-20%, dan saat pemberian ASI 10-20%. Namun, diperkirakan penularan ibu kepada janin atau bayi terutama terjadi pada masa perinatal. Hal ini didasarkan saat identifikasi infeksi oleh teknik kultur atau *Polymerase Chain Reaction* (PCR) pada bayi setelah lahir (negatif saat lahir dan positif beberapa bulan kemudian). Virus dapat ditemukan dalam ASI sehingga ASI merupakan perantara penularan HIV dari ibu kepada ibu kepada bayi pascanatal. Bila mungkin pemberian ASI oleh ibu yang terinfeksi sebaiknya dihindari.

c. Transmisi pada petugas kesehatan dan petugas laboratorium

Meskipun risiko penularan kecil tetapi risiko tetap ada bagi kelompok pekerjaan berisiko terpapar HIV seperti petugas kesehatan, petugas laboratorium, dan orang yang bekerja dengan specimen atau bahan yang terinfeksi HIV, terutama bila menggunakan benda tajam. Berbagai penelitian multi institusi



menyatakan bahwa risiko penularan HIV setelah kulit tertusuk jarum atau benda tajam lainnya yang tercemar oleh darah seseorang yang terinfeksi HIV adalah sekitar 0,3% sedangkan risiko penularan HIV akibat paparan bahan yang tercemar HIV ke membrane mukosa atau kulit yang mengalami erosi adalah sekitar 0,09%.

#### 4. Manifestasi Klinis HIV/AIDS

Manifestasi klinis infeksi HIV merupakan gejala dan tanda pada tubuh *host* akibat intervensi HIV. Manifestasi ini dapat merupakan gejala dan tanda infeksi virus akut, keadaan asimtomatis berkepanjangan, hingga manifestasi AIDS berat. Manifestasi gejala dan tanda dari HIV dapat dibagi menjadi 4 tahap, yaitu tahap infeksi akut, tahap asimtomatis, tahap simtomatis, tahap AIDS (Nasronudin, 2012).

##### a. Tahap infeksi akut

Infeksi ini biasanya simtomatik (70-80%) dan terjadi 3-12 minggu setelah pajanan. Hampir separuh kasus mengalami demam, ruam, dan limfadenitis servikal. Biasa juga terjadi manifestasi neurologis walaupun jarang (meningitis aseptic, ensefalitis, myelitis, polineuritis). Infeksi ini terjadi bersamaan dengan lonjakan kadar RNA HIV plasma hingga >1 juta kopi/mL (puncak antara 4 dan 8 minggu), dan penurunan hitung CD4 hingga 300-400 sel/mm<sup>3</sup>, namun kadang-kadang dibawah 200 saat terdapat infeksi oportunistik (misal kandidiasis



orofaring, pneumonia *Pneumocystis carinii* (PCP)). Pemulihan simtomatik terjadi setelah 1-2 minggu hitung CD4 jarang kembali ke nilai sebelumnya (Hidayah, 2016).

Selain itu timbul pula gejala lain seperti rasa letih, nyeri otot dan sendi, nyeri telan, dan pembesaran kelenjar getah bening. Dapat juga disertai meningitis aseptic yang ditandai demam, nyeri kepala hebat, kejang – kejang, dan kelumpuhan saraf otak (Nasronudin, 2012).

b. Tahap asimtomatis

Pada tahap ini gejala dan keluhan hilang dan tahap ini berlangsung 6 minggu hingga beberapa bulan bahkan tahun setelah infeksi. Pada saat ini sedang terjadi internalisasi HIV ke intraseluler, sementara untuk aktivitas penderita masih normal (Nasronudin, 2012). Selama kurun waktu yang bervariasi, individu yang terinfeksi biasanya tetap sehat tanpa bukti penyakit HIV kecuali untuk kemungkinan adanya limfadenopati generalisata persisten. Limfadenopati generalisata persisten didefinisikan sebagai pembesaran kelenjar pada dua atau lebih lokasi ekstrainguinal. Bergantung pada besarnya *viral load*, terdapat penurunan yang sebaliknya pada hitung CD4, biasanya antar 50 dan 150 sel/tahun. (Hidayah, 2016).

c. Tahap simtomatis

Pada tahap ini gejala dan keluhan lebih spesifik dengan



gradasi sedang sampai berat. Berat badan menurun tetapi tidak sampai 10%, pada selaput mulut terjadi sariawan berulang, terjadi peradangan pada sudut mulut, dapat juga ditemukan infeksi bakteri pada saluran napas bagian atas namun penderita dapat melakukan aktivitas meskipun terganggu. Penderita lebih banyak berada di tempat tidur meskipun kurang 12 jam per hari dalam bulan terakhir (Nasronudin, 2012).

Bukti klinis gangguan ringan sistem imun selanjutnya berkembang pada banyak pasien dan menggambarkan perpindahan dari orang yang secara klinis sehat menjadi sindrom yang terkait dengan AIDS. Berdasarkan definisi, kondisi – kondisi ini bukan penentu AIDS dan termasuk penurunan berat badan kronik, demam, atau diare, kandidiasi oral atau vagina, infeksi herpes zoster rekuren, penyakit radang panggul berat dan angiomatosis basiler (Hidayah, 2016).

#### d. Tahap AIDS

Pada tahap ini terjadi penurunan berat badan lebih 10%, diare yang lebih dari 1 bulan, panas yang tidak diketahui sebabnya lebih dari satu bulan, kandidiasis oral, *oral hairy leukoplakia*, tuberculosis paru, dan pneumonia bakteri. Penderita berbaring di tempat tidur lebih dari 12 jam sehari selama sebulan terakhir. Penderita diserbu berbagai macam infeksi sekunder, misalnya pneumonia pneumokistik karinii, toksoplasmosis otak, diare





akibat kriptosporidiosis, penyakit virus sitomegalo, infeksi virus herpes, kandidiasis pada esofagus, trakea, bronkus atau paru serta infeksi jamur yang lain misalnya histoplasmosis, koksidiodomikosis. Dapat juga ditemukan beberapa jenis malignansi, termasuk keganasan kelenjar getah bening dan sarcoma Kaposi. Hiperaktivitas komplemen menginduksi sekresi histamin. Histamin menimbulkan keluhan gatal pada kulit dengan diiringi mikroorganisme di kulit memicu terjadinya dermatitis HIV (Nasronudin, 2012).

#### 5. Gejala Klinis HIV/AIDS

Masa inkubasi virus HIV selama 6 bulan sampai 5 tahun. *Window period* selama 6-8 minggu adalah waktu saat tubuh sudah terinfeksi HIV tetapi belum terdeteksi oleh pemeriksaan laboratorium. Seseorang dengan HIV dapat bertahan sampai dengan 5 tahun. Jika tidak diobati, maka penyakit ini akan bermanifestasi sebagai AIDS (Hidayah, 2016).

Menurut (Nasronudin, 2012) diagnosis infeksi HIV/AIDS dapat ditegakkan berdasarkan klasifikasi klinis WHO dan atau CDC. Di Indonesia diagnosis AIDS untuk keperluan surveilans epidemiologi dibuat bila menunjukka tes HIV positif dan sekurang – kurangnya didapatkan 2 gejala mayor dan satu gejala minor.



**Tabel 1. Gejala Mayor dan Minor pada Pasien HIV&AIDS**

<b>Gejala</b>	<b>Karakteristik</b>
Mayor	Berat badan menurun lebih dari 10% dalam 1 bulan Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis Ensefalopati HIV
Minor	Batuk menetap lebih dari 1 bulan Dermatitis generalisata Herpes zoster multisegmental berulang Kandidiasis orofaringeal Herpes simpleks kronik progresif Limfadenopati generalisata Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita Retinitis oleh virus sitomegalo

Sumber : (Nasronudin, 2012)

Gejala dan tanda klinis yang patut diduga infeksi HIV menurut WHO SEARO 2007 (Kemenkes, 2012):

a. Keadaan umum

- 1) Kehilangan berat badan >10% dari berat badan dasar
- 2) Demam (terus menerus atau intermitten, temperatur oral >37,5°C) yang lebih dari satu bulan,
- 3) Diare (terus menerus atau intermitten) yang lebih dari satu bulan.
- 4) Limfadenopati meluas

b. Kulit

*Post exposure prophylaxis* (PPP) dan kulit kering yang luas merupakan dugaan kuat infeksi HIV. Beberapa kelainan seperti kulit genital (*genital warts*), folikulitis dan psoriasis sering terjadi



pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) tapi tidak selalu terkait dengan HIV.

#### 6. Pencegahan HIV/AIDS

Pencegahan penularan HIV/AIDS dapat dilakukan melalui beberapa cara, sebagai berikut (Kemenkes, 2012):

- 1) *Abstinence* atau puasa, yaitu tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah. Hubungan seksual hanya dilakukan melalui pernikahan yang sah.
- 2) *Be faithful* atau setia pada pasangan, yaitu jika telah menikah melakukan hubungan seksual hanya dengan pasangannya saja dan tidak bergonta-ganti pasangan.
- 3) *Using condom* atau menggunakan kondom yaitu bagi salah satu pasangan suami atau istri yang telah terinfeksi HIV agar tidak menularkan kepada pasangannya.
- 4) *No drug* atau tidak menggunakan narkoba, karena saat sakaw (gejala putus obat) tidak ada pengguna narkoba yang sadar akan kesterilan jarum suntik, apalagi ada rasa kekompakan untuk memakai jarum suntik yang sama secara bergantian dan menularkan HIV dari pecandu yang telah terinfeksi kepada pecandu lainnya.
- 5) *Equitment* atau mewaspadaikan semua alat-alat tajam yang ditusukan ke tubuh atau dapat melukai kulit, seperti jarum akupuntur, alat tindik, pisau cukur, agar semuanya steril dari HIV lebih dahulu sebelum digunakan, atau pakai jarum atau alat baru yang belum pernah



digunakan.

Kemudian selain dengan cara tersebut diatas, pencegahan lain yang dapat dilakukan adalah mewaspadaai darah yang diperlukan untuk tranfusi, pastikan telah dites bebas HIV. Selanjutnya adalah pencegahan khusus penularan dari ibu kepada anak, transmisi HIV dari ibu ke anak dapat terjadi melalui rahim selama masa perinatal, yaitu minggu-minggu terakhir kehamilan dan saat persalinan. Bila tidak ditangani tingkat penularan dari ibu ke anak selama kehamilan dan persalinan adalah sebesar 25-45%. Risiko ini semakin besar jika ibu telah masuk ke kondisi AIDS. Risiko dapat diturunkan jika dilakukan intervensi berupa pemberian obat antiretroviral (ARV) kepada ibu selama masa kehamilan (biasanya mulai usia kehamilan 36 minggu), kemudian ibu melakukan persalinana secara bedah, dan ibu harus memberikan susu formula sebagai pengganti ASI dikarenakan ASI ibu yang mengidap HIV mengandung virus HIV (Kemenkes, 2012).

Menurut (Nasronudin, 2012) dalam bukunya terdapat beberapa upaya menurunkan risiko penularan di tempat kerja, yaitu:

- a) Memahami dan selalu menerapkan kewaspadaan universal setiap saat kepada semua pasien, di semua tempat pelayanan atau ruang perawatan tanpa memandang status infeksi pasiennya.
- b) Menghindari transfusi, suntikan, jahitan, dan tindakan invasive lain yang tidak perlu.
- c) Mengupayakan ketersediaan sarana agar dapat selalu menerapkan



pengendalian infeksi secara standar, meskipun dalam keterbatasan sumber daya.

- d) Mematuhi kebijakan dan pedoman yang sesuai tentang penggunaan bahan dan alat secara baik dan benar, pedoman pendidikan dan pelatihan serta supervise.
- e) Menilai dan menekan risiko melalui pengawasan yang teratur di sarana pelayanan kesehatan.

Kewaspadaan universal merupakan upaya pengendalian infeksi yang harus diterapkan dalam pelayanan kesehatan kepada semua pasien, setiap waktu, untuk mengurangi risiko infeksi yang ditularkan melalui darah. Prinsip dari kewaspadaan universal adalah bahwa darah dan semua jenis cairan tubuh, secret, ekskreta, kulit yang tidak utuh, dan selaput lender pasien dianggap sebagai sumber potensial untuk penularan infeksi termasuk HIV. Prinsip tersebut berlaku pada semua pasien, tanpa membedakan risiko, diagnosis, ataupun status serologis. Petugas harus menghindari kontak dari semua sumber potensial infeksi tersebut (Nasronudin, 2012).

a. Protokol kewaspadaan universal

- 1) Cuci tangan atau permukaan kulit secara rata untuk mencegah kontaminasi tangan oleh kuman pada tangan dengan menggunakan air bersih yang mengalir dan sabun, sesudah melakukan tindakan atau perawatan.
- 2) Pemakaian alat pelindung sesuai dengan indikasi (sarung



tangan, masker, pelindung wajah, jubah/celemek, kacamata pelindung untuk setiap kontak langsung dengan darah atau cairan tubuh lain dan sebagainya.

- 3) Pemakaian antiseptik dan disinfektan dengan benar – benar sesuai aturan.
- 4) Pengelolaan khusus untuk alat – alat bekas pakai dan benda tajam dan menghindari risiko kecelakaan tusukan jarum suntik atau alat tajam lainnya.
- 5) Dekontaminasi, pembersihan dan sterilisasi/disinfeksi tingkat tinggi untuk bahan/alat kesehatan bekas pakai.
- 6) Linen dan bahan – bahan yang dikotori darah atau cairan tubuh harus ditempatkan dalam kantong antibocor.
- 7) Petugas kesehatan yang mempunyai luka basah atau luka mengucurkan darah/cairan harus menjauhi tugas perawatan langsung kepada pasien atau menangani alat perawatan pasien sampai sembuh.
- 8) Pengelolaan limbah yang sesuai dengan kaidah kesehatan yaitu dengan memisahkan limbah medis dari limbah rumah tangga. Limbah medis harus melalui proses pembakaran dengan *incinerator* atau dibakar biasa atau ditimbun dengan menggunakan lapisan kapur.
- 9) Instrumen dan linen yang diduga tercemar dibersihkan atau direndam terlebih dahulu dalam cairan sodium hipoklorit



(klorin) selama 10 menit sebelum dicuci biasa.

b. Pengelolaan dan pembuangan alat tajam dengan hati – hati dan aman

Penyebab utama penularan HIV adalah melalui kecelakaan kerja misalnya tertusuk jarum atau alat tajam yang tercemar. Perlukaan alat tajam yang mengakibatkan terjadinya penularan HIV, biasanya karena tusukan dalam dari jarum yang berlubang. Tusukan seperti tersebut sering kali terjadi pada saat menutupkan kembali jarum tersebut, dicuci, dibuang secara tidak benar. Oleh karena itu selalu dianjurkan untuk menutup jarum dengan cara ungkitan satu tangan. Wadah tahan tusukan harus tersedia untuk menempatkan jarum atau alat tajam bekas yang akan dibuang. Banyak benda yang dapat digunakan sebagai wadah tersebut, seperti misalnya kaleng bertutup, botol plastik yang tebal, kotak karton alat yang tebal. Semua benda tersebut dapat dibakar dalam incinerator, atau sebagai alat untuk membawa ke incinerator. Bila wadah sudah terisi  $\frac{3}{4}$  bagian harus segera dibuang dan jangan lupa untuk mengenakan sarung tangan rumah tangga yang tebal saat mengosongkan atau membawa benda – benda tersebut. Bila tidak membakar wadah alat tajam tersebut maka dapat dikubur dalam lubang yang cukup dalam. Untuk mencegah terjadinya kecelakaan tingkatkan kehati – hatian pada saat menggunakannya seperti misalnya mengenakan sarung tangan, gunakan penerangan yang cukup ketika melakukan tindakan pasien,



letakkan wadah pembuangan alat tajam di dekat tempat penggunaannya, jangan pernah membuang alat tajam ke tempat sampah biasa dan jauhkan alat tajam dari jangkauan anak – anak (Nasronudin, 2012).

c. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai

Pencucian dengan sabun dan air setelah sebelumnya direndam dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit dapat mengurangi sejumlah besar mikroorganisme termasuk HIV yang ada dalam jumlah besar. Semua alat tersebut harus dilepas dan dipisahkan sebelum melakukan pembersihan (Nasronudin, 2012).

## B. Tinjauan Umum Tentang *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

### 1. Pengertian *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

VCT adalah suatu pembinaan dua arah atau dialog yang berlangsung tak terputus antara konselor dan kliennya dengan tujuan untuk mencegah penularan HIV, memberikan dukungan moral, informasi, serta dukungan lainnya kepada ODHA, keluarga dan lingkungannya (Kamalia, 2015)

Konseling dalam *Voluntary Counseling and Test* (VCT) adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologi, 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 (Depkes RI, 2006).

VCT merupakan tes HIV yang dilakukan atas inisiasi dari klien di klinik VCT, yang didahului oleh konseling pra testing atau pemberian informasi HIV sebelum tes. Selanjutnya pelaksanaan tes HIV dengan persetujuan klien, dan konseling pasca testing berupa penyampaian hasil dan pemberian informasi HIV dan akses rujukan selanjutnya apabila hasilnya positif. VCT dilakukan secara sukarela dan konfidensial (Hidayah, 2016).

VCT penting karena merupakan jalan masuk ke seluruh layanan HIV dan AIDS, menawarkan keuntungan, baik bagi yang hasil tesnya positif maupun yang hasil tesnya negative dengan fokus pada pemberian dukungan atas kebutuhan klien seperti perubahan perilaku, dukungan mental, dukungan terapi ARV, pemahaman faktual dan terkini tentang HIV dan AIDS; mengurangi stigma negative masyarakat; merupakan pendekatan menyeluruh, baik kesehatan fisik maupun mental; memudahkan akses ke berbagai pelayanan yang dibutuhkan klien baik kesehatan maupun psikososial (Indriyani, 2012).

Konseling adalah proses pertolongan di mana seseorang dengan tulus, jelas, memberikan waktu, perhatian, dan keahliannya untuk membantu klien mempelajari keadaan dirinya, mengenali dan melakukan pemecahan masalah terhadap keterbatasan yang diberikan lingkungan (Indriyani, 2012).

Di dalam VCT ada dua kegiatan utama yakni konseling dan tes



HIV.Konseling dilakukan oleh seorang konselor khusus yang telah dilatih untuk memberikan konseling VCT.Tidak semua konselor bisa dan boleh memberikan konseling VCT.Oleh karena itu, seorang konselor VCT adalah orang yang telah mendapat pelatihan khusus dengan standard pelatihan nasional.Konseling dalam rangka VCT utamanya dilakukan sebelum dan sesudah tes HIV. Konseling setelah tes HIV dapat dibedakan menjadi dua, yakni konseling untuk hasil tes positif dan konseling untuk hasil tes negative. Namun demikian sebenarnya masih banyak jenis konseling lain yang sebenarnya perlu diberikan kepada pasien berkaitan dengan hasil VCT yang positif seperti konseling pencegahan, konseling kepatuhan berobat, konseling keluarga, konseling untuk masalah psikiatris yang menyertai klien/keluarga dengan HIV dan AIDS (Sari, 2014).

Pelayanan VCT dapat dikembangkan diberbagai layanan terkait yang dibutuhkan misalnya layanan IMS, layanan TB, layanan PDP, program penjangkauan dan setting lainnya. Layanan VCT dapat diimplementasikan dalam berbagai setting dan sangat tergantung pada kondisi dan situasi daerah setempat, kebutuhan masyarakat dan profil klien, seperti individual atau pasangan, perempuan atau laki-laki, dewasa atau anak muda (KPAN, 2014).

Layanan VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien pada saat mencari pertolongan medis dan testing, yaitu dengan memberikan layanan dini dan memadai baik kepada mereka dengan HIV positif



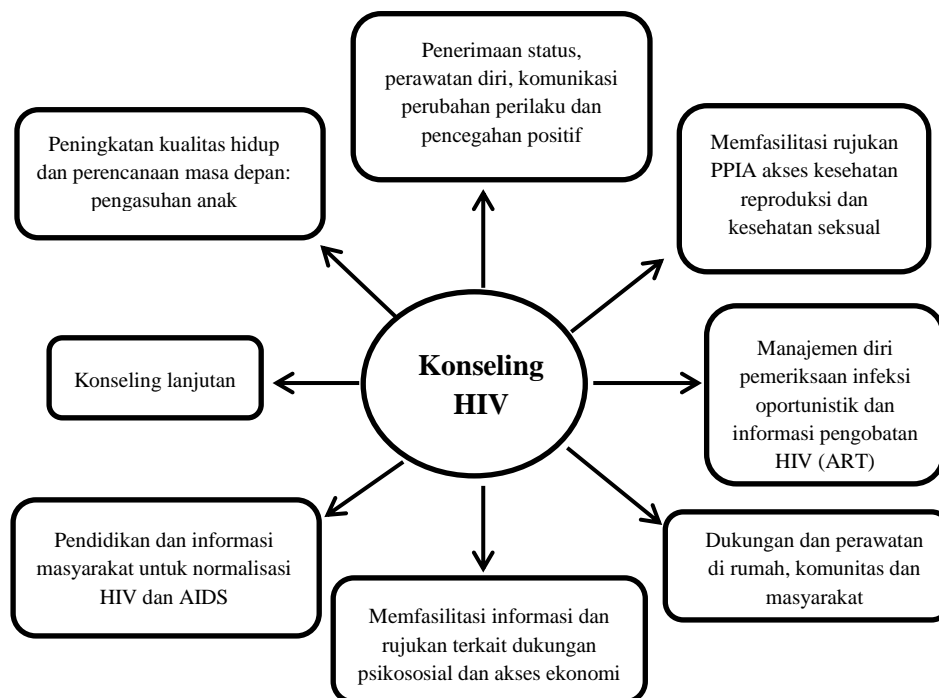
maupun negative. Layanan ini termasuk konseling, dukungan, akses untuk terapi suportif, terapi infeksi oportunistik, dan ART. VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif dimana memungkinkan klien dengan bantuan konselor terlatih menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV/AIDS, mempelajari status dirinya, dan mengerti tanggung jawab untuk menurunkan perilaku berisiko dan mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat. Testing HIV dilakukan secara sukarela tanpa paksaan dan tekanan, segera setelah klien memahami berbagai keuntungan, konsekuensi, dan risiko. Meskipun VCT adalah sukarela namun utamanya diperuntukkan bagi orang – orang yang sudah terinfeksi HIV atau AIDS, dan keluarganya, atau semua orang yang mencari pertolongan karena merasa telah melakukan tindakan berisiko di masa lalu dan merencanakan perubahan di masa depannya dan mereka yang tidak mencari pertolongan namun berisiko tinggi (Sari, 2014).

## 2. Peran Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 74 Tahun 2014, Konseling dan Testing Sukarela yang dikenal sebagai *Voluntary Counseling and Test* (VCT) merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat dan sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV/AIDS berkelanjutan. Layanan konseling pada tes HIV dilakukan



berdasarkan kepentingan klien/pasien baik kepada mereka yang HIV positif maupun negatif. Layanan ini dilanjutkan dengan dukungan psikologis dan akses untuk terapi. Konseling dan Tes HIV harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi yang efektif. Konselor atau petugas kesehatan terlatih membantu klien/pasien dalam menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mempelajari status dirinya dan mengerti tanggung jawab untuk mengurangi perilaku berisiko serta mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain serta untuk mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.



**Gambar 1. Peran Konseling dalam Tes HIV/AIDS**

*Sumber: Permenkes RI Nomor 74 Tahun 2014*

- a. Layanan VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien pada



saat klien mencari pertolongan medis dan testing yaitu dengan memberikan layanan dini dan memadai baik kepada mereka dengan HIV positif maupun negative. Layanan ini termasuk konseling, dukungan, akses untuk terapi suportif, terapi infeksi oportunistik, dan ART.

- b. VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif dimana memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV dan AIDS, mempelajari status dirinya, dan mengerti tanggung jawab untuk menurunkan perilaku berisiko dan mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.
- c. Testing HIV dilakukan secara sukarela tanpa paksaan dan tekanan segera setelah klien memahami berbagai keuntungan, konsekuensi, dan risiko.

VCT merupakan kegiatan konseling bersifat sukarela dan kerahasiaan yang dilakukan sebelum dan sesudah tes darah untuk HIV di laboratorium. Test HIV dilakukan setelah klien terlebih dahulu memahami dan menandatangani *informed consent* yaitu surat persetujuan setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan benar. VCT merupakan hal penting karena selain merupakan pintu masuk seluruh layanan HIV dan AIDS, juga menawarkan keuntungan baik bagi yang hasil tesnya positif maupun negative, dengan fokus pada



pemberian dukungan atas kebutuhan klien seperti perubahan perilaku, dukungan mental, dukungan terapi ARV, pemahaman faktual dan terkini atas HIV dan AIDS, mengurangi stigma masyarakat, merupakan pendekatan menyeluruh baik kesehatan fisik maupun mental, dan memudahkan akses ke berbagai pelayanan yang dibutuhkan klien baik kesehatan maupun psikososial (Sari, 2014).

### 3. Tujuan Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

Tes HIV memberitahu kita apakah kita terinfeksi HIV, virus penyebab AIDS. Kebanyakan tes ini mencari antibodi terhadap HIV. Jadi bila ditemukan antibodi terhadap HIV dalam darah kita, artinya kita terinfeksi HIV. Biasanya dibutuhkan waktu tiga minggu hingga tiga bulan untuk membentuk antibodi tersebut. Selama masa jendela ini tes kita tidak akan menunjukkan hasil positif walaupun kita terinfeksi. Konseling HIV/AIDS merupakan proses dengan tiga tujuan umum yaitu (KPAN, 2014):

- a. Menyediakan dukungan psikologik, misalnya dukungan yang berkaitan dengan kesejahteraan emosi, psikologik, sosial dan spiritual seseorang yang mengidap virus HIV atau virus lainnya.
- b. Pencegahan penularan HIV dengan menyediakan informasi tentang perilaku berisiko (seperti seks aman atau penggunaan jarum suntik bersama) dan membantu orang dalam mengembangkan keterampilan pribadi yang diperlukan untuk perubahan perilaku dan negosiasi praktik lebih aman.



- c. Memastikan efektivitas rujukan kesehatan, terapi, dan perawatan melalui pemecahan masalah kepatuhan berobat.

Tujuan umum VCT adalah untuk mempromosikan perubahan perilaku yang mengurangi risiko mendapat infeksi dan penyebaran HIV (Indriyani, 2012). Selain itu juga merupakan suatu langkah awal yang penting menuju program pelayanan HIV/AIDS lainnya, yaitu pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak, pencegahan dan manajemen klinis penyakit – penyakit yang berhubungan dengan HIV, pengendalian penyakit TBC (*tuberculosis*) serta dukungan psikologis dan hukum dengan spesifikasi sebagai berikut (Sari, 2014):

- a. Mendorong orang sehat, tanpa keluhan/asimtomatik untuk mengetahui tentang HIV sehingga mereka dapat mengurangi kemungkinan tertular HIV.
- b. Merupakan sebuah strategi kesehatan masyarakat yang efektif, karena mereka dapat mengetahui status HIV mereka, sehingga tidak melakukan hal – hal yang dapat ikut menyebarkan virus HIV bila mereka masih berisiko sebagai penyebar HIV.
- c. Mendorong seseorang yang sudah ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) untuk mengubah pendirian yang sangat merugikan seperti ODHA merupakan penyakit keturunan atau penyakit kutukan atau HIV/AIDS merupakan vonis kematian.
- d. Memberi perilaku atau kegiatan yang menjadi sarana yang memudahkan penularan HIV.



- e. Memberikan dukungan moril untuk mengubah perilaku kearah yang lebih sehat dan aman dari infeksi HIV.

Sementara itu menurut (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2003) tujuan khusus VCT bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHA):

- a. Meningkatkan jumlah ODHA yang mengetahui dirinya terinfeksi HIV

Saat ini sangat sedikit orang di Indonesia yang diketahui terinfeksi HIV. Kurang dari 2,5% orang yang diperkirakan telah terinfeksi HIV mengetahui bahwa dirinya terinfeksi.

- b. Mempercepat diagnosis HIV

Sebagian besar ODHA di Indonesia baru mengetahui dirinya terinfeksi setelah mencapai tahap simtomatik dan masuk ke stadium AIDS, bahkan dalam keadaan hampir meninggal. Dengan diagnosis lebih dini, ODHA mendapat kesempatan untuk melindungi diri dan pasangannya, serta melibatkan dirinya dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.

- c. Meningkatkan penggunaan layanan kesehatan dan mencegah terjadinya infeksi lain pada ODHA

ODHA yang belum mengetahui dirinya terinfeksi HIV tidak dapat mengambil manfaat profilaksis terhadap infeksi oportunistik yang sebetulnya sangat mudah dan efektif. Selain





itu mereka juga tidak dapat memperoleh terapi antiretroviral secara lebih awal, sebelum sistem kekebalan tubuhnya rusak total dan tidak dapat dipulihkan kembali.

d. Meningkatkan kepatuhan pada terapi antiretroviral

Agar virus tidak menjadi resisten dan efektifitas obat dapat dipertahankan diperlukan kepatuhan yang tinggi terhadap pengobatan. Kepatuhan tersebut didorong oleh pemberian informasi yang lengkap dan pemahaman terhadap informasi tersebut serta dukungan oleh pendamping.

e. Meningkatkan jumlah ODHA yang berperilaku hidup sehat dan melanjutkan perilaku yang kurang berisiko terhadap penularan HIV dan infeksi menular seksual (IMS)

Jika sebagian besar ODHA tahu status HIV-nya dan berperilaku hidup sehat agar tidak menulari orang lain, maka rantai epidemic HIV akan terputus.

4. Sasaran *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

Masyarakat yang membutuhkan pemahaman diri akan status HIV agar dapat mencegah dirinya dari penularan infeksi penyakit yang lain dan penularan kepada orang lain. Masyarakat yang datang dan mencari pelayanan VCT disebut dengan klien. Klien adalah seseorang yang mencari atau mendapatkan pelayanan konseling dan atau tes HIV. Sebutan klien dan bukan pasien merupakan salah satu pemberdayaan dimana klien akan berperan aktif didalam proses konseling. Tanggung



jawab klien dalam konseling adalah bersama mendiskusikan hal-hal yang terkait dengan informasi akurat dan lengkap tentang HIV/AIDS, perilaku berisiko, tentang HIV dan pertimbangan yang terkait dengan hasil negatif atau positif (Depkes RI, 2006).

Sasaran dalam Layanan Konseling dan Tes HIV terdiri dari dua populasi yaitu populasi berisiko dan populasi kunci. Adapun populasi berisiko yaitu warga binaan pemasyarakatan, ibu hamil, pasien TB, kaum migran, pelanggan pekerja seks dan pasangan ODHA. Sedangkan populasi kunci yaitu pekerja seks, pengguna narkoba suntik, waria, lelaki seks dengan lelaki dan transgender (Permenkes RI, 2014).

Menurut (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2003) sasaran konseling dalam VCT adalah:

- a. Memberikan kesempatan klien mengenali dan mengekspresikan perasaan mereka.
- b. Memberi informasi tentang narasumber atau lembaga, baik pemerintah maupun LSM yang dapat membantu kesulitan dalam berbagai aspek.
- c. Membantu klien menghubungi narasumber atau lembaga yang dimaksud.
- d. Membantu klien memperoleh dukungan dari jaringan sosial, keluarga, dan teman.
- e. Membantu klien mengatasi kesedihan dan kehilangan
- f. Memberikan advokasi pada klien untuk mencegah penyebaran



infeksi.

- g. Mengingatkan klien atas hak hukumnya.
- h. Membantu klien memelihara kendali atas hidupnya.
- i. Membantu klien menemukan arti hidupnya.

#### 5. Prinsip *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif dimana memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV dan AIDS, mempelajari status dirinya, mengerti tanggung jawab untuk menurunkan perilaku berisiko dan mencegah penularan infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat (Hidayah, 2016).

Berdasarkan pedoman VCT yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI Tahun 2008, prinsip pelaksanaan VCT adalah:

##### a. Sukarela dalam melaksanakan *testing* HIV

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



b. Saling mempercayai dan terjamin 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 klien dapat diketahui.

c. Mempertahankan hubungan relasi konselor – klien yang efektif

Konselor mendukung klien untuk kembali mengambil hasil *testing* dan mengikuti pertemuan konseling *pasca testing* untuk mengurangi perilaku berisiko. Dalam VCT dibicarakan juga respon dan perasaan klien dalam menerima hasil testing dan tahapan penerimaan hasil testing positif.

d. *Testing* merupakan salah satu komponen VCT

WHO dan Departemen Kesehatan RI telah memberikan pedoman yang dapat digunakan untuk melakukan *testing* HIV. Konseling *pascatesting* dilakukan pada saat yang bersamaan dengan saat penerimaan hasil *testing* dengan didampingi oleh konselor yang disetujui oleh klien.



Model Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

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 setting, 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. Model layanan VCT terdiri dari (Hidayah, 2016):

a. *Mobile VCT* (Penjangkauan dan keliling)

Layanan Konseling dan Testing 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 survey atau penelitian atas kelompok masyarakat di wilayah tersebut dan survey tentang layanan kesehatan dan layanan dukungan lainnya di daerah setempat.

b. Statis VCT (Klinik VCT tetap)

Pusat Konseling dan Testing 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 *testing* HIV, layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan terkait dengan HIV dan AIDS. Contoh pengembangan pelayanan VCT di sarana kesehatan dan sarana kesehatan lainnya seperti pelayanan VCT di sarana kesehatan seperti rumah sakit, Pelayanan VCT di sarana kesehatan lainnya: Pusat Kesehatan Masyarakat, Keluarga Berencana (KB), Klinik KIA untuk Pencegahan Penularan Ibu-Anak (*Prevention of Mother to Child Transmission* (PMTCT)), Infeksi Menular Seksual (*Sexually Transmitted Infections* (STI)), Terapi Tuberkulosa, LSM adalah Layanan ini dapat dikelola oleh Pemerintah dan masyarakat.

## 7. Tahapan Pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT)

### a) Konseling Pra Test

Konseling pra-tes adalah dialog antara klien dan konselor dalam kerangka KTS yang bertujuan menyiapkan klien menjalani tes HIV dan membantu klien memutuskan akan tes atau tidak. Konseling pra-tes ini bermanfaat untuk meyakinkan orang terhadap keputusan untuk melakukan tes atau tidak, serta mempersiapkan dirinya bila hasil nantinya positif (Permenkes RI, 2014).

Secara khusus konseling pra tes bertujuan untuk mendorong orang untuk memahami praktik seksual yang lebih aman, memastikan seseorang dalam menghadapi hasil tes dengan sikap



yang baik bila terinfeksi HIV namun bila hasilnya non reaktif dapat mengarahkan klien agar tetap non reaktif (Hidayah, 2016).

Konseling Pra-tes dilaksanakan pada klien/pasien yang belum bersedia atau pasien yang menolak untuk menjalani tes HIV setelah diberikan informasi pra tes. Dalam konseling pra tes harus seimbang antara pemberian informasi, penilaian risiko, dan respon kebutuhan emosi klien. Masalah emosi klien yang menonjol adalah rasa takut melakukan tes HIV karena berbagai alasan termasuk ketidaksiapan menerima hasil tes, perlakuan diskriminasi, stigmatisasi masyarakat dan keluarga (Syuciati, 2017). Pemberian informasi dasar terkait HIV bertujuan agar klien (Permenkes RI , 2014):

- a. Memahami cara pencegahan, penularan HIV, perilaku berisiko.
- b. Memahami pentingnya tes HIV, dan
- c. Mengurangi rasa khawatir dalam tes HIV

Peserta penyuluhan yang tertarik untuk tes HIV diarahkan untuk mendapatkan konseling individual dan mengisi formulir persetujuan *Informed Consent*. *Informed consent* bersifat universal yang berlaku pada semua pasien apapun penyakitnya karena semua tindakan pada dasarnya membutuhkan persetujuan pasien. *Informed Consent* di fasilitas layanan kesehatan diberikan secara lisan atau



tertulis. Dalam hal diberikan secara tertulis, dapat menggunakan formulir *Informed Consent*.

b) Tes HIV

Prinsip testing HIV adalah sukarela dan terjaga kerahasiaannya. Testing yang dimaksud untuk menegakkan diagnosis. Terdapat serangkaian testing yang berbeda-beda karena perbedaan prinsip metoda yang digunakan. Tes HIV adalah pemeriksaan terhadap rangsangan antibodi yang terbentuk akibat masuknya HIV (sebagai antigen) ke dalam tubuh, atau pemeriksaan antigen (penggunaan metode *Polymerase Chain Reaction*) yang mendeteksi adanya virus itu sendiri atau komponennya (Permenkes RI, 2014).

Tujuan testing HIV ada yaitu untuk membantu menegakkan diagnosis, pengamanan donor darah (skrining), untuk surveilans, dan untuk penelitian. Hasil testing yang disampaikan kepada klien adalah benar milik klien. Petugas laboratorium harus menjaga mutu dan keahliannya. Hindari terjadinya kesalahan, baik teknis (*technical error*) dan administrasi (*administratif error*). Petugas laboratorium (perawat) mengambil darah setelah klien menjalani prakonseling (Syuciati, 2017).

Tes antibodi yang paling umum digunakan adalah enzim uji kekebalan tubuh atau *Enzyme Linked Immunosorbent Assay*





(ELISA), termasuk tes HIV cepat (hasil tes hanya 5-30 menit). Penggunaan metode Tes Cepat HIV/*Rapid Diagnostic Test* memungkinkan klien mendapatkan hasil testing pada hari yang sama (Permenkes RI , 2014).

Beberapa layanan VCT mungkin tidak memiliki fasilitas untuk mendiagnosis melalui tes HIV/AIDS. Oleh karena itu, klien dapat dirujuk ke pelayanan laboratorium diagnostic lainnya setelah konseling pra-tes. Tes HIV wajib menggunakan reagen tes HIV yang sudah diregistrasi dan dievaluasi oleh institusi yang ditunjuk Kementerian Kesehatan. Tes cepat harus dilakukan sesuai prosedur yang ditetapkan oleh pabriknya dan tidak dianjurkan untuk jumlah pasien yang banyak. Tes *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA) biasanya dilakukan dengan sarana laboratorium yang lengkap dan petugas yang terlatih dengan jumlah pasien yang lebih banyak. Pemilihan antara menggunakan tes cepat HIV atau tes ELISA harus mempertimbangkan faktor tatanan tempat pelaksanaan tes HIV, biaya, dan ketersediaan perangkat tes, reagen dan peralatan; pengambilan sampel, transportasi, SDM, serta kesediaan pasien untuk kembali mengambil tes. (Permenkes RI , 2014).

Dalam melaksanakan tes HIV, perlu merujuk pada alur tes sesuai dengan pedoman nasional pemeriksaan yang berlaku dan dianjurkan menggunakan alur serial. Tes HIV secara serial adalah



apabila tes yang pertama memberi hasil nonreaktif, maka tes antibodi akan dilaporkan negatif. Apabila hasil tes pertama menunjukkan reaktif, maka perlu dilakukan tes HIV kedua pada sampel yang sama dengan menggunakan reagen, metoda dan/atau antigen yang berbeda dari yang pertama. Hasil kedua menunjukkan reaktif kembali maka dilanjutkan dengan tes HIV ketiga.

c) Indereterminate

Bila dua hasil tes reaktif, dan bila hanya 1 tes reaktif tapi berisiko atau pasangan berisiko (Permenkes RI , 2014).

d) Konseling Pasca Test

Menurut Permenkes RI No. 74 tahun 2014, konseling pasca tes adalah konseling untuk menyampaikan hasil pemeriksaan kepada klien/pasien secara individual guna memastikan klien/pasien mendapat tindakan sesuai hasil terkait dengan pengobatan dan perawatan selanjutnya. Konseling ini sangat membantu seseorang untuk mengetahui risiko dari perilakunya selama ini, dan bagaimana nantinya bersikap setelah mengetahui hasil tes. Konseling pra-tes ini bermanfaat untuk meyakinkan orang terhadap keputusan untuk melakukan tes atau tidak, serta mempersiapkan dirinya bila hasil nantinya positif.

Konseling pasca tes merupakan kegiatan konseling yang harus diberikan setelah hasil tes diketahui, baik hasilnya positif maupun negatif. Konseling pasca tes sangat penting untuk



membantu mereka yang hasilnya HIV positif agar dapat mengetahui cara menghindari penularan HIV kepada orang lain. Cara untuk bisa mengatasinya dan menjalani hidup secara positif. Bagi mereka yang hasil tesnya negatif, maka konseling pasca tes bermanfaat untuk membantu tentang berbagai cara mencegah infeksi HIV di masa mendatang (Syuciati, 2017).

Prinsip-prinsip pasca tes adalah menilai situasi psikososial terkini, mendukung, menyalurkan emosional klien seperti mendorong klien berbicara lebih lanjut, manajemen pemecahan masalah dengan cara menjabarkan masalah, memahami, dan memberi pemahaman pada klien, menyusun rencana, membantu membuat rencana menghadapi kehidupan pasca penetapan hasil dengan perubahan perilaku ke perilaku sehat, menyediakan waktu untuk diskusi secara rahasia, serta menekankan pada infeksi HIV bukan AIDS. Kunci utama dalam menyampaikan hasil tes adalah (Kementerian Kesehatan RI, 2013):

- a) Memeriksa hasil tes klien sebelum bertemu dengan klien untuk memastikan kebenarannya
- b) Menyampaikan hasil secara langsung dan tatap muka
- c) Wajar dan profesional ketika memanggil klien kembali dari ruang tunggu
- d) Hasil tertulis dan bertanda tangan petugas penanggung jawab layanan



e) Semua hasil tes dijaga dan konseling pasangan

Terdapat beberapa tujuan dilakukannya konseling pasca tes pada klien yang telah melakukan tes HIV/AIDS. Tujuan tersebut adalah sebagai berikut:

a. Hasil negatif

- 1) Klien dapat memahami arti periode jendela.
- 2) Klien dapat membuat keputusan akan tes ulang atau tidak, kapan waktu tepat untuk mengulang melakukan tes HIV.
- 3) Klien dapat melakukan konseling perubahan perilaku untuk mencegah penularan HIV/AIDS ke orang lain.

b. Hasil positif

- 1) Klien dapat memahami dan menerima hasil tes secara tepat.
- 2) Klien dapat segera melakukan terapi ARV dengan minum obat secara tepat dosis, tepat waktu, dan tepat cara.
- 3) Klien dapat melakukan konseling perubahan perilaku untuk mencegah penularan HIV/AIDS ke orang lain.
- 4) Klien dapat segera dirujuk ke Layanan Pencegahan, Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan untuk mendapatkan layanan selanjutnya yang dibutuhkan.

### C. Tinjauan Umum Tentang Variabel Penelitian

1. Faktor Predisposisi (*predisposing factor*)

a. Pekerjaan

Tingkat kesejahteraan yang baik dapat meningkatkan akses



seseorang ke layanan kesehatan untuk menjaga status kesehatannya agar tetap baik (Sari, 2014). Pekerjaan membuat seseorang sering berpindah tempat. Selain itu, dampak dari perpindahan penduduk ini dalam hal penyebaran penyakit menular tampak sangat jelas. Penyakit menular dapat menyebar melalui hubungan antar manusia, oleh karena itu jika manusia yang telah terjangkit pindah, maka mereka kemungkinan besar akan menyebarkan penyakit tersebut. Dalam perpindahan penduduk tidak ada yang lebih penting dari perilaku para pendatang. Hal ini merupakan kombinasi dari perpindahan penduduk dengan perilaku yang berisiko tinggi yang merupakan persoalan utama. Kelompok yang paling berisiko bukanlah hanya pendatang yang telah teridentifikasi secara konvensional, tapi juga pendatang non permanen. Mobilitas dapat membuat seseorang masuk ke dalam situasi yang berisiko tinggi (Sari, 2014).

Menurut penelitian Khairrurahmi 2009, disebutkan bahwa status pekerjaan memiliki hubungan dengan pemanfaatan klinik VCT. Hal ini sejalan dengan penelitian (Su-Rin Shin et al, 2007), mayoritas pengunjung klinik VCT berstatus sebagai pekerja, dan sangat sedikit sekali yang tidak memiliki pekerjaan.

b. Pendidikan

Pendidikan merupakan proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan



manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi sehingga nantinya dapat menunjang kualitas hidup. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima informasi, sehingga semakin banyak juga pengetahuan yang dimiliki seseorang (Kamalia, 2015).

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Pendidikan formal yang ditempuh seseorang pada dasarnya adalah merupakan suatu proses menuju kematangan intelektual, untuk itu pendidikan tidak dapat terlepas dari proses belajar. Dengan belajar pada hakikatnya merupakan upaya penyempurnaan potensi atau kemampuan pada organisme biologis dan psikis yang diperlukan dalam hubungan manusia dengan luar dan hidup masyarakat. Pendidikan merupakan upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif (Notoadmodjo, 2007).

Pendidikan mempunyai peran dalam menurunkan penularan HIV, seperti yang dilaporkan oleh beberapa penelitian dari Walque, Nakiying Miuro, Bosingye, dan Whitworth (2005) dalam (Roza, 2013) yang melakukan studi kohort retrospektif antara tahun 1990 – 2000, melaporkan bahwa pada tahun 1989 – 1990 risiko terinfeksi



HIV lebih besar pada mereka yang berpendidikan lebih tinggi, namun akhirnya menurun pada tahun 1999 – 2000. Studi ini menunjukkan bahwa penurunan itu terjadi karena mereka yang berpendidikan lebih banyak terpapar dengan informasi terkait HIV (cara penularan dan pencegahan), termasuk bagaimana melakukan hubungan seks yang aman.

Tingkat pendidikan seseorang berhubungan dengan pemanfaatan klinik VCT (Setiawan, 2011). Seseorang dengan tingkat pendidikan yang semakin tinggi, maka tingkat pemanfaatan klinik VCT akan semakin baik, begitupun sebaliknya, semakin rendah tingkat pendidikan seseorang, semakin rendah pula tingkat pemanfaatan layanan VCT-nya.

## 2. Faktor Pemungkin (*enabling factor*)

### a. Jarak ke klinik VCT

Jarak adalah seberapa jauh lintasan yang ditempuh responden menuju fasilitas pelayanan kesehatan. Seseorang yang tidak mau mengunjungi pelayanan kesehatan bukan hanya disebabkan karena orang tersebut tidak tahu atau belum tahu manfaat pelayanan tersebut, tetapi juga karena rumahnya terlalu jauh dengan pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2003) dalam (Syuciati, 2018).

Berdasarkan kecenderungan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, seseorang dengan yang daerah tinggalnya lebih dekat akan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sedangkan, bagi



seseorang yang tempat tinggalnya jauh maka akses untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan kecil (Burhan, 2013).

Cara untuk memperoleh pelayanan kesehatan yaitu dengan menggunakan transportasi. Transportasi yang digunakan dapat berupa transportasi umum seperti bus, dan taksi. Sedangkan, untuk kendaraan pribadi dapat berupa mobil pribadi. Selain itu, yang termasuk ke dalam aksesibilitas ini adalah waktu atau jarak tempuh ke pelayanan kesehatan terdekat (Peltzer K, *et al*, 2007 dalam (Komalasari, 2016)).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Tasa, 2016) mengenai Pemanfaatan *Voluntary Counseling and Testing* oleh ibu rumah tangga dengan HIV dengan salah satu variabel penelitian mengenai keterjangkauan (kemudahan dalam menjangkau VCT dari rumah responden berdasarkan waktu tempuh dan biaya transportasi) menunjukkan bahwa keterjangkauan berhubungan dengan pemanfaatan VCT. Ibu rumah tangga terinfeksi HIV/AIDS yang mudah dijangkau memanfaatkan VCT dengan baik lebih banyak dibandingkan dengan ibu rumah tangga terinfeksi HIV/AIDS yang sulit dijangkau. Sementara hasil penelitian yang dilakukan oleh Burhan (2013), mengemukakan bahwa jarak ke pelayanan kesehatan tidak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada perempuan terinfeksi HIV/AIDS.

Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p=0,001$  atau  $p<0,05$





yang berarti adahubungan yang bermakna antara jarak terhadap pemanfaatan klinik VCT di Puskesmas Tanjung Morawa pada kelompok lelaki seks lelaki (LSL) yang dilakukan oleh (Syuciati, 2018). Hasil analisis statistik dengan uji regresi logistic berganda menunjukkan bahwa variabel jarak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pemanfaatan Klinik VCT di Puskesmas Tanjung Morawa karena nilai  $p=0,023$  atau  $p<0,05$ . Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar sebanyak 35 responden (77,8%) memiliki masalah jarak yang terlalu jauh dari tempat tinggal ke Klinik VCT dan hanya 10 responden (22,2%) yang memiliki jarak dekat dengan Klinik VCT di Puskesmas Tanjung Morawa. Hasil penelitian di lapangan menunjukkan bahwa responden tidak mau memanfaatkan Klinik VCT karena beranggapan bahwa jarak yang ditempuh dari tempat tinggal mereka ke Klinik VCT Puskesmas Tanjung Morawa sangat jauh yaitu  $>4$  km. Ada juga responden menyebutkan dalam kuesioner bahwa jarak yang ditempuh dari tempat tinggal mereka sampai ke Klinik VCT sampai  $>25$  km.

b. Persepsi keparahan penyakit

Seseorang yang mendapatkan penyakit, dan tidak merasakan sakit (*disease but not illness*) sudah pasti tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya tersebut. Tetapi apabila diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam



perilaku dan usaha salah satunya dengan mengunjungi fasilitas-fasilitas kesehatan (Kamalia, 2015).

*Perceived severity* merupakan persepsi subjektif dari individu terhadap seberapa parah konsekuensi fisik dan sosial dari penyakit yang akan dideritanya. Persepsi terhadap keseriusan dapat terbentuk dari informasi medis dan pengetahuan individu, namun juga dapat terbentuk dari kepercayaan individu tentang kesulitan dari sebuah penyakit tercipta atau mempengaruhi hidup mereka secara umum (Priyoto, 2014). Persepsi terhadap keseriusan dapat terbentuk dari informasi medis dan pengetahuan individu, namun juga dapat terbentuk dari kepercayaan individu tentang kesulitan dari sebuah penyakit tercipta atau mempengaruhi hidup mereka secara umum (Kamalia, 2015).

Ketika persepsi tentang kemudahan menderita penyakit (*perceived susceptibility*) dikombinasikan dengan keseriusan (*perceived severity*), akan menghasilkan penerimaan ancaman (*perceived threat*). Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berfikir penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman pada dirinya. Asumsinya adalah bahwa bila ancaman yang dirasakan tersebut meningkat maka perilaku pencegahan juga akan meningkat (Priyoto, 2014).

Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit



terhadap individu atau masyarakat. Contohnya penyakit HIV/AIDS akan dirasakan lebih serius bila dibandingkan dengan flu. Oleh karena itu, tindakan pencegahan HIV/AIDS akan lebih banyak dilakukan bila dibandingkan dengan pencegahan ataupun pengobatan flu (Notoatmodjo, 2010).

### 3. Faktor Penguat (*reinforcing factor*)

#### a. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga didefinisikan oleh Gottlieb (1983) dalam (Nurihwani, 2017) yaitu informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

Dukungan keluarga juga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya. Keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2010).



Dukungan merupakan keadaan yang bermanfaat bagi seseorang yang dapat diperoleh dari orang lain yang dipercaya, sehingga seseorang tersebut tahu bahwa orang lain memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Menurut Friedman, dukungan terdiri atas empat jenis, yaitu **dukungan informasional** (keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan disseminator (penyebarkan) informasi tentang dunia. Dukungan informasi terjadi dan diberikan oleh keluarga dalam bentuk nasehat, saran dan diskusi tentang bagaimana cara mengatasi atau memecahkan masalah yang ada), **dukungan emosional** (berfungsi sebagai pelabuhan istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional serta meningkatkan moral keluarga. Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional dengan semua tingkah laku yang mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati, dan dicintai, dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian), **dukungan instrumental** (keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkret. Dukungan instrumental merupakan dukungan yang diberikan oleh keluarga secara langsung yang meliputi bantuan material seperti memberikan tempat tinggal, meminjamkan atau memberikan uang dan bantuan dalam mengerjakan tugas rumah sehari-hari), dan **dukungan penilaian/penghargaan** (keluarga



bertindak sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan memerantai pemecahan masalah dan merupakan sumber validator identitas anggota. Dukungan penghargaan terjadi melalui ekspresi penghargaan yang positif melibatkan pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa orang lain yang berbanding positif antara individu dengan orang lain) (Syahrir, 2014).

Eagly & Chaiken (1993) dalam (Nurihwani, 2017), menyatakan bahwa pihak yang memberikan dukungan (motivator) sangat berperan dalam memotivasi individu untuk merubah perilakunya. Makin tinggi status pihak yang memberi dukungan makin besar kemungkinan individu merubah perilakunya. Menurut (Notoadmodjo, 2007), lingkungan keluarga merupakan faktor yang dominan dalam merubah perilaku seseorang. Menurut Bandura (1986) dalam (Nurihwani, 2017), jika kita mau seseorang melakukan perubahan maka penting untuk memberikan penghargaan untuk perilaku tersebut.

b. Dukungan petugas kesehatan

Motivasi merupakan satu penggerak dari dalam hati seseorang untuk melakukan atau mencapai suatu tujuan. Petugas kesehatan memiliki pengaruh bagi masyarakat dalam memanfaatkan suatu pelayanan kesehatan. Pengaruh tersebut dapat berupa dukungan atau motivasi dari petugas kesehatan yang menjadi faktor pendorong



dalam pemanfaatan klinik VCT. Motivasi tersebut khususnya dalam bentuk dukungan informasi baik berupa informasi tentang carapenularan HIV dan pencegahannya, serta memberikan motivasi kepada masyarakat guna melakukan pemeriksaan HIV secara sukarela (Hidayah, 2016).

Menurut hasil penelitian Alcorn (2007) dalam (Khairurrahmi, 2009) salah satu faktor terpenting untuk menentukan apakah ODHA tetap melakukan pengobatannya atau tidak adalah keyakinan terhadap pelayanan kesehatan. Oleh karena itu perlu peningkatan kualitas pelayanan perawatan, pengobatan maupun konseling yang diberikan oleh tenaga – tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan ODHA.

Menurut Wahyunita (2014), petugas kesehatan memiliki pengaruh bagimasyarakat dalam memanfaatkan suatu pelayanan kesehatan. Pengaruh tersebut dapat berupa dukungan petugas kesehatan yang menjadi faktor pendorong dalam pemanfaatan klinik VCT. Dukungan tenaga kesehatan khususnya dalam bentuk dukungan informasi baik berupa informasi tentang cara penularan HIV dan pencegahannya, serta memberikan motivasi kepada masyarakat guna melakukan pemeriksaan HIV secara sukarela. Berdasarkan hasil penelitian (Siwi, 2018), responden (usia 25 – 49 tahun) yang tidak memanfaatkan layanan klinik VCT mayoritas mendapatkan dukungan tenaga kesehatan yang



rendah sebanyak 40 orang (62,5%) dan responden yang memanfaatkan layanan klinik VCT mendapatkan dukungan tenaga kesehatan yang tinggi yaitu sebanyak 29 orang (51,8%). Berdasarkan hasil analisis menggunakan uji *Chi-square* dengan nilai *p value* sebesar 0,036 yang berarti bahwa ada hubungan dukungan tenaga kesehatan dengan pemanfaatan layanan klinik VCT di RSUD Dr. Moewardi tahun 2018.

Penelitian Rahmadhani (2014) menyatakan bahwa dukungan petugas kesehatan memberikan pengaruh yang besar terhadap pemanfaatan VCT, responden menilai dukungan petugas yang baik membuat responden mau memanfaatkan VCT ( $p = 0,000$ ). Hal yang sama juga didapat dari penelitian yang dilakukan oleh Muhartini dkk (2013) bahwa dengan hasil uji regresi logistik ditemukan yang sangat berpengaruh terhadap pemanfaatan klinik VCT adalah dukungan petugas kesehatan ( $\exp B = 3,819$ ). Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar responden menilai petugas berperan baik dalam kesediaannya melakukan VCT. Peran serta petugas dalam kesediaan WPS melakukan VCT dapat berupa pemberian informasi yang memadai mengenai VCT, memberikan dorongan motivasi kepada WPS agar bersedia VCT, mendampingi WPS ketika melakukan VCT, mengajak dan mengingatkan ketika diadakan VCT *mobile*. Berdasarkan penilaian responden (WPS), petugas mempunyai andil besar dalam kesediaannya melakukan



VCT. Petugas memberikan penyuluhan guna pemberian informasi, terbukti dengan pengetahuan para WPS yang baik meskipun tingkat pendidikan mereka rendah. Menurut responden (WPS), para petugas dengan sabar, profesional dan terampil mengajak serta memberikan dorongan motivasi pada dirinya untuk bersedia melakukan VCT (Puspitasari, 2016).

c. Dukungan teman sebaya

Kelompok dukungan sebaya berperan mengurangi stigma dan diskriminasi melalui hubungan pertemanan dan pendekatan dengan pelaku stigma dan diskriminasi. Kelompok dukungan sebaya juga melakukan advokasi ke RS dan masyarakat, dan mengajak keluarga dalam pertemuan kelompok dukungan sebaya. Kelompok ini membantu komunikasi dengan keluarga dan masyarakat. Penyediaan informasi tentang penularan HIV dan ketersediaan ARV dapat mengurangi stigma (Tasa, 2016).

Dorongan dari orang lain untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan akan berpengaruh untuk pengambilan keputusan oleh seseorang. Pada penelitian yang dilakukan pada wanita pekerja seksual (WPS) ditemukan bahwa, dorongan dari teman dekat dapat membuat WPS memanfaatkan layanan VCT keliling (Setiawan, 2011). Kontinuitas dorongan dari teman yang terkait mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap pemanfaatan klinik VCT (Indriyani, 2012).





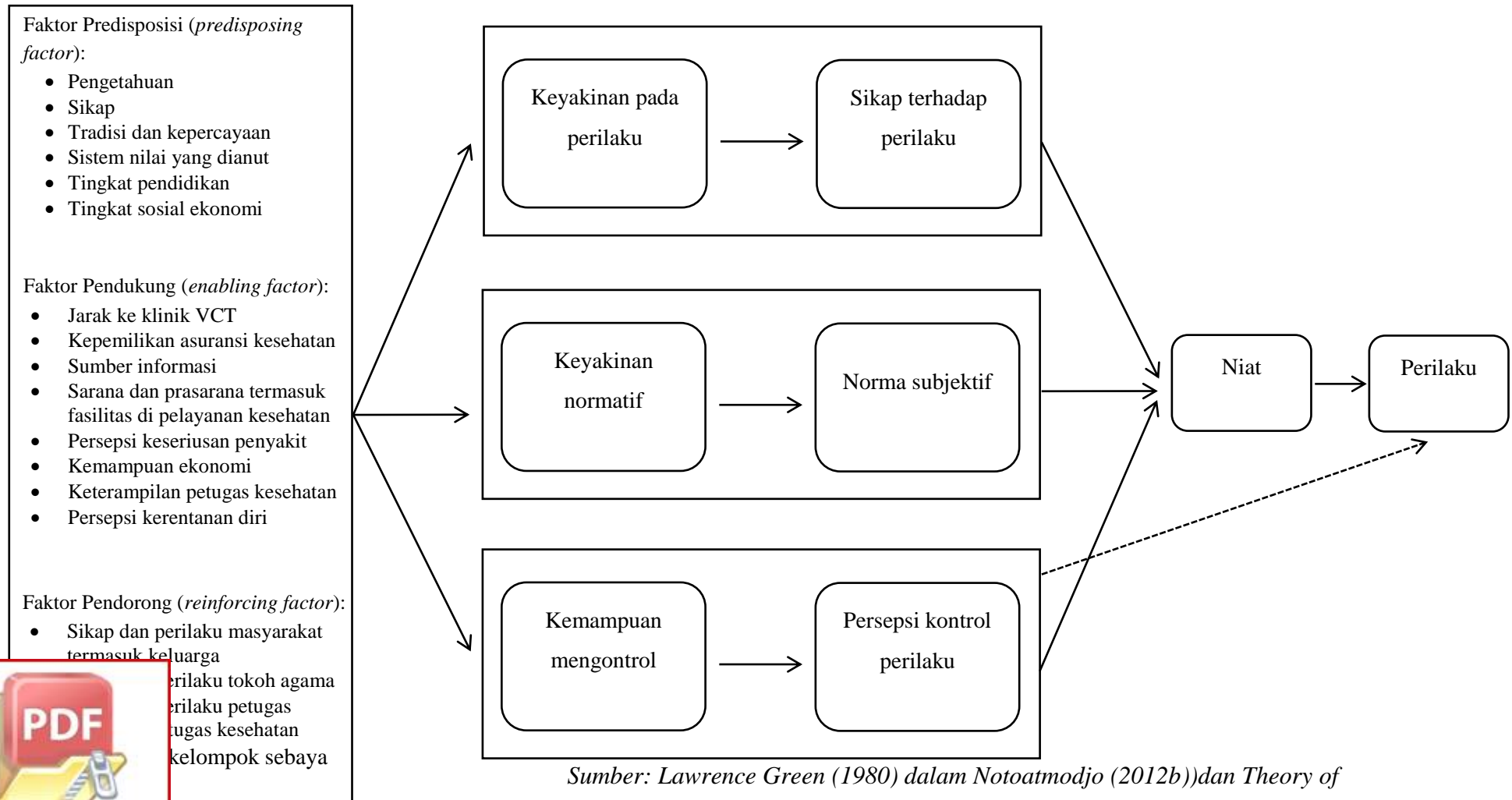
Kelompok dukungan sebaya juga berperan membantu odha yang sering mengalami depresi dimana sesuai dengan penelitian (Yaumin, 2014), penderita HIV/AIDS yang mengunjungi poli VCT sebanyak 55,8% mengalami depresi. Kelompok dukungan sebaya selain berperan mengurangi stigma dan diskriminasi juga berperan dalam kepatuhan ARV. Pada penelitian (Kamila, 2010), juga menyatakan bahwa KDS (kelompok dukungan sebaya) memiliki peran bagi ODHA untuk patuh melaksanakan terapi ARV selain keyakinan diri dan kerentanan atas penyakit.

Menurut Ajzen (2005), motivasi orang terdekat yang dianggap penting juga mempengaruhi norma subyektif seseorang dalam mengambil keputusan untuk berperilaku. Sehingga dukungan orang terdekat pada penelitian yang dilakukan pada Ibu Hamil dengan HIV/AIDS menganggap bahwa layanan VCT penting memberi pengaruh pada keputusan ibu hamil untuk memanfaatkan layanan VCT. Dengan adanya saran dari orang terdekat, dapat memberikan informasi responden agar dapat memanfaatkan layanan VCT. Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2014) terlihat bahwa sebagian responden yang memiliki informasi dari motivasi orang – orang terdekat memberi pengaruh pada keputusan ibu hamil untuk berniat memanfaatkan layanan VCT.





## D. Kerangka Teori



Sumber: Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2012b)) dan Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 2005) dalam (Sari, 2014)

Gambar 2. Kerangka Teori