

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP  
WANITA PEKERJA SEKS (WPS)  
TERHADAP PROGRAM VCT HIV/AIDS  
DI KOTA MAKASSAR**



Oleh :

**Jaury Prawiro Sutjianto  
C 111 02 175**

**Pembimbing / Penguji :**

**dr. Irwin Aras, M.Epid  
Dr. dr. A. Armyrn Nurdin, M.Sc  
Dr. dr. Sri Ramadany, M. Kes**

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT DAN  
ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Hasil penelitian dengan judul : **“GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP WANITA PEKERJA SEKS (WPS) TERHADAP PROGRAM VCT HIV/AIDS DI KOTA MAKASSAR”** oleh :

Nama : JAURY PRAWIRO SUTJIANTO

Stambuk : C 111 02 175

Telah disetujui untuk dibacakan pada Seminar Hasil di Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar pada:

Hari, tanggal : Jumat, 15 November 2013

Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Ruang Seminar PB.622 IKM & IKK  
Fakultas Kedokteran UNHAS

Makassar, 15 November 2013

Mengetahui,

Pembimbing

dr. Irwin Aras, M.Epid

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK**

**Skripsi dengan judul :**

**“Gambaran Pengetahuan dan Sikap Wanita Pekerja Seks (WPS)  
Terhadap Program VCT HIV/AIDS di Kota Makassar“**

**Makassar, 15 November 2013**

**Pembimbing,**

**dr. Irwin Aras, M.Epid**

**PANITIA SIDANG UJIAN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**MAKASSAR**

Skripsi dengan judul **“Gambaran Pengetahuan dan Sikap Wanita Pekerja Seks Terhadap Program VCT HIV/AIDS di Kota Makassar”**, telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi di Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin pada :

Hari/Tanggal : Jumat, 15 November 2013

Waktu : 10.00 WITA

Tempat : Ruang Seminar PB.622 IKM & IKK  
Fakultas Kedokteran UNHAS

**Ketua Tim Penguji,**

**dr. Irwin Aras, M.Epid**

**Anggota Tim Penguji,**

**Dr. dr. A. Armyn Nurdin, M.Sc**

**Dr. dr. Sri Ramadany, M.Kes**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan skripsi ini sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan tugas kepaniteraan klinik pada bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul :

**“ Gambaran Pengetahuan dan Sikap Wanita Pekerja Seks (WPS) Terhadap Program VCT HIV/AIDS di Kota Makassar “.**

Keberhasilan penyusunan skripsi ini adalah berkat bimbingan, arahan serta bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak sehingga segala rintangan, tantangan dan hambatan yang dimulai dari tahap persiapan, pelaksanaan penelitian, pengolahan data hingga penyusunan akhir skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

Pada kesempatan ini penulis dengan segenap kerendahan hati menghaturkan penghargaan dan ucapan terima kasih yang tulus dan sebesar-besarnya kepada :

1. dr. Irwin Aras, M.Epid selaku pembimbing yang dengan kesediaan, keikhlasan dan kesabaran dapat meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dalam menyelesaikan tugas ini.
2. Orang tua, saudara-saudara dan keluarga.
3. Pimpinan beserta seluruh staf Universitas Hasanuddin Makassar.

4. Pimpinan beserta seluruh staf Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
5. Pimpinan beserta seluruh staf bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
6. Gubernur beserta seluruh staf Daerah Tk. I Provinsi Sulawesi Selatan.
7. Pimpinan beserta seluruh staf UPT.P2T-BKPMD Provinsi Sulawesi Selatan.
8. Walikota beserta seluruh staf kota Makassar.
9. Pimpinan beserta seluruh staf Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kota Makassar.
10. Pimpinan beserta seluruh staf Kantor Kecamatan Wajo Kota Makassar.
11. Pimpinan beserta seluruh staf Kantor Kelurahan Pattunuang, Kec. Wajo Kota Makassar.
12. Pimpinan beserta seluruh staf Kantor Kelurahan Melayu Baru, Kec. Wajo Kota Makassar.
13. Teman-teman responden.
14. Teman-teman mahasiswa kepaniteraan klinik bagian IKM dan IKK.
15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapat berkat dan karunia-Nya atas berbagai bantuan, dorongan, semangat, dukungan dan doa yang telah diberikan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan, jauh dari kesempurnaan mengingat keterbatasan ilmu, dan kemampuan yang dimiliki. Oleh

karena itu, dengan hati terbuka mengharapkan tanggapan dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan tulisan ini.

Akhir kata, semoga tulisan ini dapat memberikan manfaat sebagaimana yang diharapkan, khususnya bagi penulis dan para pembaca pada umumnya.

Makassar, 8 November 2013

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	viii
RINGKASAN	xiv
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Batasan Masalah	2
1.4 Tujuan Penelitian	3
1.4.1 Tujuan Umum	3
1.4.2 Tujuan Khusus	3
1.5 Manfaat Penelitian	3
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan	4
2.2 Tinjauan Umum Tentang Sikap	6

2.3 Tinjauan Umum Tentang Wanita Pekerja Seks	8
2.4 Tinjauan Umum Tentang VCT	10
2.4.1 Definisi	10
2.4.2 Peran Konseling dan Testing Sukarela (VCT)	11
2.4.3 Prinsip Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Sukarela (VCT)	12
2.4.4 Model Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Sukarela (VCT)	13
2.4.5 Sasaran Konseling dan Testing HIV/AIDS (VCT)	14
2.4.6 Petugas Pelayanan VCT	15
2.4.7 Tahapan Pelayanan VCT	16
2.5 Tinjauan Tentang HIV/AIDS	20
2.5.1 Epidemiologi	20
2.5.2 Etiologi	22
2.5.3 Masa Inkubasi	22
2.5.4 Cara Penularan	22
2.5.5 Gambaran Klinis dan Diagnosis	23
2.5.6 Penatalaksanaan	25
2.5.7 Pencegahan	25
2.5.8 Konseling	26
<b>BAB III. KERANGKA KONSEP</b>	
3.1 Dasar Pemikiran Variabel Penelitian	27
3.2 Definisi Operasional	29

3.2.1 Pengetahuan Tentang HIV/AIDS	29
3.2.2 Pengetahuan Tentang Program VCT HIV/AIDS	30
3.2.3 Sikap Berkaitan Dengan Keyakinan Mengenai Konseling dan Testing HIV	31
3.2.4 Sikap Berkaitan Dengan Keyakinan Mengenai Status HIV	33
<b>BAB IV. METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Jenis Penelitian	35
4.2 Waktu Penelitian	35
4.3 Lokasi Penelitian	35
4.4 Populasi dan Sampel	35
4.4.1 Populasi	35
4.4.2 Sampel	36
4.4.3 Cara Pengambilan Sampel	37
4.4.4 Kriteria Seleksi	37
4.5 Manajemen Data	37
4.5.1 Pengumpulan Data	37
4.5.2 Pengolahan Data	37
4.5.3 Penyajian Data	38
4.6 Etika Penelitian	38
<b>BAB V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
5.1 Hasil Penelitian	39
5.2 Pembahasan	45

5.2.1 Pembahasan Terkait Keikutsertaan Dalam Program VCT	45
5.2.2. Pembahasan Terkait Pengetahuan Mengenai HIV/AIDS dan Program VCT	46
5.2.3 Pembahasan Terkait Sikap Mengenai Konseling, Testing, dan Status HIV	47
<b>BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
6.1 Kesimpulan	48
6.2 Saran	48
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	50
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 3.1. Kerangka konsep variabel penelitian	28

## **DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 5.1. Karakteristik Subjek berkaitan Demografi	39
Tabel 5.2. Karakteristik Subjek berkaitan Program VCT	41
Tabel 5.3. Karakteristik Subjek berkaitan Pengetahuan dan Sikap	44

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Kuesioner Penelitian
2. Master Tabel Penelitian
3. Surat Ijin Penelitian dari Bagian IKM & IKK Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin
4. Surat Ijin Penelitian dari Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan
5. Surat Ijin Penelitian dari Pemerintah Kota Makassar
6. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

## DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ARC	: <i>AIDS-Related Complex</i>
ART	: <i>Anti-Retroviral Therapy</i>
ARV	: <i>Anti-Retroviral</i>
ELISA	: <i>Enzyme Linked Immunosorbent Assay</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Syndrome</i>
IDU	: <i>Injecting Drug Use</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
KB	: Keluarga Berencana
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif
PCR	: <i>Pollymerase Chain Reaction</i>
PGL	: <i>Persistent Generalized Lymphadenopathy</i>
PSK	: Pekerja Seks Komersial
RNA	: <i>Ribonucleic Acid</i>
TB	: <i>Tuberculosis</i>
VCT	: <i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WPS	: Wanita Pekerja Seks
WTS	: Wanita Tuna Susila

## **RINGKASAN**

**Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**dan Ilmu Kedokteran Komunitas**

**Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin**

**Makassar 2013**

Jaury Prawiro Sutjipto

**“ Gambaran Pengetahuan dan Sikap Wanita Pekerja Seks (WPS) Terhadap Program VCT HIV/AIDS di Kota Makassar”**

xv + 51 halaman + 1 skema + 3 tabel + 6 lampiran

Salah satu masalah dalam bidang kesehatan yang menjadi sorotan dunia oleh karena tingkat morbiditas dan mortalitasnya serta tingkat penularannya yang tinggi adalah HIV/AIDS. Wanita pekerja seks sebagai salah satu kelompok masyarakat, juga termasuk dalam kelompok resiko tinggi HIV/AIDS, berkaitan dengan pekerjaan mereka. Atas dasar permasalahan di atas, penelitian tentang “Pengetahuan dan sikap wanita pekerja seks (WPS) terhadap program VCT HIV/AIDS di kota Makassar” dianggap cukup penting.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana wanita pekerja seks mengetahui dan menyadari pentingnya program VCT HIV/AIDS ini sehubungan dengan pekerjaan mereka sehari-hari.

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif, yang memberikan gambaran mengenai pengetahuan dan sikap dari wanita pekerja seks tentang program VCT dan HIV/AIDS.

Jumlah subjek yang diteliti sebanyak 63 orang. Subjek penelitian memiliki pengetahuan yang baik mengenai HIV/AIDS (n = 58, 92.1%) dan 5 subjek (7.9%) yang kurang memiliki pengetahuan mengenai HIV/AIDS. Pengetahuan mengenai program VCT juga sebagian besar telah dimiliki dengan baik oleh para subjek penelitian (n = 61, 96.8%) dan sebanyak 2 subjek (3.2%) memiliki pengetahuan kurang mengenai program VCT. Data mengenai sikap para subjek penelitian mengenai konseling/testing HIV dan status HIV memberikan hasil 100% (n = 63 subjek) bersikap positif terhadap kedua hal ini dan tidak ada subjek penelitian yang memiliki sikap negatif.

Dari hasil penelitian diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa pengetahuan dan sikap wanita pekerja seks di kota Makassar tergolong baik terhadap program VCT HIV/AIDS.

**Kata kunci** : pengetahuan, sikap, WPS, VCT, HIV/AIDS.

**Daftar pustaka** : 11, (2000-2010)

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG MASALAH**

Kesehatan merupakan masalah yang sangat penting dalam hidup manusia. Berbagai daya dan upaya dilakukan untuk memperoleh tubuh yang sehat, oleh karena tanpa kesehatan kita tidak dapat melakukan aktivitas. Masalah dalam bidang kesehatan pun beraneka ragam, baik yang ringan sampai yang mematikan.

Salah satu masalah dalam bidang kesehatan yang menjadi sorotan dunia oleh karena tingkat morbiditas dan mortalitasnya serta tingkat penularannya yang tinggi adalah HIV/AIDS. Estimasi yang dilakukan pada tahun 2006 diperkirakan di Indonesia terdapat sekitar 193.000 orang terinfeksi HIV, sedangkan data sampai dengan Desember 2009 tercatat 18.442 orang hidup dengan HIV/AIDS. (Departemen Kesehatan RI, 2010)<sup>1</sup>

Berbagai golongan masyarakat yang digolongkan sebagai kelompok resiko tinggi, antara lain pengguna NAPZA suntik, wanita pekerja seks (WPS) beserta dengan kliennya, pelaku hubungan seksual sejenis (homoseksual), tenaga paramedis yang berhubungan dengan pemeriksaan darah atau para petugas laboratorium. Di Indonesia sendiri termasuk di Makassar, kelompok yang paling banyak terinfeksi oleh AIDS adalah para pengguna NAPZA suntik, diikuti oleh para WPS dan kemudian oleh kaum homoseksual. Kebanyakan dari mereka yang berisiko tertular HIV tidak mengetahui akan status HIV mereka, apakah sudah

terinfeksi atau belum. Kemungkinan terjadinya risiko penyebaran infeksi HIV ke masyarakat umum tidak dapat diabaikan.<sup>2</sup>

Bahaya penularan HIV/AIDS pada wanita pekerja seks perlu dikendalikan sedemikian rupa sehingga tercapai suatu lingkungan yang sehat, aman, dan nyaman. WPS sebagai salah satu kelompok masyarakat, juga termasuk dalam kelompok resiko tinggi HIV/AIDS, berkaitan dengan pekerjaan mereka.<sup>2</sup>

Atas dasar permasalahan di atas, penelitian tentang “Pengetahuan dan sikap wanita pekerja seks (WPS) terhadap program VCT HIV/AIDS” dianggap cukup penting. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana WPS mengetahui dan menyadari pentingnya program VCT HIV/AIDS ini sehubungan dengan pekerjaan mereka sehari-hari sehingga diharapkan terjadi penurunan jumlah WPS yang tertular HIV/AIDS.

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang pemikiran di atas, maka rumusan masalah adalah ”Bagaimanakah pengetahuan dan sikap wanita pekerja seks (WPS) terhadap program VCT HIV/AIDS”.

## **1.3 BATASAN MASALAH**

Komunitas WPS di kota Makassar merupakan suatu populasi yang besar. Karena keterbatasan waktu, biaya dan kemampuan, maka penelitian ini kami hanya akan meneliti bagaimana pengetahuan dan sikap WPS terhadap program

VCT HIV/AIDS pada daerah di jalan Nusantara, kelurahan Pattunuang dan kelurahan Melayu Baru, kecamatan Wajo, kota Makassar.

## **1.4 TUJUAN PENELITIAN**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Memberikan gambaran pengetahuan dan sikap wanita pekerja seks (WPS) terhadap program VCT HIV/AIDS.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1.4.2.1 Memberikan gambaran pengetahuan wanita pekerja seks (WPS) terhadap program VCT HIV/AIDS.

1.4.2.2 Memberikan gambaran sikap wanita pekerja seks (WPS) terhadap program VCT HIV/AIDS.

## **1.5 MANFAAT PENELITIAN**

1.5.1 Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu bahan masukan bagi penentu kebijaksanaan di bidang kesehatan, LSM dan semua pihak yang terkait dalam program pelaksanaan VCT HIV/AIDS.

1.5.2 Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan dan merupakan referensi bagi peneliti berikutnya.

1.5.3 Bagi peneliti sendiri merupakan pengalaman yang berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan tentang pengetahuan dan sikap WPS terhadap program VCT HIV/AIDS melalui penelitian lapangan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 TINJAUAN UMUM TENTANG PENGETAHUAN**

Pengetahuan atau tahu ialah mengerti sesudah melihat atau menyaksikan, mengalami atau diajar. Pengertian pengetahuan dijelaskan oleh Ngatimin (1987) yaitu sebagai ingatan atas bahan-bahan yang telah dipelajari dan ini mungkin menyangkut tentang mengingat kembali sekumpulan bahan yang luas, dari hal-hal yang terinci untuk teori, tetapi apa yang diberikan ialah menggunakan ingatan akan keterangan yang sesuai.<sup>3</sup>

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.<sup>3</sup>

Pengetahuan adalah salah satu komponen dari perilaku yang menurut Bloom (1993) termasuk *cognitive domain*, terdiri dari 6 tingkat penerimaan, yaitu:

1. Tingkat Pengetahuan (*Knowledge*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Jadi pada tingkat ini seseorang hanya mampu

menjelaskan secara garis besar apa yang telah dipelajarinya, contohnya istilah-istilah saja.

2. Perbandingan Menyeluruh (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kesempatan untuk menjalankan secara benar, tentang objek diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap suatu objek harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan meramalkan suatu objek yang dipelajari. Jadi, pada tingkat ini seseorang telah mengetahui secara pokok pengertian sesuatu yang dipelajarinya serta telah mampu mengubah bentuk dan mengintegrasikan bahan.

3. Penerapan (*Application*)

Penerapan diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi yang baru atau pada kondisi yang sebenarnya (*real*). Jadi, pada tingkat ini seseorang telah mampu menggunakan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis diartikan sebagai kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Jadi, pada tingkat ini seseorang telah mampu menganalisis hubungan antara satu komponen dengan komponen lainnya dalam suatu organisasi tertentu. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dengan menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, dan lain-lain.

## 5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Jadi, pada tingkat ini seseorang telah mampu menyusun kembali pengetahuan yang diperolehnya ke dalam bentuk semula atau bentuk yang lain.

## 6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek. Penilaian tersebut berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.<sup>3</sup>

## 2.2 TINJAUAN UMUM TENTANG SIKAP

Sikap diartikan sebagai suatu bentuk kecenderungan untuk bertingkah laku, dapat juga diartikan sebagai bentuk respon evaluatif, yaitu suatu respon yang sudah dalam pertimbangan oleh individu yang bersangkutan. Sikap merupakan reaksi atau tanggapan balik dari seseorang terhadap sesuatu. Reaksi tersebut umumnya tertutup, artinya tidak dapat segera dilihat, hanya ditafsirkan. Sikap bukanlah suatu tindakan, tetapi merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak.<sup>3</sup>

Sikap telah didefinisikan dalam berbagai versi oleh para ahli, di antaranya Campbell (1982) yang mengemukakan sikap adalah sindrom respon yang konsisten dengan penghargaan terhadap objek sosial.

Krech (1982) mendefinisikan sikap sebagai suatu sistem evaluasi positif atau negatif, perasaan emosi serta pro atau hubungan tendensi yang nantinya akan menghargai objek sosial.

Cardno (1955) mendefinisikan sikap sebagai predisposisi nyata dengan respon terhadap objek sosial dimana dalam interaksi dengan situasi dan variabel disposisi lainnya, membentuk suatu overt behaviour (tindakan nyata seseorang terhadap stimulus).

Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 komponen, yaitu:

1. Kepercayaan atau keyakinan ide dan konsep terhadap suatu objek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
3. Kecenderungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap ini, pengetahuan berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.<sup>3</sup>

Sikap termasuk dalam *affective domain*. Sikap seseorang dalam penerimaan suatu masalah dapat dibagi menjadi beberapa tingkatan, yaitu:

1. *Receiving*

Bila seseorang menyadari adanya sesuatu dan mulai menaruh perhatian pada masalah tersebut.

2. *Responding*

Bila seseorang telah mampu memberikan perhatian dan berpartisipasi dalam masalah tersebut.

### 3. *Valuing*

Bila seseorang telah mampu menilai, karena telah mampu menghayati permasalahan dan melaksanakannya.

### 4. *Organization*

Bila seseorang telah mampu menilai nilai-nilai yang mereka pertentangkan untuk mencapai nilai baru.

### 5. *Characterization by a value complex*

Bila seseorang telah berbuat dalam suatu nilai yang diperolehnya dari secara keseluruhan.

Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, pengaruh orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu.<sup>3</sup>

## **2.3 TINJAUAN UMUM TENTANG WANITA PEKERJA SEKS**

Keputusan untuk berprofesi sebagai pekerja seks komersial yang lazim disebut sebagai PSK (*commercial sex worker*) dilatarbelakangi oleh beberapa hal seperti; impitan ekonomi, *broken-home*, ketidakharmonisan dalam hubungan seks dengan pasangannya, dll. Diantara penyebab tersebut, faktor ekonomi merupakan faktor yang paling dominan, terlebih lagi krisis ekonomi dan politik yang menimpa Indonesia dalam dasawarsa terakhir yang telah memaksa beberapa orang untuk bergelut dalam profesi itu.<sup>4</sup>

Pekerja seks komersial adalah seseorang yang menjual dirinya dengan melakukan hubungan seks untuk tujuan ekonomi. Secara umum ada dua pelaku pekerja seks komersial yaitu; laki-laki yang sering disebut sebagai gigolo dan perempuan yang sering disebut wanita tuna susila (WTS) / wanita pekerja seks (WPS). Konsumen pekerja seks komersial dibagi menjadi dua yaitu; konsumen lokal dan konsumen asing. Konsumen lokal yaitu konsumen yang berasal dari kalangan pekerja industri pariwisata, sopir, dan wisatawan lokal. Konsumen asing adalah konsumen yang berasal dari kalangan wisatawan asing dan orang asing yang berbisnis dan tinggal di Indonesia.<sup>4</sup>

Berdasarkan modus operasinya, pekerja seks komersial dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu: pekerja seks jalanan dan pekerja seks terselubung. Pekerja seks komersial jalanan biasanya beroperasi secara terbuka di jalan-jalan yang dilewati wisatawan, di dalam bar, restoran, dan karaoke. Mereka umumnya berasal dari keluarga miskin atau tidak mampu dari berbagai daerah di Indonesia. Biasanya, mereka memiliki dan mengadakan perjanjian-perjanjian khusus seperti penentuan tarif, lokasi, dan pelayanan. Walaupun hanya memiliki kemampuan berbahasa asing yang sangat terbatas, mereka bisa dengan leluasa beroperasi dan berkomunikasi dengan calon pelanggannya karena didukung oleh bahasa tubuh (*body language*).<sup>4</sup>

Pekerja seks terselubung biasanya beroperasi secara tersembunyi yang sering kali menyamar sebagai pemandu wisata *illegal* dan *freelance*, pedagang asong, pegawai salon kecantikan. Profesi aslinya sangat berpeluang untuk mencari kerja sampingan. Mereka biasanya memanfaatkan waktu kerjanya untuk

menggoda dan merayu calon pelanggannya dengan berbagai cara untuk mengadakan pendekatan. Upaya pendekatan yang dilakukan untuk mendapatkan pelanggan antara lain; dengan menawarkan diri sebagai teman, teman kencan, dan pemandu wisata. Kedekatan hubungan ini biasanya terus berlanjut walaupun pelanggannya sudah tidak berada di daerah yang sama. Setidaknya mereka masih terus berkomunikasi dengan berbagai sarana seperti; telepon, surat, dan email.<sup>4</sup>

Kedekatan hubungan antara pekerja seks komersial dengan pelanggannya sering kali berlanjut sehingga tidak jarang digunakan sebagai sumber dana untuk biaya hidup seperti; tempat tinggal, makan dan minum, serta kebutuhan sehari-hari. Sebagian hubungannya terus berlanjut hingga ke pelaminan atau perkawinan.<sup>4</sup>

## **2.4 TINJAUAN UMUM TENTANG VCT**

### **2.4.1 Definisi**

VCT adalah singkatan dari *Voluntary Counseling and Testing* untuk HIV/AIDS. Ini merupakan program untuk mencegah penularan HIV/AIDS bagi mereka yang memiliki faktor resiko, serta memberikan perawatan dan dukungan bagi mereka yang telah terinfeksi HIV/AIDS. Masih banyak masyarakat yang tidak menyadari bahwa mereka telah terinfeksi, sehingga VCT sangat bermanfaat untuk mengontrol penyebaran HIV/AIDS.<sup>5</sup>

VCT ini berdurasi selama 45 menit, yang meliputi waktu untuk melakukan konseling HIV/AIDS, melakukan tes HIV, dan komitmen perubahan perilaku yang positif. VCT ini telah menjadi populer di Afrika sebagai sarana bagi

seseorang untuk mempelajari status HIV-nya. Di dalam VCT ada 2 kegiatan utama yakni konseling dan tes HIV.<sup>5</sup>

#### **2.4.2 Peran Konseling dan Testing Sukarela (VCT)**

VCT merupakan pintu masuk penting untuk pencegahan dan perawatan HIV. Adapun peranan VCT, antara lain yaitu:

- Normalisasi HIV/AIDS
- Manajemen diri infeksi oportunistik & IMS; introduksi ARV
- Terapi pencegahan dan perawatan reproduksi
- Memfasilitasi perubahan perilaku

Konseling dan testing sukarela yang dikenal sebagai *Voluntary Counseling Testing* (VCT) merupakan salah satu strategi kesehatan masyarakat dan sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV/AIDS berkelanjutan.

1. Layanan VCT dapat dilakukan berdasarkan kebutuhan klien pada saat klien mencari pertolongan medik dan testing yaitu dengan memberikan layanan dini dan memadai baik kepada mereka dengan HIV positif maupun negatif. Layanan ini termasuk konseling, dukungan, akses untuk terapi suportif, terapi infeksi oportunistik dan ART.
2. VCT harus dikerjakan secara profesional dan konsisten untuk memperoleh intervensi efektif dimana memungkinkan klien, dengan bantuan konselor terlatih, menggali dan memahami diri akan resiko infeksi HIV, mendapatkan informasi HIV/AIDS, mempelajari status dirinya, dan mengerti tanggung jawab untuk menurunkan perilaku beresiko dan mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain guna mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.

3. Testing HIV dilakukan secara sukarela tanpa paksaan dan tekanan, segera setelah klien memahami berbagai keuntungan, konsekuensi dan resiko.<sup>1</sup>

### **2.4.3 Prinsip Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Sukarela (VCT)**

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

Pemeriksaan HIV hanya dilaksanakan atas dasar kerelaan klien, tanpa paksaan dan tanpa tekanan. Keputusan untuk dilakukan testing terletak di tangan klien. Kecuali testing HIV pada darah donor di unit transfusi 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, *IDU*, rekrutmen pegawai/tenaga kerja Indonesia, dan asuransi kesehatan.

#### **2. Saling mempercayai dan terjaminnya kerahasiaan**

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

#### **3. Mempertahankan hubungan relasi konselor-klien yang efektif**

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

#### 4. Testing merupakan salah satu komponen dari VCT

WHO dan Departemen Kesehatan RI telah memberikan pedoman yang dapat digunakan untuk melakukan testing HIV. Penerimaan hasil testing senantiasa diikuti oleh konseling pasca testing oleh konselor yang sama atau konselor lainnya yang disetujui oleh klien.<sup>1</sup>

#### **2.4.4 Model Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Sukarela (VCT)**

Pelayanan VCT dapat dikembangkan di berbagai 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 yang cukup mudah dimengerti.<sup>1</sup>

Model layanan VCT terdiri dari :

##### 1. Mobile VCT (Penjangkauan dan Keliling)

Layanan konseling dan testing HIV/AIDS 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/AIDS di wilayah tertentu. Layanan ini diawali dengan survei atau penelitian atas kelompok masyarakat di wilayah tersebut dan survei tentang layanan kesehatan dan layanan dukungan lainnya di daerah setempat.

##### 2. Statis VCT (Klinik VCT Tetap)

Pusat konseling dan testing HIV/AIDS 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/AIDS, layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan terkait dengan HIV/AIDS.

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

1. Pelayanan VCT di sarana kesehatan seperti rumah sakit
2. Pelayanan VCT di sarana kesehatan lainnya :
  - 2.1. Pusat Kesehatan Masyarakat
  - 2.2. Keluarga Berencana (KB)
  - 2.3. Klinik KIA untuk Pencegahan Penularan Ibu-Anak
  - 2.4. Infeksi menular Seksual (Sexual Transmitted Infections = STI)
  - 2.5. Terapi Tuberkulosa
  - 2.6. LSM

Layanan ini dapat dikelola oleh pemerintah dan masyarakat.<sup>1</sup>

#### **2.4.5 Sasaran Konseling dan Testing HIV/AIDS (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 ke pelayanan VCT disebut dengan klien. Sebutan klien dan bukan pasien merupakan salah satu pemberdayaan dimana klien akan berperan aktif di dalam proses konseling. Tanggung jawab klien dalam konseling adalah bersama mendiskusikan hal - hal yang terkait dengan informasi akurat dan lengkap tentang HIV/AIDS, perilaku berisiko, testing HIV dan pertimbangan yang terkait dengan hasil negatif atau positif.<sup>1</sup>

Secara umum target/sasaran program VCT ini antara lain :

- Pekerja seks komersil
- Homoseksual/*Man have sex with man* (MSM)
- Pengguna narkoba suntik/injeksi (*IDUs*)
- Pasien dengan gejala klinisnya menyerupai HIV
- Mereka yang terekspos dengan peralatan yang terkontaminasi HIV; misalnya dokter/paramedis. Petugas kesehatan mempunyai resiko tinggi tertular HIV karena bidang pekerjaannya dalam hal ini merawat dan melakukan pengobatan kepada klien yang terinfeksi.
- Mereka yang datang dari daerah dengan tingkat prevalensi HIV yang tinggi/ sering mobilisasi; misalnya pengungsi, migran, militer, pelayar.
- Partner seksual dari pengidap HIV/AIDS.<sup>1</sup>

#### **2.4.6 Petugas Pelayanan VCT**

Layanan VCT harus mempunyai sumber daya manusia yang sudah terlatih dan kompeten. Petugas pelayanan VCT terdiri dari :

1. Kepala klinik VCT.
2. Dua orang konselor VCT terlatih sesuai dengan standar WHO atau lebih sesuai dengan kebutuhan.
3. Petugas manajemen kasus.
4. Seorang petugas laboratorium dan atau seorang petugas pengambil darah yang berlatar belakang perawat.
5. Seorang dokter yang bertanggung jawab secara medis dalam penyelenggaraan layanan VCT.

6. Petugas administrasi untuk data *entry* yang sudah mengenal ruang lingkup pelayanan VCT.
7. Petugas jasa kantor atau pekarya kantor.
8. Petugas keamanan yang sudah mengenal ruang lingkup pelayanan VCT.
9. Tenaga lain sesuai kebutuhan, misalnya relawan.

Semua petugas layanan VCT bertanggung jawab atas kerahasiaan klien. Klien akan menanda tangani dokumen kerahasiaan terlebih dahulu yang memuat perlindungan dan kerahasiaan klien. Pendokumentasian data harus dipersiapkan secara tepat dan cepat agar memudahkan dalam pelayanan.<sup>1</sup>

#### **2.4.7 Tahapan Pelayanan VCT**

##### **1. Konseling Pra VCT**

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 standar pelatihan nasional.

##### **2. Informed Consent**

Semua klien sebelum menjalani testing HIV harus memberikan persetujuan tertulisnya.

Aspek penting di dalam persetujuan tertulis itu adalah sebagai berikut :

1. Klien diberi penjelasan cukup tentang resiko dan dampak sebagai akibat dari tindakannya dan klien menyetujuinya.
2. Klien mempunyai kemampuan menangkap pengertian dan mampu menyatakan persetujuannya (secara intelektual dan psikiatris).

3. Klien tidak dalam paksaan untuk memberikan persetujuan meski konselor memahami bahwa mereka memang sangat membutuhkan pemeriksaan HIV.
4. Untuk klien yang tidak mampu mengambil keputusan bagi dirinya karena keterbatasan dalam memahami informasi maka tugas konselor untuk berlaku jujur dan objektif dalam menyampaikan informasi sehingga klien memahami dengan benar dan dapat menyatakan persetujuannya.

Sedangkan untuk *informed consent* bagi anak ditinjau dari aspek hukum anak mempunyai keterbatasan kemampuan berpikir dan menimbang ketika berhadapan dengan HIV/AIDS. Jika mungkin anak didorong untuk menyertakan orang tua/wali di layanan kesehatan. Meskipun demikian jika anak tidak menghendaki orang tua/wali, bukan berarti ia tidak diperbolehkan mendapatkan informasi layanan yang tepat.

Batasan umur anak untuk dapat menyatakan persetujuan pemeriksaan yaitu ketika anak telah dapat berkembang pikiran abstrak dan logikanya, yakni pada umur 12 tahun. Secara hukum seseorang dianggap dewasa ketika seorang laki-laki berumur 19 tahun dan perempuan berumur 16 tahun atau pernah menikah.

Orang tua dapat memberikan persetujuan konseling dan testing HIV/AIDS untuk anaknya. Namun sebelum meminta persetujuan, konselor telah melakukan penilaian akan situasi anak, apakah melakukan testing lebih baik atau tidak.

### 3. Testing HIV dalam VCT

Kegiatan kedua dalam VCT adalah tes HIV itu sendiri. Tes HIV umumnya dilakukan dengan cara mendeteksi antibodi dalam darah seseorang. Antibodi

adalah suatu zat yang dihasilkan sistem kekebalan tubuh manusia sebagai reaksi membendung serangan bibit penyakit yang masuk. Tes HIV berbasis deteksi antibodi paling tidak ada 3 kelompok yakni (1) *Rapid Test*, (2) *Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA)*; dan (3) *Western Blot*. Tes ELISA dan *Western blot* biasanya digunakan sebagai tes konfirmasi dan tersedia di rumah-rumah sakit besar atau RSU tingkat propinsi. Rapid test sendiri merupakan tes HIV yang dilakukan pada pusat-pusat VCT pada umumnya, yaitu tes yang menggunakan sampel darah ataupun apusan mukosa pipi bagian dalam untuk mendeteksi reaktivasi HIV dalam tubuh seseorang. Pemeriksaan status serologik melalui cara ini sangat mudah, murah dan memberikan akurasi yang tinggi dalam waktu 15 menit. Namun kelemahan alat tes HIV berbasis antibodi adalah kenyataan bahwa tubuh manusia biasanya baru menghasilkan antibodi yang mengandung HIV setelah 6 minggu sampai 3 bulan. Di bawah waktu itu, meskipun orang ini dites, hasilnya kemungkinan masih negatif tetapi ia sudah bisa menularkan virus HIV ini kepada orang lain. Inilah yang disebut *window periode*. Oleh karena itu, kebanyakan hasil tes negatif adalah negatif palsu dan orang tersebut biasanya tetap diminta melakukan tes ulang setelah 3-6 bulan. Untuk memecahkan masalah tersebut, saat ini sudah ada alat tes yang mendeteksi keberadaan virus HIV itu sendiri (bukan antibodi) di dalam darah. Alat seperti ini misalnya adalah PCR (*pollymerase chain reaction*). Namun dengan harga, sistem pengoperasian dan pemeliharaan yang mahal dan rumit, alat ini baru tersedia di negara-negara maju.

#### 4. Konseling Pasca Testing

Konseling setelah tes HIV dapat dibedakan menjadi 2 yakni konseling untuk hasil tes positif dan konseling untuk hasil tes negatif. Konseling pasca testing membantu klien memahami dan menyesuaikan diri dengan hasil testing. Konselor mempersiapkan klien untuk menerima hasil testing, memberikan hasil testing, dan menyediakan informasi selanjutnya. Konselor mengajak klien mendiskusikan strategi untuk menurunkan penularan HIV.

#### 5. Konfidensialitas

Persetujuan untuk mengungkapkan status HIV seorang individu kepada pihak ketiga seperti institusi rujukan, petugas kesehatan yang secara tidak langsung melakukan perawatan kepada klien yang terinfeksi dan pasangannya, harus senantiasa diperhatikan. Persetujuan ini dituliskan dan dicantumkan dalam catatan medik. Konselor bertanggung jawab mengkomunikasikan secara jelas perluasan konfidensialitas yang ditawarkan kepada klien.

#### 6. Pelayanan Dukungan Berkelanjutan

Sebenarnya masih banyak jenis konseling lain yang sebenarnya perlu diberikan kepada pasien berkaitan dengan hasil VCT yang positif seperti :

1. Konseling lanjutan
2. Kelompok dukungan VCT
3. Pelayanan penanganan manajemen kasus
4. Perawatan dan dukungan
5. Layanan psikiatrik
6. Konseling kepatuhan berobat

Dengan mengetahui status HIV seseorang, maka akan lebih memudahkan usaha-usaha pencegahan dan penularan HIV, serta memberi motivasi bagi orang yang belum terinfeksi untuk melindungi diri melalui perubahan perilaku. VCT dapat membantu seseorang untuk tidak berganti-ganti pasangan seksual, meningkatkan penggunaan kondom, menurunkan angka penyakit menular seksual, serta mempraktikkan penggunaan jarum suntik yang steril.<sup>1</sup>

## **2.5 TINJAUAN TENTANG HIV/AIDS**

*Acquired Immunodeficiency Syndrome* yang lebih dikenal dengan AIDS, adalah sindrom (kumpulan gejala) yang timbul akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang didapat. Keadaan ini bukan suatu penyakit, melainkan kumpulan gejala-gejala penyakit yang disebabkan oleh infeksi berbagai macam mikroorganisme serta timbulnya keganasan akibat menurunnya daya tahan/kekebalan tubuh penderita.<sup>6,7</sup>

Sindrom yang kini telah menyebar ke seluruh dunia ini pertama kali dilaporkan oleh Gottlieb dkk. di Los Angeles pada tahun 1981. Diduga Afrika merupakan daerah asalnya, sedangkan kasus-kasus pertama telah ada sekitar tahun 1977-1978 di Amerika Serikat, Haiti dan Afrika.<sup>6</sup>

### **2.5.1 Epidemiologi**

Pandemi AIDS telah menyebar paling sedikit di 166 negara di dunia. Jumlah kasusnya pun meningkat lebih dari 100 kali lipat dibandingkan sejak saat ditemukan. Pada awal tahun 1992 minimal terdapat 12,9 juta orang di dunia yang tertular virus penyebabnya yaitu *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), dan pada

awal tahun 1993 berjumlah 14 juta orang. Satu juta di antaranya usia anak-anak; sebanyak 2,5 juta kasus telah meninggal. Di Amerika Serikat, AIDS telah mengenai setiap lapisan sosioekonomi dan menjadi pembunuh nomor 3 terbanyak pada penduduk kelompok usia 15-44 tahun. Penyebaran sangat cepat terjadi di negara-negara berkembang, khususnya di Asia, terutama di India, Myanmar dan Thailand.<sup>6</sup>

Di Indonesia, AIDS telah menjadi ancaman epidemik nasional. Insiden HIV positif dijumpai tertinggi pada populasi pengguna NAPZA injeksi/suntik, dan kemudian pada populasi PSK dan kaum homoseksual. Pada tahun 1993, kelompok studi khusus (Pokdisus) RS. Cipto Mangunkusumo Jakarta telah menangani 28 penderita AIDS yang pada umumnya datang dalam keadaan terlambat. Umur rata-rata penderita 33 tahun, yang termuda 20 tahun dan yang tertua 56 tahun. Saat ini estimasi jumlah kumulatif penderita AIDS di Indonesia pada periode awal 2006 adalah sebanyak 170.000 orang dan sebanyak 5500 kasus telah meninggal, dengan rasio perempuan banding laki-laki adalah 4,7 : 1. Selain itu persentase populasi beresiko tinggi HIV/AIDS di Indonesia yaitu kaum homoseksual sebanyak 1,3%, PSK sebanyak 37,3%, pengguna NAPZA suntik 48%, dan sisanya tidak spesifik.<sup>6</sup>

Berdasarkan Perkiraan Nasional Departemen Kesehatan (2005), dari populasi Sulawesi Selatan yang sedikit di bawah 7.200.000 (tidak termasuk Sulawesi Barat) dan diperkirakan sekitar 546 orang yang HIV positif. Perkiraan prevalensi paling tinggi adalah di kalangan pengguna narkoba jarum suntik atau

*IDU* (40%); homosexual (5%) dan heterosexual (24%). Perkiraan jumlah pengguna narkoba suntik di provinsi ini sekitar 6000 sampai 9.600 orang.<sup>8</sup>

### **2.5.2 Etiologi**

Virus penyebab sindrom AIDS termasuk golongan retrovirus dengan genetik RNA, yang disebut *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) tipe 1 dan tipe 2 (HIV1 dan HIV2). HIV1 telah meluas ke seluruh dunia, sedangkan HIV2 terutama dijumpai di Afrika Barat (6.7). HIV ini merusak salah satu jenis sel darah putih yang dikenal sebagai sel T-Helper. Sel T-Helper merupakan titik pusat sistem kekebalan tubuh, sehingga HIV menyebabkan daya tahan tubuh menjadi rusak.<sup>6</sup>

### **2.5.3 Masa Inkubasi**

Sejak masuknya HIV ke dalam tubuh hingga munculnya gejala penyakit, waktunya antara 6 bulan hingga 7 tahun, rata-rata 21 bulan pada anak-anak dan 60 bulan pada orang dewasa.<sup>7</sup>

### **2.5.4 Cara Penularan**

Mereka yang sering berganti pasangan seks, secara homoseks atau biseks dan tertular penyakit kelamin, termasuk golongan resiko tinggi tertular HIV/AIDS. Pecandu narkotik yang memakai jarum suntik secara bergantian, dan bayi dan ibu yang terinfeksi HIV bahkan tergolong beresiko sangat tinggi. Cara penularan lain adalah transfusi darah atau produk darah dan pengobatan tusuk atau perajahan.<sup>1,2,4,5,6,7,8,9</sup>

Penularan tidak dapat terjadi dalam hubungan sosial atau dalam lingkungan keluarga melalui alat makan atau alat mandi dan WC. Selain itu

serangga juga tidak menularkan HIV. Sumber penularan pasti HIV adalah melalui darah, semen, sekret vagina, likuor serebrospinal, cairan amnion, cairan pleura, perikard atau peritoneum, serta cairan sinovial.<sup>1,2,4,5,6,7,8,9</sup>

### **2.5.5 Gambaran Klinis Dan Diagnosis**

Virus HIV yang menginfeksi seseorang dapat menimbulkan gejala klinis berbeda-beda. Lesi-lesi yang muncul sesuai dengan tahap infeksi, mulai dari akut sampai dengan gambaran AIDS yang sempurna (*full-blown AIDS*) beberapa tahun kemudian. Pada umumnya gambaran klinis akan tampak sesuai tahap-tahap sebagai berikut.<sup>7</sup>

#### **Infeksi HIV primer**

Sebagian besar orang yang terkena infeksi HIV tidak menampakkan gejala klinis (asimtomatik). Dalam perkembangannya, 30% di antaranya akan menjadi AIDS dan 40% lainnya berkembang menjadi *AIDS-related complex (ARC)*.

Sekitar 20% yang terinfeksi lainnya akan mengalami gejala infeksi primer, yaitu setelah melalui masa inkubasi selama 3-6 minggu. Timbul gejala akut yang menyerupai influenza, mononukleosis atau meningitis aseptik. Tanda-tanda berupa demam, rigor, kelemahan, kelelahan, nyeri tenggorokan dan otot serta persendian, nafsu makan berkurang, sakit kepala, kaku leher, fotofobia, mual, diare dan nyeri abdomen. Kelainan kulit tampak seperti gambar infeksi virus akut berupa urtikaria . akut, eksansem-infeksiosa atau enansem. Di rongga mulut dapat terjadi erosi, ulkus palatum dan esofagus, glossitis, kandidosis orofarings juga erosi genital.

### **Perjalanan penyakit setelah infeksi HIV primer**

Penderita infeksi HIV primer simtomatik yang berlanjut sampai 14 hari atau lebih, prognosinya akan lebih buruk dibandingkan infeksi asimtomatik atau infeksi primer ringan. Kemungkinan berkembang menjadi AIDS dalam 3 tahun sebesar 8%, sedangkan yang asimtomatik atau dengan gejala ringan kemungkinannya sebesar 10%.

Setelah infeksi primer berlangsung, keadaan akan menjadi lanjut. Beberapa kasus berkembang menjadi *Persistent Generalized Lymphadenopathy* (PGL) disertai gejala-gejala konstitusional. Keadaan PGL ditandai dengan pembesaran limpa, pembesaran kelenjar-kelenjar getah bening secara menyeluruh, infeksi-infeksi bakteri, jamur dan virus yang terutama mengenai kulit, kuku, saluran cerna dan perianal, dan sering terjadi kerusakan susunan saraf pusat. Sejumlah 4-5% penderita PGL dapat berlanjut menjadi asimtomatik. Sebagian besar lainnya berkembang menjadi *AIDS-related complex (ARC)* atau ke arah *fullblown AIDS*. Untuk menjadi AIDS, perkembangan infeksi HIV melalui hubungan seksual lebih cepat terjadi dibandingkan yang ditularkan melalui transfusi darah.

### **AIDS-related complex (ARC)**

Kriteria diagnosis ARC ditandai dengan terdapatnya dua atau lebih gejala/tanda konstitusional yang menetap sekurang-kurangnya 3 bulan, dan hasil laboratorium abnormal minimal 2 macam, tanpa disertai gejala infeksi oportunistik. Tanda-tanda tersebut meliputi :

- Suhu badan meningkat 38°C atau lebih, yang berlangsung secara kontinyu atau intermitten

- Penurunan berat badan 10% atau lebih
- Kelelahan sampai membatasi aktivitas fisik
- Banyak keringat pada malam hari.

### **Full-blown AIDS**

AIDS yang berkembang sempurna ditandai dengan gejala *AIDS-related complex*, infeksi oportunistik, sarkoma Kaposi, limfoma sel B, ensefalopati yang resisten terhadap terapi, lebih memperberat penyakit penderita. Dapat timbul pula kelainan-kelainan kulit dengan gambaran seperti infeksi HIV primer. Pada saat bersamaan, banyak pula orang yang mengalami keadaan PGL progresif, ARC dan atau AIDS.<sup>7</sup>

### **2.5.6 Penatalaksanaan**

Oleh karena pengobatan yang adekuat hingga mencapai kesembuhan total belum ada, maka perlu dilakukan penatalaksanaan penderita sebaik-baiknya, meliputi:

1. Melindungi penderita dari infeksi.
2. Pengobatan dengan menggunakan obat antivirus maupun imunomodulator, serta pengobatan terhadap infeksi oportunistik.
3. Perawatan yang lebih intensif di rumah sakit.
4. Memberikan dukungan moral melalui konseling.<sup>6,7,9,10</sup>

### **2.5.7 Pencegahan**

Tindakan pencegahan bagi kemungkinan penyebarluasan AIDS dilakukan dengan perubahan perilaku hidup, antara lain :

- Tidak melakukan hubungan seksual dengan orang yang termasuk kelompok resiko tinggi.
- Melakukan tes sebelum melakukan kegiatan donor darah untuk mencegah penyebaran AIDS melalui transfusi darah yang mengandung antibodi HIV reaktif.
- Memakai jarum suntik steril dengan penggunaan sekali pakai.<sup>9</sup>

### **2.5.8 Konseling**

Konseling adalah proses yang dapat membantu seseorang untuk memahami dan menyelesaikan masalah yang dihadapinya dengan baik. Cara ini dapat membantu penderita, keluarga, serta orang lain yang berhubungan, untuk mengatur masalah yang ada. Kegiatan konseling terhadap penyakit AIDS biasanya dilakukan oleh seorang psikolog dengan program berbeda-beda tergantung kepada keadaan sebagai berikut :

- a) Orang yang sehat atau masih sehat, yang berarti belum terinfeksi HIV, tetapi merasa risau oleh karena menyadari bahwa perilakunya di masa lalu menjurus kepada kemungkinan penularan HIV.
- b) Telah terinfeksi HIV, dengan kemungkinan telah mengetahui bahwa dia seropositif, atau belum mengetahui keadaan seropositif oleh karena belum memeriksakan darahnya.
- c) Telah menunjukkan gejala sakit AIDS ringan atau berat, seperti ARC atau *full-blown* AIDS.<sup>9</sup>