



**KARAKTERISTIK PEREMPUAN PENDERITA HIV/AIDS
(Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016)**

SKRIPSI

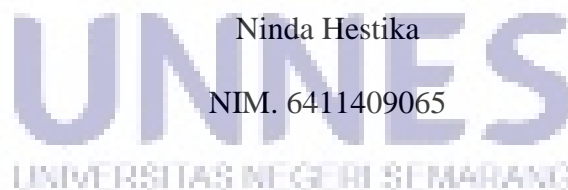
Diajukan sebagai salah satu syarat

Untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:

Ninda Hestika

NIM. 6411409065



**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAHAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2016**

ABSTRAK

Ninda Hestika

Karakteristik Perempuan Penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016)

xvi + 80 halaman + 22 tabel + 2 gambar + 8 lampiran

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) adalah suatu kumpulan gejala penyakit kerusakan sistem kekebalan tubuh; bukan penyakit bawaan tetapi didapat dari hasil penularan. Penyakit ini disebabkan oleh *human immunodeficiency virus* (HIV). Data kejadian HIV/AIDS pada ibu rumah tangga di BKPM mencapai 45% dari total pasien HIV/AIDS yang berobat.

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Sampel dari penelitian ini adalah 32 perempuan positif HIV/AIDS. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*. Data dianalisis menggunakan analisis univariat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 81,25% perempuan yang terinfeksi HIV/AIDS termasuk dalam usia produktif, 78,1 % responden aktif di kelompok dukungan sebaya (KDS), 57,9 % responden memiliki suami dengan status positif HIV, 96,9% responden patuh berobat, 59,4% responden mendapat dukungan keluarga, dan 100% responden mendapat dukungan tenaga kesehatan.

Saran penelitian ini adalah diharapkan agar BKPM terus melakukan pendampingan dan memberikan semangat pada pasien HIV/AIDS agar tidak putus berobat. Untuk Dinas Kesehatan Kota Semarang diharapkan dapat terus melakukan sosialisasi kepada masyarakat terutama tentang HIV/AIDS.

Kata Kunci : HIV/AIDS, responden, dukungan keluarga

Kepustakaan : 36 (2003-2015)

ABSTRACT

Ninda Hestika

Characteristics of Women with HIV/AIDS (Case Study in BKPM Semarang 2016)

xvi + 80 pages + 22 tables + 2 pictures + 8 attachments

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is a mass of immune system disorder symptoms; not an inherited disease but acquired from transmission result. This disease is caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV). Occurrence data of HIV/AIDS among housewives in BKPM reached 45% from the total HIV/AIDS patients treated.

This research used descriptive method. The samples of this research were 32 women with HIV/AIDS. Sample was taken using purposive sampling. The data were analyzed by using univariate analysis.

The results showed that 81.25% women who were infected with HIV/AIDS belonged to productive age, 78.1% of respondents were active in peer support group (KDS), 57.9% of respondents have a husband with positive HIV status, 96.9% of respondents were obedient in doing treatment, 59.4% of respondents got family support, and 100% of respondents got health personnel support.

This research suggestions is BKPM is expected to continue escorting and encouraging the HIV/AIDS patients so as not to stop doing treatment. For Semarang City Health Office is expected to continue doing socialization to the public, especially on HIV/AIDS.

Keywords : HIV/AIDS, respondents, family support

Literature : 36 (2003-2015)

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan Panitia Sidang Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Skripsi atas nama Ninda Hestika, NIM : 6411409065 dengan judul **“Karakteristik Perempuan Penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016)”**,

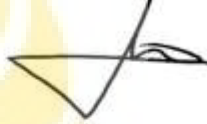
Pada Hari : Senin

Tanggal : 18 Juli 2016

Panitia Ujian




Sekretaris


Drs. Bambang Wahyono, M.Kes
NIP.196006101987031002

Dewan Penguji


Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji


1. Muhammad Azinar, S.KM, M.Kes
NIP.198205182012121002


5/8 - 2016

Anggota Penguji
(Pembimbing Utama)


2. dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes
NIP.197402022001122001

29/7-16

Anggota Penguji
(Pembimbing Pendamping)


3. Irwan Budiono S.KM M.Kes
NIP. 197512172005011003

27-7-2016

PERNYATAAN KEASLIAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis didalam skripsi ini benar-benar hasil karya sendiri. Bukan jiplakan dari karya tulis orang lain, baik sebagian atau keseluruhan. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat pada skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.



Semarang, Juli 2016

Penulis,

A handwritten signature in black ink, enclosed within a hand-drawn oval shape. The signature appears to be 'Ninda Hestika'.

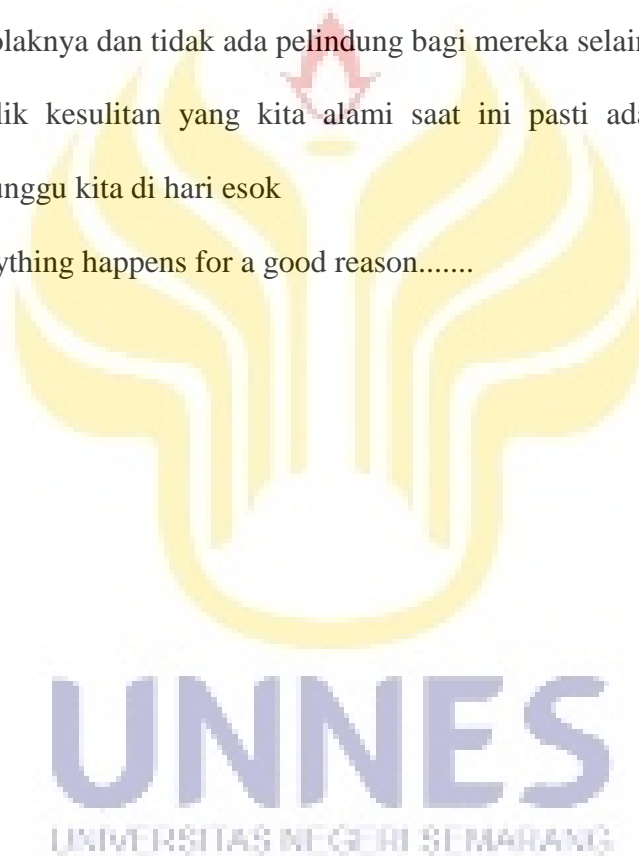
Ninda Hestika
NIM. 6411409065

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

- Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum sebelum mereka mengubah keadaan diri mereka sendiri. Dan apabila Allah menghendaki keburukan suatu kaum, maka tak ada yang dapat menolaknya dan tidak ada pelindung bagi mereka selain Dia. (Ar-Ra'd : 1)
- Dibalik kesulitan yang kita alami saat ini pasti ada kemudahan yang menunggu kita di hari esok
- Everything happens for a good reason.....



Persembahan :

Skripsi ini penulis persembahkan kepada :

- Papa dan Mama tercinta sebagai wujud darma bakti ananda
- Almamaterku

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang senantiasa memberikan nikmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul **“Karakteristik Perempuan Penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016)”**. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak mungkin terselesaikan dengan baik tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak yang dengan ikhlas telah merelakan sebagian waktu, tenaga, dan pikirannya demi membantu penulis dalam menyusun skripsi ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih setulus hati kepada:

1. Dekan FIK Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyono Rahayu, M.Pd. atas surat keputusan penetapan Dosen Pembimbing Skripsi.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Dr. Setya Rahayu, M.S., atas ijin penelitian
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat FIK UNNES, Bapak Irwan Budiono, S.KM, M.Kes atas persetujuan penelitian.
4. Eram Tunggal Pawenang S.KM., M.Kes selaku dosen wali yang telah memberikan bimbingan dan motivasi kepada penulis selama kuliah.

5. dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes (Epid) selaku dosen pembimbing I yang penuh kesabaran dalam membimbing, memberi arahan dan motivasi kepada penulis sehingga skripsi ini dapat selesai.
6. Irwan Budiono, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing II yang penuh kesabaran dalam membimbing, memberi arahan dan motivasi kepada penulis sehingga skripsi ini dapat selesai.
7. Muhammad Azinar, S.KM, M.Kes selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan kepada penulis demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
8. Bapak/ Ibu dosen dan tenaga kependidikan FIK khususnya jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas segala bantuan yang diberikan.
9. Kepala Balai Kesehatan Paru (BKPM) Wilayah Semarang dr. A.A. Sg Sri Rika Puniawati , atas ijin penelitiannya.
10. Kepala Klinik VCT-CST Ibu Upik Krisnawati, S.KM atas bantuan yang diberikan selama penelitian.
11. Ayahanda Hasyim dan Ibunda Suniati yang dengan tulus memberikan motivasi, kasih sayang, semangat dan doa, serta dukungan yang tiada henti sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
12. Kakak – kakakku Nindy Hestari dan Adhen Bakhriar, atas do'a dan semangat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
13. Sahabatku (Dina Agustiantiningsih, Nourma Izul, Khrisma Yulia, Desi RS) atas bantuan, doa semangat, dan motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.

14. Nurul Febriana, Novita Dyah K dan Lanang Sunu Adivan teman seangkatan yang telah memberikan bantuan dan motivasinya dalam melakukan penelitian.
15. Teman-teman kost Griya Wahana Putri (Endah Mustika K, Cahya Komala A, Ani Rofika dan Elisa Hutami) atas do'a, dukungan dan motivasinya.
16. Teman jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2009 atas masukan dan motivasinya sehingga skripsi dapat terselesaikan.
17. Semua pihak yang telah berkenan membantu penulis selama penelitian dan penyusunan skripsi ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang terkait pada umumnya dan bagi penulis pada khususnya.



Semarang, Mei 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4. Manfaat Penelitian	8
1.5. Keaslian Penelitian	8
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11

2.1. Landasan Teori.....	11
2.1.2 HIV/AIDS	11
2.1.2.1 Pengertian HIV/AIDS	11
2.1.2.2 Epidemiologi AIDS.....	12
2.1.2.3 Patogenesis HIV/AIDS	13
2.1.2.4 Penyebab HIV/AIDS.....	14
2.1.2.5 Diagnosis HIV/AIDS	15
2.1.2.6 Perjalanan Penyakit.....	16
2.1.2.6.1 Gejala Infeksi Primer	17
2.1.2.7 Gejala AIDS	19
2.1.2.8 Cara Penularan HIV	20
2.1.2.9 Penatalaksanaan HIV/AIDS.....	22
2.1.2.10 Pencegahan HIV/AIDS	23
2.1.3 Karakteristik Perempuan Penderita HIV/AIDS	25
2.1.3.1 Gambaran Umum.....	25
2.1.3.1.1 Usia	25
2.1.3.1.2 Jenis Pekerjaan.....	25
2.1.3.1.3 Tingkat Pendidikan	26
2.1.3.2 Perilaku Berisiko Penularan HIV/AIDS	26
2.1.3.3 Perilaku Pengobatan.....	26
2.1.3.3.1 Kepatuhan Minum Obat.....	27
2.1.3.3.2 Keaktifan di Kelompok Dukungan Sebaya (KDS).....	32
2.1.3.4 Dukungan Sosial Masyarakat.....	32

2.1.3.4.1 Keterbukaan Status.....	36
2.1.3.4.2 Stigma/diskriminasi	37
2.1.3.4.3 Dukungan Keluarga	37
2.1.3.4.4 Pengawas Minum Obat (PMO).....	38
2.1.3.4.5 Dukungan Tenaga Kesehatan.....	39
2.2. Kerangka Teori.....	40
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	42
3.1. Kerangka Konsep	42
3.2. Definisi Operasional dan Skala Pengukurannya	42
3.3. Jenis dan Rancangan Penelitian	45
3.4. Fokus Penelitian	45
3.5. Populasi dan Sampel Penelitian	46
3.5.1. Populasi Penelitian	46
3.5.2 Sampel Penelitian.....	46
3.5.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	47
3.6. Sumber Data.....	48
3.6.1. Data Primer	48
3.6.2. Data Sekunder	48
3.7. Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	48
3.7.1. Instrumen Penelitian.....	48
3.7.2 Teknik Pengambilan Data	48
3.7.3.1 Wawancara	48
3.7.3.2. Dokumentasi	49

3.8. Prosedur Penelitian.....	49
3.8.1.Pra Penelitian	49
3.8.2.Penelitian.....	49
3.9. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	50
3.9.1 Teknik Pengolahan Data	50
3.9.1.1. Editing Data	50
3.9.1.2 Entry Data	50
3.9.2. Analisis Data	50
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	51
4.1. Gambaran Umum Penelitian.....	51
4.2. Hasil Penelitian	54
BAB V PEMBAHASAN.....	64
5.1. Pembahasan.....	64
5.2. Keterbatasan Penelitian.....	79
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	81
6.1. Simpulan	81
6.2. Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA	83
LAMPIRAN.....	86

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian.....	8
Tabel 2.1. Gejala Klinis Infeksi Primer HIV	18
Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukurannya.....	42
Tabel 4.1. Distribusi Sampel Berdasarkan Usia.....	52
Tabel 4.2. Distibusi Sampel Berdasarkan Tingkat pendidikan	53
Tabel 4.3. Distribusi Sampel Berdasarkan Jenis Pekerjaan	53
Tabel 4.4 Distribusi Lama Terinfeksi HIV/AIDS	54
Tabel 4.5 Distribusi pasangan	55
Tabel 4.6 Distribusi Status HIV Suami.....	55
Tabel 4.7 Distribusi Berhubungan seksual	56
Tabel 4.8 Distribusi Penggunaan Kondom	56
Tabel 4.9 Distribusi Membersihkan Organ Reproduksi	57
Tabel 4.10 Distribusi Kepatuhan Minum Obat	58
Tabel 4.11 Distribusi Efek Samping ARV.....	58
Tabel 4.12 Distribusi Kehadiran di KDS	59
Tabel 4.13 Distribusi Keterbukaan Status Pada Keluarga	59
Tabel 4.14 Distribusi Keterbukaan Status Pada Lingkungan Tempat Tinggal.....	60
Tabel 4.15 Distribusi Keterbukaan Status Pada Lingkungan Kerja.....	60
Tabel 4.16 Distribusi Perlakuan tidak baik dari lingkungan.....	61
Tabel 4.17 Distribusi Adanya Pengawas Minum Obat (PMO).....	62
Tabel 4.18 Distribusi Dukungan Keluarga.....	62

Tabel 4.19 Distribusi Dukungan Tenaga Kesehatan.....63



\

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori.....	44
Gambar 3.1. Kerangka Konsep.....	45



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek.....	86
Lampiran 2 : Kuesioner Penelitian.....	89
Lampiran 3 : Rekapitulasi Hasil Penelitian.....	97
Lampiran 4 : Analisis Univariat.....	110
Lampiran 5 : Surat Keputusan Dosen Pembimbing.....	116
Lampiran 5 : <i>Ethical Clearance</i>	117
Lampiran 6 : Surat Ijin Penelitian dari FIK UNNES.....	118
Lampiran 7 : Surat Ijin Penelitian dari BKPM Wilayah Semarang.....	119
Lampiran 8 : Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian.....	120
Lampiran 9 : Dokumentasi Penelitian.....	121



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*)/AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) merupakan salah satu masalah terbesar yang dihadapi umat manusia saat ini. AIDS merupakan kumpulan gejala-gejala penyakit yang disebabkan oleh infeksi berbagai macam mikroorganisme serta keganasan lain akibat menurunnya daya tahan/kekebalan tubuh penderita. (Koes Irianto, 2014).

Epidemi HIV/AIDS di Indonesia telah berlangsung selama 20 tahun. Sejak tahun 2000 epidemi tersebut sudah mencapai tahap terkonsentrasi pada beberapa sub populasi beresiko tinggi, yaitu pengguna NAPZA suntik (penasun), waria dan Wanita Penjaja Seks (WPS). Dalam tiga tahun terakhir, jumlah orang yang dilaporkan mengidap HIV/AIDS bertambah semakin cepat. Situasi percepatan ini disebabkan kombinasi transmisi HIV melalui penggunaan jarum suntik tidak steril dan transmisi seksual diantara populasi beresiko tinggi. (Komisi Penanggulangan AIDS, 2007)

Menurut A. A Gede Muninjaya (1998) dalam Analisis Fitri Sudewi (2011) tingkat pengetahuan seseorang tidak selalu berkorelasi dengan perilaku sehat, namun demikian mengetahui cara penularan HIV dan cara menghindarinya merupakan langkah pertama yang perlu diketahui setiap orang terutama orang-orang dengan perilaku beresiko tinggi. Pengetahuan merupakan salah satu faktor kuat yang menentukan perilaku seseorang, termasuk perilaku dalam melindungi diri sendiri dari ancaman HIV/AIDS. Ada 4 cara untuk menghindar dari terjangkit

HIV yang umum dikenal yaitu tidak melakukan hubungan seks sama sekali, menggunakan kondom saat berhubungan seks, menghindari penggunaan jarum suntik bersama, dan hanya berhubungan seks dengan satu pasangan yang belum terinfeksi.

Virus penyebab AIDS merupakan ancaman besar terhadap hak asasi manusia untuk mencapai derajat kesehatan setinggi tingginya. Disamping itu besarnya risiko perilaku seksual laki-laki yang berganti ganti pasangan semakin memperburuk kondisi perempuan, terutama ketika mereka terinfeksi HIV/AIDS meskipun dari suaminya sendiri. (Lenny Octavianty, 2015)

Perempuan pengidap HIV/AIDS mencapai 21% dari 5.701 kasus yang dilaporkan. Kasus ini cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Berdasarkan laporan Kasus HIV-AIDS di Indonesia sampai dengan September 2014, yang diterima dari Ditjen PP & PL, berdasarkan surat Direktur Jenderal P2PL, dr. H.M. Subuh, jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan September 2014 sebanyak 150.296 dan kumulatif AIDS dari tahun 1987 sampai dengan September 2014 sebanyak 55.799 orang. Jumlah AIDS tertinggi adalah pada ibu rumah tangga (6.539), diikuti wiraswasta (6.203), tenaga non profesional/karyawan (5.638), petani/peternak/nelayan (2.324), buruh kasar (2.169), penjaja seks (2.052), pegawai negeri sipil (1.658), dan anak sekolah/mahasiswa (1.295). (Ditjen PP & PL Kemenkes RI)

Faktor penyebab tingginya kejadian HIV-AIDS pada kelompok perempuan antara lain karena faktor perempuan masih dianggap kelas dua, sehingga mereka tidak berdaya menolak atau memilih pasangan seksualnya

seperti kaum laki-laki. Risiko ini semakin tinggi bagi perempuan pada umumnya, ketika budaya patriakal di Indonesia masih terjadi, sehingga menempatkan perempuan pada posisi paling rentan untuk sisi manapun. Di beberapa suku, perempuan yang telah "dibeli", sudah menjadi milik laki-laki. Oleh karena sudah "dibeli" dengan harga demikian maka laki-laki di tempat lainnya akan selalu menempatkan perempuan sebagai warga masyarakat kelas dua, dan harus rela diperlakukan apa pun oleh laki-laki. Di beberapa daerah di Indonesia penularan HIV-AIDS pada kelompok perempuan dapat terjadi akibat banyaknya hubungan seks berganti-ganti pasangan yang dilakukan setelah pesta adat, atau satu orang melayani beberapa orang, atau berhubungan seks di usia muda, serta rendahnya pemakaian kondom. (Amik Khosidah, 2014)

Bagi perempuan ibu rumah tangga, realitas tersebut menjadi semakin rumit untuk diurai karena konstruksi sosial budaya masyarakat yang menempatkan perempuan dan laki-laki dalam posisi yang hirarkis di dalam keluarga dengan relasi kuasa yang seringkali tidak adil terhadap perempuan. Hal ini semakin memperburuk kondisi perempuan, apalagi ketika mereka terinfeksi HIV/AIDS meskipun dari suaminya sendiri. Cukup banyak kasus yang menunjukkan bahwa ketika perempuan ibu rumah tangga terinfeksi HIV/AIDS dari suaminya, ia cenderung lebih memikul beban ganda seperti merawat suami yang sakit, merawat anak yang juga mungkin sudah tertular, mencari nafkah, sembari juga menghadapi berbagai perlakuan yang tidak manusiawi seperti di-PHK atau dikucilkan.

Data Kementerian Kesehatan menyebutkan Ibu rumah tangga menempati urutan terbesar orang dengan HIV-AIDS (ODHA), menurut kelompok mata pencahariannya sebanyak 9.096, urutan kedua yaitu karyawan 8.287, dan yang tidak diketahui profesinya mencapai 21.434 orang. Angka tersebut terungkap dalam laporan data kumulatif HIV-AIDS sepanjang tahun 1987 sampai dengan September 2015. Presentase HIV/AIDS pada perempuan juga mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2008 presentase kasus infeksi HIV pada perempuan sebesar 34,4% dan mengalami peningkatan menjadi 41,8% pada tahun 2015. (Kemenkes, 2015)

Di Jawa Tengah sendiri menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah sejak tahun 2010 hingga tahun 2014 kasus baru HIV/AIDS mengalami peningkatan yaitu dilaporkan terdapat 2480 kasus baru dengan 1.399 kasus yang terinfeksi HIV, 1081 kasus AIDS dan 163 diantaranya sudah meninggal dunia. Proporsi kasus HIV/AIDS menurut jenis kelamin yang ada di Jawa Tengah yang terbanyak banyak jenis kelamin laki laki sebanyak 1366 sedangkan pada jenis kelamin perempuan ditemukan sebanyak 1114 kasus pada tahun 2014 (Dinkesprov 2015). Pada tahun 2015 triwulan II, kasus baru HIV ditemukan sebanyak 796 kasus dan terbanyak ditemukan di kota Semarang.

Di kota Semarang ditemukan 316 kasus HIV dengan 284 kasus AIDS pada tahun 2011 hingga tahun 2015 dan ditemukan kasus baru HIV sebanyak 81 kasus pada triwulan II tahun 2015 (Dinprov Jateng, 2015). Sedangkan menurut data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang kumulatif kasus HIV dari tahun 2007 hingga 2015 berdasarkan jenis pekerjaan pada kelompok wiraswasta terdapat 19% ,

karyawan 19%, Ibu rumah tangga 18%, Buruh lain lain dan tidak diketahui sebanyak 10%, Pelajar/mahasiswa 4%, PNS 2%, dan pemulung, wps, penjaja seks dan tukang parkir sebanyak 1% kasus (Dinkes Kota Semarang, 2015). Meskipun angka kejadian HIV/AIDS pada ibu rumah tangga di Kota Semarang bukan merupakan kelompok tertinggi penderita HIV, namun angka prevalensi infeksi HIV/AIDS pada ibu rumah tangga jumlahnya semakin meningkat. Berdasarkan penelitian Wenny Wahyuni (2013), pada tahun 2009 terdapat 5 kasus, tahun 2010 terdapat 35 kasus, tahun 2011 terdapat 39 kasus, tahun 2012 terdapat 67 kasus dan tahun 2013 terdapat 65 kasus.

Unit layanan kesehatan yang banyak menemukan kasus HIV/AIDS dan memberikan pelayanan pengobatan antara lain Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM). Penemuan kasus HIV/AIDS di Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) didapatkan melalui klinik VCT. Sebagai instansi pelayanan kesehatan yang memiliki layanan unggulan pemeriksaan paru BKPM juga mengembangkan klinik VCT (*Voluntary Conseling Test*) untuk konseling dan tes HIV. Berdasarkan data yang diperoleh dari BKPM Wilayah Semarang, terdapat jumlah pasien HIV/AIDS sebanyak 464 pasien dari tahun 2006 sampai bulan September 2015 dengan jumlah pasien yang masih aktif berobat sebanyak 200 pasien. Dari 200 pasien yang berobat di BKPM, 45% nya adalah pasien perempuan. (BKPM, 2015)

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan mengambil judul “**Karakteristik Perempuan Penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016)**”. Alasan

pemilihan judul adalah karena kasus HIV/AIDS pada perempuan semakin meningkat jumlahnya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat diidentifikasi masalah sebagai berikut:

- 1) Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2015 triwulan II, kasus Baru HIV tertinggi ditemukan di Kota Semarang sebanyak 81 kasus.
- 2) Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang, kasus HIV/AIDS pada Ibu rumah tangga merupakan urutan tertinggi kedua dengan presentase 18%.
- 3) Angka prevalensi infeksi HIV/AIDS pada ibu rumah tangga di Kota Semarang setiap tahun jumlahnya meningkat dilihat dari kumulatif tahun 2009 hingga tahun 2013. Pada tahun 2009 terdapat 5 kasus, tahun 2010 terdapat 35 kasus, tahun 2011 terdapat 39 kasus, tahun 2012 terdapat 67 kasus dan tahun 2013 terdapat 65 kasus.
- 4) Berdasarkan data dari BKPM Wilayah Semarang bulan September 2015 jumlah pasien yang masih aktif berobat sebanyak 200 pasien dan 45%nya adalah pasien perempuan.

Dari masalah tersebut diatas selanjutnya dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Bagaimana Karakteristik Perempuan Penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016)?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1. Bagaimana gambaran perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada perempuan penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016)?
2. Bagaimana gambaran perilaku pengobatan pada perempuan Penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016)?
3. Bagaimana gambaran dukungan sosial masyarakat pada perempuan penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016)?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui karakteristik perempuan penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016).

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran perilaku berisiko penularan HIV/AIDS pada perempuan penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016).
2. Mengetahui gambaran perilaku pengobatan pada perempuan penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016).
3. Mengetahui gambaran dukungan sosial masyarakat pada perempuan penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016).

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan akan berguna bagi masyarakat khususnya bagi perempuan sebagai bahan pertimbangan dalam tindakan pencegahan penyebaran HIV/AIDS.

1.4.2 Bagi Dinas Kesehatan dan Instansi yang Terkait

Dapat memberikan informasi mengenai karakteristik perempuan penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016), dengan demikian penelitian ini diharapkan dapat berguna sebagai bahan masukan dalam pengembangan kebijakan kesehatan tentang permasalahan HIV/AIDS khususnya pada perempuan.

1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pengembangan penelitian selanjutnya mengenai perkembangan penyakit HIV/AIDS dan pencegahannya khususnya pada perempuan.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 : Penelitian – Penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1	Gambaran Karakteristik Penderita HIV Positif (Studi Kasus Di Kabupaten Kendal)	Yusuf Pahlevi	2011, Kabupaten Kendal	Deskriptif Kualitatif	Pendidikan, Pengetahuan, Sikap, Perilaku seksual, riwayat penyakit menular seksual	Gambaran karakteristik penderita HIV dapat disimpulkan bahwa golongan umur terbesar 31-45 tahun, jenis kelamin perempuan

					sebesar 52,2%, pekerjaan terbesar sebagai buruh (26,1%), pengetahuan HIV/AIDS yang buruk sebesar (78,3%), sikap yang negatif sebesar (78,3%), perilaku seksual beresiko sebesar (91,3%) dan riwayat PMS sebesar (56,5%)	
2	Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dan Sikap Tentang HIV/AIDS Dengan Perilaku Berisiko Terkena HIV/AIDS	Febriyanto Henky Setyawar	2010, Kota Semarang	<i>Cross sectional</i>	Variabel bebas; Tingkat pengetahuan sikap tentang HIV/AIDS Variabel bebas; perilaku berisiko terkena HIV/AIDS	Ada hubungan antara tingkat dan pengetahuan dan sikap tentang HIV/AIDS dengan perilaku berisiko terkena HIV/AIDS

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

1. Penelitian ini dilakukan pada waktu dan tempat yang berbeda.
2. Penelitian mengenai karakteristik perempuan penderita HIV/AIDS belum pernah dilakukan.
3. Variabel yang berbeda dengan penelitian terdahulu adalah perilaku berisiko penularan HIV/AIDS, perilaku pengobatan, dan dukungan sosial masyarakat.

Ruang Lingkup Penelitian

1.5.1 Ruang Lingkup Tempat

Ruang lingkup tempat penelitian ini adalah dilakukan di Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Wilayah Semarang.

1.5.2 Ruang Lingkup Waktu

Ruang lingkup waktu penelitian ini adalah dilakukan pada bulan April-Mei tahun 2016.

1.5.3 Ruang Lingkup Materi

Ruang lingkup materi penelitian ini adalah berkaitan dengan epidemiologi penyakit menular karena dalam penelitian ini ingin mengetahui karakteristik perempuan penderita HIV/AIDS.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.2. HIV/AIDS

2.1.2.1 Pengertian HIV/AIDS

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) adalah suatu kumpulan gejala penyakit kerusakan sistem kekebalan tubuh; bukan penyakit bawaan tetapi didapat dari hasil penularan. Penyakit ini disebabkan oleh *human immunodeficiency virus* (HIV). Penyakit ini telah menjadi masalah internasional karena dalam waktu yang relatif singkat terjadi peningkatan jumlah pasien dan semakin melanda banyak negara. (Widoyono, 2006).

HIV menyerang dan merusak sel-sel limfosit T yang mempunyai peranan penting dalam sistem kekebalan seluler. Dengan rusaknya sistem kekebalan, penderita menjadi peka (rentan) terhadap infeksi mikroorganisme yang sebenarnya tidak berbahaya dalam keadaan normal (*opportunistic infections*). Infeksi HIV pada manusia mempunyai masa inkubasi yang lama (5-10 tahun). Gejala penyakit yang ditimbulkan bervariasi, mulai dari tanpa gejala sampai gejala berat yang dapat menyebabkan kematian. Pengidap HIV (*carrier*) mampu menularkan virus seumur hidup dan hampir dapat dipastikan suatu saat akan berkembang menjadi AIDS. Dalam waktu 5-7 tahun, 10-30% dari seropositif HIV menjadi AIDS, 20-50% menjadi ARC (*AIDS Related Complex*) dimana 90% diantaranya akan mengalami penurunan sistem kekebalan tubuh yang dapat dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium. (Koes Irianto, 2014)

2.1.2.2 *Epidemiologi AIDS*

Setelah kasus dini yang ditemukan oleh Gottlieb dkk, pada musim semi tahun 1981, CDC antara 1 Juni 1981 sampai dengan September 1982 menerima laporan sejumlah 593 kasus sarcoma kaposi, pneumonia *pneumocystis carini*, dan lain-lain kasus infeksi oportunistik yang membahayakan jiwa penderitanya. Penderita pada umumnya berumur antara 15-60 tahun tanpa penyakit imunodefisiensi maupun mendapat terapi obat imunosupresi. Sejumlah 41% atau 243 penderita telah meninggal dunia. Jumlah penderita meninggal demikian cepat sehingga sampai bulan Mei 1985 diperkirakan sudah mencapai 12.000 kasus.

Menurut laporan pada bulan September 1985, di Amerika Serikat kasus penyakit ini sudah mencapai 13.000. Di Eropa peningkatan kasus juga sangat cepat. Pada akhir tahun 1984 di Perancis ditemukan 3 kasus baru perminggu. Di Jerman Barat dan Inggris angka ini 2 kasus per minggu, sedangkan di Swiss dan Belanda ditemukan 1 kasus AIDS perminggu.

Menurut perkiraan WHO, jumlah kasus AIDS jauh lebih banyak. Jumlah ini sampai 31 Desember 1990 ialah 800 kasus dewasa dan 400.000 kasus anak. Disamping itu masih terdapat 8-10 juta orang yang seropositif HIV tanpa gejala klinis.

Secara resmi, AIDS pertama yang dilaporkan adalah pada seorang turis asing di Bali pada tahun 1987. Walaupun sebelumnya sudah ada berita tidak resmi bahwa sedikitnya ada tiga kasus AIDS di Jakarta pada tahun 1983, tetapi karena tidak tercatat di Departemen Kesehatan, maka kasus pertama di Indonesia disepakati pada tahun 1987. Data terakhir pada bulan Februari 1999 kasus yang

terdekteksi Departemen Kesehatan adalah 839 kasus. Jumlah AIDS dan seropositif HIV sampai Agustus 1998 masing-masing 207 sampai 537 kasus.

2.1.2.3. Patogenesis HIV/AIDS

Virion HIV berbentuk bulat dengan membran lipid yang dilapisi oleh protein matriks dan ditemplei oleh tonjolan glikoprotein (gp) 120 dan gp 41. Membran ini mengelilingi inti protein berbentuk kerucut yang mengandung dua salinan (kopi) genom ssRNA dan enzim virus.

Setelah masuk tubuh, virus menuju ke kelenjar limfe dan berada dalam sel dendrik selama beberapa hari. Kemudian terjadi sindrom retroviral akut semacam flu (serupa infeksi mononukleus), disertai viremia hebat dengan keterlibatan berbagai kelenjar limfe. Pada tubuh timbul respon imun humoral maupun selular. Sindrom ini akan hilang sendiri setelah 1-3 minggu. Kadar virus yang tinggi dalam darah dapat diturunkan oleh sistem imun tubuh. Proses ini berlangsung berminggu-minggu sampai terjadi keseimbangan antara pembentukan virus baru dan upaya eliminasi oleh respon imun. Titik keseimbangan disebut *set point* dan amat penting arena menentukan perjalanan penyakit menuju *acquired immunodeficiency syndrome* (sindrom defisiensi imun yang didapat, AIDS) akan berlangsung lebih cepat.

Serokonversi (perubahan antibodi negatif menjadi positif) terjadi 1-3 bulan setelah infeksi, tetapi pernah juga dilaporkan sampai 8 bulan. Kemudian pasien akan memasuki masa tanpa gejala. Dalam masa ini terjadi penurunan secara bertahap jumlah CD₄ (jumlah normal 800-1.000) yang terjadi setelah replikasi paristen HIV dengan kadar RNA virus relatif konstan. CD₄ adalah reseptor pada

limfosit T₄ yang menjadi target sel utama HIV. Mula-mula penurunan jumlah menjadi lebih cepat, 50-100/tahun, sehingga tanpa pengobatan, rata-rata masa infeksi HIV sampai masa AIDS adalah 8-10 tahun, dimana jumlah CD₄ akan mencapai dibawah 200.

2.1.2.4. Penyebab HIV/AIDS

Penyebab AIDS adalah sejenis virus yang tergolong Retrovirus yang disebut Human Immunodeficiency Virus (HIV). Virus ini pertama kali diisolasi oleh Montagnier dan kawan-kawan di Prancis pada tahun 1983 dengan nama Lymphadenopathy Associated Virus (LAV), sedangkan Gallo di Amerika Serikat pada tahun 1984 mengisolasi (HIV) III. Kemudian atas kesepakatan internasional pada tahun 1986 nama virus dirubah menjadi HIV.

Human Immunodeficiency Virus adalah sejenis Retrovirus RNA. Dalam bentuknya yang asli merupakan partikel yang inert, tidak dapat berkembang atau melukai sampai ia masuk ke sel target. Sel target virus ini terutama sel Lymfosit T, karena ia mempunyai reseptor untuk virus HIV yang disebut CD-4. Didalam sel Lymfosit T, virus dapat berkembang dan seperti retrovirus yang lain, dapat tetap hidup lama dalam sel dengan keadaan inaktif. Walaupun demikian virus dalam tubuh pengidap HIV selalu dianggap infectious yang setiap saat dapat aktif dan dapat ditularkan selama hidup penderita tersebut.

Secara morfologis HIV terdiri atas 2 bagian besar yaitu bagian inti (core) dan bagian selubung (envelop). Bagian inti berbentuk silindris tersusun atas dua untaian RNA (Ribonucleic Acid). Enzim reverse transcriptase dan beberapa jenis protein. Bagian selubung terdiri atas lipid dan glikoprotein (gp 41 dan gp 120).

Gp 120 berhubungan dengan reseptor Lymfosit (T4) yang rentan. Karena bagian luar virus (lemak) tidak tahan panas, bahan kimia, maka HIV termasuk virus sensitif terhadap pengaruh lingkungan seperti air mendidih, sinar matahari dan mudah dimatikan dengan berbagai disinfektan seperti eter, aseton, alkohol, jodium hipoklorit dan sebagainya, tetapi relatif resisten terhadap radiasi dan sinar ultraviolet.

2.1.2.5. Diagnosis HIV/AIDS

Metode yang umum untuk menegakan diagnosis HIV meliputi:

1. ELISA (*Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay*)

Sensitivitasnya tinggi yaitu sebesar 98,1-100%. Biasanya tes ini memberikan hasil positif 2-3 bulan setelah infeksi.

2. Western Blot

Spesifitasnya tinggi yaitu sebesar 99,6-100%. Pemeriksaanya cukup sulit, mahal, dan membutuhkan waktu sekitar 24 jam.

3. PCR (*Polymerase Chain Reaction*)

Tes ini digunakan untuk:

- a. Tes HIV pada bayi, karena zat antimaternal masih ada pada bayi yang dapat menghambat pemeriksaan secara biologis. Seorang ibu yang menderita HIV akan membentuk zat kekebalan untuk melawan penyakit tersebut. Zat kekebalan itulah yang diturunkan pada bayi melalui plasenta yang akan mengaburkan hasil pemeriksaan, seolah-olah sudah ada infeksi pada bayi tersebut. (*Catatan:*pemeriksaan HIV

sering merupakan deteksi dari zat anti-HIV bukan deteksi HIV-nya sendiri).

- b. Menetapkan status infeksi individu yang seronegatif pada kelompok berisiko tinggi.
- c. Tes pada kelompok berisiko tinggi sebelum terjadi serokonversi.
- d. Tes konfirmasi HIV-2, sebab ELISA mempunyai sensitivitas rendah untuk HIV-2.

Ditemukanya antibodi HIV dengan pemeriksaan ELISA perlu dikonfirmasi dengan *western immunoblot*. Tes HIV Elisa (+) sebanyak tiga kali dengan reagen yang berlainan merk menunjukkan pasien positif mengidap HIV.

Pemeriksaan laboratorium ada tiga jenis, yaitu:

1. Pencegahan donor darah, dilakukan satu kali oleh PMI. Bila positif disebut reaktif.
2. Serosurvei, untuk mengetahui prevalensi pada kelompok berisiko, dilaksanakan dua kali pengujian dengan reagen yang berbeda.
3. Diagnosis, untuk menegakan diagnosis dilakukan tiga kali pengujian seperti yang sudah diterangkan diatas. (Widoyono, 2008)

2.1.2.6 Perjalanan Penyakit

Perjalanan penyakit infeksi HIV dapat dibagi dalam :

1. Transmisi virus
2. Infeksi primer (sindrom retroviral akut)
3. Serekonversi
4. Infeksi kronik asimtomatik

5. Infeksi kronik simtomatik
6. AIDS (indikator sesuai dengan CDC 1993 atau jumlah $CD4 < 200/mm^3$)
7. Infeksi HIV lanjut ditandai oleh jumlah $CD4 < 50/mm^3$)

2.1.2.6.1 Gejala Infeksi Primer

Lebih dari separuh orang yang terinfeksi HIV akan menunjukkan gejala infeksi primer. Biasanya gejala ini timbul setelah beberapa hari terinfeksi dan gejala ini berlangsung selama 2-6 minggu (rata-rata 2 minggu) setelah terinfeksi, gejala ini dapat ringan sampai berat dan sekitar 42% penderita memerlukan perawatan dirumah sakit. Gejala-gejala infeksi primer ini dapat dibagi menjadi gejala umum berupa demam, nyeri otot, nyeri sendi, dan rasa lemah. Disamping itu terdapat gejala akibat kelainan mukokutan seperti ruam kulit, ulkus dimulut serta di genital. Selain itu sekitar 50% kasus disertai dengan pembengkakan kelenjar limfe. Sedangkan gejala-gejala lain berupa kelainan neurologi berupa nyeri kepala, nyeri di belakang mata, fotofobia, dan depresi. Kelainan neurologi yang lain dapat berupa meningitis tetapi kelainan jarang terjadi. Dapat juga timbul kelainan saluran cerna berupa anoreksia, mual, diare, dan jamur di mulut. Gejala klinik infeksi primer HIV ini dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1 Gejala klinis infeksi primer HIV

Kelompok	Gejala	Kekerapan (%)
Umum	Demam	90
	Nyeri otot	54
	Nyeri sendi	-
	Rasa lemah	-
Mukokutan	Ruam kulit	70
	Ulkus di mulut	12
Limfadenopati	-	74
Neurologi	Nyeri kepala	32
	Nyeri belakang mata	-
	Fotofobia	-
	Depresi	-
	Meningitis	12
Saluran cerna	Anoreksia	-
	Nausea	-
	Diare	32
	Jamur di mulut	12

Gejala infeksi primer diatas berlangsung selama 2-6 minggu dan akan membaik dengan atau tanpa pengobatan. Setelah itu perjalanan penyakit menuju stadium tanpa gejala yang pada orang dewasa lamanya 5-10 tahun. Masa tanpa

gejala ini akan memendek apabila *viral load* pada titik keseimbangan (*set point*) tinggi. Setelah masa tanpa gejala akan timbul gejala-gejala pendahuluan seperti demam, pembesaran kelenjar limfe yang kemudian diikuti oleh infeksi oportunistik. Dengan adanya infeksi oportunistik maka perjalanan penyakit telah memasuki stadium AIDS.

2.1.2.7 Gejala AIDS

Gejala AIDS pada umumnya merupakan gejala infeksi oportunistik atau kanker yang terkait dengan AIDS. Kanker yang terkait dengan AIDS adalah sarkoma kaposi, limfoma malignum dan karsinoma serviks invasif. (Samsuridjal, 2003)

Sedangkan menurut WHO ada beberapa gejala dan tanda mayor HIV/AIDS, antara lain:

1. Kehilangan berat badan (BB) >10%.
2. Diare kronik >1 bulan.
3. Demam >1 bulan.

Sedangkan tanda minornya adalah:

1. Batuk menetap.
2. Dermatitis pruritis (gatal).
3. Herpes zoster berulang.
4. Kandidias orofaring.
5. Herpes simpleks yang meluas dan berat.
6. Limfadenopati yang meluas.
7. Sarkoma kaposi yang meluas

8. Meningitis kriptokokal

2.1.2.8 Cara Penularan HIV

Pada infeksi HIV/AIDS, sumber infeksi adalah penderita AIDS dan pengidap HIV. Tidak ada hewan perantara, tetapi berbagai cairan tubuh dapat bertindak sebagai vehikulum, misalnya: semen (air mani), cairan vagina (serviks), air susu ibu, air mata, saliva, dsb. Vehikulum yang secara epidemiologis potensial sebagai media penularan hanyalah semen, darah, dan cairan vagina (serviks). Akibat infeksi HIV, tubuh akan membentuk antibodi terhadap HIV, tetapi tidak cukup untuk menimbulkan daya tahan infeksi HIV tanpa memandang umur, jenis kelamin, suku, dan sebagainya. Tempat keluar HIV dari sumber infeksi adalah alat genital, (semen, cairan vagina/serviks), melalui kulit/mukosa yang luka (darah), dan masuk ke dalam tubuh hospes baru melalui kulit/mukosa yang luka baik dengan perantara darah atau semen (Koes Irianto, 2014). HIV tidak dilaporkan terdapat dalam air mata dan keringat. Pria yang sudah disunat memiliki risiko HIV yang lebih kecil dibandingkan dengan pria yang tidak disunat.

Selain melalui cairan tubuh, HIV juga ditularkan melalui:

1) Ibu Hamil

- a. Secara intrauterin, intrapartum, dan postpartum (ASI).
- b. Angka transmisi mencapai 20-50%.
- c. Angka transmisi melalui ASI dilaporkan lebih dari sepertiga.
- d. Laporan lain menyatakan risiko penularan melalui ASI adalah 11-29%.
- e. Sebuah studi meta-analisis prospektif yang melibatkan penelitian pada dua kelompok ibu, yaitu kelompok ibu yang menyusui sejak awal kelahiran bayi

dan kelompok ibu yang menyusui setelah beberapa waktu usia bayinya, melaporkan bahwa angka penularan HIV pada bayi yang belum disusui adalah 14% (yang diperoleh dari penularan melalui mekanisme kehamilan dan persalinan), dan angka penularan HIV meningkat menjadi 29% setelah bayinya disusui.

Bayi normal dengan ibu HIV bisa memperoleh antibodi HIV dari ibunya selama 6-15 bulan.

2) Jarum suntik

- a. Prevalensi 5-10%.
- b. Penularan HIV pada anak dan remaja biasanya melalui jarum suntik karena penyalahgunaan obat.
- c. Diantara tahanan (tersangka atau terdakwa tindak pidana) dewasa, pengguna obat suntik di Jakarta sebanyak 40% terinfeksi HIV, di Bogor 25%, dan di Bali 53%.

3) Transfusi darah

- a. Risiko penularan sebesar 90%.
- b. Prevalensi 3-5%.

4) Hubungan seksual

- a. Prevalensi 70-80%.
- b. Kemungkinan tertular adalah 1 dalam 200 kali hubungan intim.
- c. Model penularan ini adalah yang tersering didunia. Akhir-akhir ini dengan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat untuk menggunakan kondom,

maka penularan melalui jalur ini cenderung menurun dan digantikan oleh penularan melalui jalur penasin (pengguna narkoba suntik) (Widoyono, 2008)

Banyak penelitian yang telah membuktikan bahwa HIV tidak dapat ditularkan dengan cara lain kecuali yang telah disebutkan diatas. Tidak ada bukti yang menyatakan bahwa HIV dapat ditularkan melalui saliva, air mata, urine, dan sebagainya. Walaupun demikian kadang-kadang HIV dapat diisolasi dari cairan tubuh tersebut maka perlu dilakukan tindakan-tindakan tertentu untuk mencegah kemungkinan penularan melalui cairan tubuh ini. Juga tidak ada bukti bahwa HIV dapat ditularkan melalui kontak sosial (jabat tangan, berpelukan, berbicara, dsb), gigitan serangga, kolam renang, alat-alat makan dan lain-lain. (Koes Irianto, 2014)

2.1.2.9 Penatalaksanaan HIV/AIDS

Penatalaksanaan infeksi HIV/AIDS meliputi penatalaksanaan fisik, psikologis, dan sosial. Penatalaksanaan medis terdiri atas:

- 1) Pengobatan suportif
 - a. Nutrisi dan vitamin yang cukup
 - b. Bekerja
 - c. Pandangan yang positif
 - d. Hobi
 - e. Dukungan psikologis
 - f. Dukungan sosial
- 2) Penanggulangan infeksi bakteri
- 3) Pencegahan serta pengobatan infeksi oportunistik dan kanker

4) Pengobatan antiretroviral

Saat mulai pengobatan :

- a. Asintomatik, $CD_4 > 500$ tapi RNA HIV (*viral load*) tinggi (lebih dari 30.000 kopi/ml)
- b. Asintomatik, $CD_4 > 350$ (boleh ditunda bila $CD_4 > 350$ dan viral load rendah < 10.000)
- c. Infeksi dengan gejala

2.1.2.10 Pencegahan HIV/AIDS

Upaya pencegahan adalah dengan meningkatkan keterampilan (*skill*) dan pengetahuan (*knowledge*) dengan cara/metode yang sesuai dengan kepercayaan dan budaya masyarakat setempat. Penyebaran pengetahuan melalui pendidikan formal dan non formal merupakan salah satu alternatif yang dapat dipilih. Upaya peningkatan pengetahuan selama ini dikenal dengan istilah KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi). (Kemeneg PP&PA, 2008)

Pengawasan dan pengendalian dalam bidang seks memang jauh lebih sulit daripada penyalahgunaan narkotika. Disini lebih banyak diperlukan usaha penyuluhan agar orang tetap melakukan seks yang sehat walaupun ia menyimpang dari azas monogami tersebut (memakai kondom, hanya berhubungan dengan orang yang diketahui kesehatannya, memeriksakan diri kedokter, mengikuti nasihat dokter, dan sebagainya). Usaha itu tidak khusus untuk AIDS, melainkan bisa juga ditujukan untuk setiap PMS yang lain, sebab setiap pencegahan PMS dengan sendirinya akan mencegah AIDS. (Koes Irianto, 2014)

Upaya yang selama ini dilakukan untuk menghambat penyebaran HIV adalah:

1. Meningkatkan pelaksanaan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

Meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap dan mempromosikan perilaku positif untuk mencegah penyebaran HIV

2. Mengurangi kerentanan (reduce vulnerability)

Hal ini dapat dicapai dengan peningkatan status pendidikan, status ekonomi dan kesetaraan gender.

3. Meningkatkan penggunaan kondom

Mempromosikan penggunaan kondom pada perilaku seks beresiko.

4. Meningkatkan sediaan darah yang aman (safe blood)

Setiap donor darah harus diperiksa apakah terinfeksi HIV karena sangat beresiko tinggi untuk terjadi penyebaran melalui transfusi.

5. Meningkatkan upaya untuk menurunkan prevalensi Infeksi Menular Seksual (IMS)

Karena pasien IMS mempunyai resiko 2-9 kali lebih besar terinfeksi HIV dibandingkan dengan orang yang tidak menderita IMS, sehingga upaya penurunan IMS harus segera ditingkatkan.

6. Meningkatkan tindakan pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi

Penggunaan ARV selama prosedur persalinan aman, dan penggunaan susu formula dapat membantu mencegah penularan dari ibu ke bayi.

7. Meningkatkan upaya penanggulangan secara bersama-sama (universal) dan berkelanjutan

Pasien IMS mempunyai resiko 2-9 kali lebih besar terinfeksi HIV dibandingkan dengan orang yang tidak menderita IMS, sehingga upaya penurunan IMS harus segera ditingkatkan.

8. Meningkatkan tindakan pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi

Penggunaan ARV selama, prosedur persalinan aman, dan penggunaan susu formula dapat membantu mencegah penularan dari ibu ke bayi. Meningkatkan upaya penanggulangan secara bersama-sama (universal) (Kemeneq PP&PA, 2008)

2.1.3 Karakteristik Perempuan Penderita HIV/AIDS

2.1.3.1 Gambaran Umum

2.1.3.1.1 Usia

Menurut Nur Nasry (2008), menyatakan bahwa usia merupakan salah satu sifat karakteristik orang yang sangat utama karena umur berhubungan erat dengan keterpaparan. Umur juga mempunyai hubungan dengan besarnya risiko terhadap penyakit tertentu dan sifat resistensi pada berbagai kelompok usia tertentu. Di samping itu, usia juga mempunyai hubungan erat dengan karakteristik orang, seperti pekerjaan, status perkawinan, dan berbagai kebiasaan lainnya.

2.1.3.1.2 Jenis Pekerjaan

Pekerjaan merupakan sesuatu hal yang dilakukan untuk mendapat imbalan atau balas jasa. Setiap beban kerja dapat mengakibatkan timbulnya stress kerja. Stress akan mempengaruhi kesehatan, psikologi, dan interaksi interpersonal. Pada gangguan fisik, stress akan mudah terserang penyakit sehingga mempengaruhi proses imunitas tubuh.

2.1.3.1.3 Tingkat Pendidikan

Menurut WHO (2004) yang dikutip dalam Rivai (2008), menyebutkan bahwa pendidikan merupakan sarana seseorang dalam mendapatkan pengetahuan dan pengaruh perilaku. Diasumsikan bahwa, tingkat pendidikan akan mempengaruhi orang dengan HIV/AIDS dalam menyerap informasi mengenai pola hidup sehat, cara mencegah dari penularan penyakit, serta mampu mengembangkan sikap positif, serta dapat mempengaruhi dalam mengambil keputusan untuk mencari pengobatan dan kepatuhan dalam berobat.

2.1.3.2 Perilaku Berisiko Penularan HIV/AIDS

Perilaku berisiko tinggi penularan HIV/AIDS adalah orang yang mempunyai kemungkinan besar menularkan HIV/AIDS pada orang lain karena perilakunya. Mereka mempunyai perilaku berisiko tinggi adalah:

- 1) Perempuan dan laki-laki yang berganti-ganti pasangan dalam melakukan hubungan seksual, dan pasangannya.
- 2) Perempuan dan laki-laki tuna susila
- 3) Orang yang dalam melakukan hubungan seksual secara tidak wajar, seperti hubungan seks melalui dubur (anal) dan mulut (oral), misalnya pada homoseksual dan biseksual.
- 4) Penggunaan narkoba dengan suntikan, yang menggunakan jarum suntik secara bergantian.

2.1.3.3 Perilaku Pengobatan

Menurut WHO tahun 2002, ARV bisa dimulai pada orang dewasa berdasarkan kriteria sebagai berikut:

1. Bila pemeriksaan CD4 bisa dilakukan pasien stadium IV (menurut WHO), tanpa memperhatikan hasil tes CD4. Pasien stadium I, II, III (menurut WHO) dengan hasil perhitungan limfosit total < 200 .
2. Bila pemeriksaan CD4 tidak dapat dilakukan:
 - Pasien stadium IV (menurut WHO), tanpa memperhatikan hasil hitung limfosit total
 - Pasien stadium I, II, III (menurut WHO) dengan hasil perhitungan limfosit total $< 1000 - 1200$
3. Limfosit total $< 1000 - 1200$ dapat diganti dengan CD4 dan dijumpai tanda-tanda HIV. Hal ini kurang penting pada pasien tanpa gejala (stadium I menurut WHO) hendaknya jangan dilakukan pengobatan karena belum ada petunjuk tentang beratnya penyakit.
4. Pengobatan juga dianjurkan untuk pasien stadium III yang lanjut, termasuk kambuh, luka pada mulut yang sukar sembuh dan infeksi pada mulut yang berulang dengan tidak memperhatikan hasil pemeriksaan CD4 dan limfosit total (Depkes, 2003).

2.1.3.3.1 Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan terhadap aturan pemakaian obat membantu mencegah terjadinya resistensi dan menekan virus secara terus menerus. Ada beberapa faktor yang mendukung kepatuhan minum obat ARV, yaitu:

1. Faktor internal

Faktor internal utama yang mendukung kepatuhan adalah adanya motivasi dari dalam diri penderita untuk tetap bertahan hidup, tingkat kesadaran

tinggi akan fungsi dan manfaat ARV serta keimanan terhadap agama/keyakinannya. Motivasi dari dalam diri penderita untuk sembuh atau bertahan hidup merupakan faktor pendukung ke-patuhan yang paling sering dinyatakan oleh responden. Hal ini sejalan dengan penelitian lainnya yang menyatakan bahwa kesadaran ODHA merupakan hal yang berperan penting untuk meningkatkan kepatuhan.

Malta dan Kumarasamy dalam Yuyun Yuniar (2012) menyatakan bahwa persepsi ODHA terhadap keparahan penyakit dan keyakinan akan manfaat ARV mempengaruhi kepatuhan dalam minum ARV. Walter juga menyatakan bahwa ODHA yang mampu mengatur pengobatan dan merasakan hasil positif dari pengobatan menjadi lebih patuh minum ARV.

ODHA dengan tingkat pengetahuan tinggi biasanya lebih patuh karena mereka sudah tahu keparahan penyakit yang mereka alami dan kepatuhan terapi ARV telah memberikan perbaikan bagi kualitas hidup mereka baik secara fisik, psikologis maupun sosial. Secara fisik ODHA merasa lebih segar dan tidak lemas. Secara psikologis merasa sehat seperti belum terkena HIV dan lebih percaya diri untuk bisa hidup lebih lama. Secara sosial mereka bisa beraktivitas dengan normal seperti sediakala. Hal ini sejalan dengan penelitian Walter, Sanjobo dan Watt. Akan tetapi perasaan sehat juga bisa menghambat kepatuhan seperti pengalaman efek samping obat.

Beberapa ODHA mempunyai strategi khusus dalam menjalani terapi ARV. Misalnya menganggap ARV sebagai vitamin sehingga tidak menjadi beban, begitu pula ketika ada yang bertanya tentang obat yang mereka minum dikatakan

sebagai obat sakit kepala, vitamin atau supaya gemuk sehingga merasa tidak perlu minum obat secara sembunyi-sembunyi. ODHA yang memiliki strategi minum obat yaitu menganggap obat sebagai vitamin atau obat lain cenderung lebih patuh minum ARV. Hal ini juga dinyatakan oleh ODHA di Peru dalam penelitian yang dilakukan oleh Walter.

Kurangnya motivasi dan rasa putus asa bisa menjadi penghambat kepatuhan. Hal yang paling umum dirasakan oleh ODHA yaitu rasa jenuh/bosan karena harus mengkonsumsi obat secara terus menerus. Dari sisi psikologis lainnya ada juga yang merasa tertekan karena harus minum obat atau memang sudah putus asa sehingga berimbas pada perilakunya menjadi malas minum obat. Ada pula yang memang perilakunya sulit diubah meskipun terapi dijalani tapi perilaku beresiko juga tetap berjalan, kesulitan ini tampak pada kelompok WPS (Wanita Pekerja Seksual), anak jalanan dan penasun. Ibu rumah tangga biasanya terbuka dengan keluarganya dan lebih mudah untuk diatur.

2. Faktor Pelayanan

Secara umum tidak ada masalah dalam ketersediaan obat ARV di Jawa Barat. Setiap kali ODHA datang, obat selalu ter-sedia. Kondisi lain yang mendukung yaitu layanan puskesmas untuk perkembangan anak dan VCT gratis. Hal ini harusnya menjadi pendukung agar ODHA patuh minum obat ARV.

Masalah yang ditemukan adalah keterjangkauan dan akses. Biaya yang harus dikeluarkan di Jawa Barat adalah 25 ribu rupiah untuk biaya dokter, sedangkan obat ARV dapat diperoleh secara cuma-cuma. Masalah ekonomi merupakan salah satu faktor penyebab ketidakpatuhan karena pengobatan

HIV/AIDS membutuhkan waktu lama dengan konsekuensi biaya yang harus dikeluarkan menjadi besar termasuk untuk pemeriksaan laboratorium dan pengobatan infeksi oportunistik sehingga banyak ODHA yang harus mencari pinjaman dana atau menjual barang berharga. Peningkatan kemampuan finansial dan bantuan dana misalnya untuk biaya transport akan meringankan biaya yang harus ditanggung ODHA.

3. Faktor Dukungan sosial

Dukungan sosial dari keluarga, teman dan tenaga kesehatan memberikan pengaruh penting terhadap kepatuhan ODHA dalam minum ARV. Bagi ODHA yang sudah diketahui statusnya oleh keluarga dan keluarganya dapat menerima kondisi mereka, maka faktor keluarga biasanya menjadi pendukung utama. Biasanya orang tua, suami/ istri, anak menjadi orang-orang terdekat yang mengingatkan untuk minum obat. Keluarga dalam hal ini bisa berfungsi menjadi Pengawas Minum Obat (PMO) bagi ODHA.

ODHA yang punya keturunan/anak pada umumnya memiliki rasa tanggung jawab dan kasih sayang, masih ingin melihat anaknya tumbuh dewasa, sehingga mendukung ODHA untuk cepat sembuh. Penelitian Watt di Vietnam juga menunjukkan hasil yang sama. 26 Hasil penelitian dari Yayasan Citra Usadha menyatakan peranan keluarga sebagai pendukung minum obat, misalnya seorang ODHA yang bersama suaminya selalu patuh minum obat.

Sebaliknya rasa takut akan stigma dari teman, pacar atau orang lain dapat menjadi faktor penghambat kepatuhan yaitu takut kalau orang akan memandang jijik pada dirinya. Seorang WPS enggan berobat ke RSHS karena kalau sering

berobat takut diketahui oleh mucikarinya sehingga hanya berobat 3 bulan sekali, setiap bulan obat diambilkan oleh LSM. Ketika ada orang yang bertanya tentang obat yang selalu dikonsumsi pada jam-jam tertentu, ODHA merasa khawatir akan diketahui statusnya, sehingga seringkali harus minum obat secara sembunyi-sembunyi atau melewatkan jadwal pengambilan obat. Rasa takut ini sebenarnya berasal dari kekhawatiran akan munculnya stigma dan diskriminasi jika status HIVnya terbuka, mereka takut akan diusir atau dikucilkan oleh masyarakat. Hal yang sama dikemukakan Nilar Han bahwa pekerja industri atau konstruksi seringkali melewatkan minum obat karena tidak ingin diketahui oleh atasannya, mereka khawatir statusnya terbuka sehingga akan dipecat dari pekerjaannya.

Selain itu ada ODHA yang belum menikah atau ingin menikah lagi sehingga merasa kalau mau punya suami harus terlihat sehat. Adanya keluarga yang sakit atau meninggal karena HIV AIDS atau karena terlambat diobati juga menjadi faktor pendukung lainnya. Pengalaman melihat orang lain yang menjadi lebih parah sakitnya karena tidak disiplin minum obat juga menjadi peringatan atau pelajaran agar peristiwa serupa tidak terulang.

Ada beberapa kiat penting untuk mengingat minum obat:

- a. Minumlah obat pada waktu yang sama setiap hari.
- b. Harus selalu tersedia obat di tempat manapun biasanya pasien berada, misalnya di kantor, di rumah, dll.
- c. Bawa obat kemanapun pergi (di kantong, tas, dll asal tidak memerlukan lemari es).

- d. Menggunakan peralatan (jam, HP yang berisi alarm yang bisa diatur agar berbunyi setiap waktunya minum obat (Yayasan Kerti Praja, 1992).

2.1.3.3.2 Keaktifan di Kelompok Dukungan Sebaya

Peran Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) sangat membantu ODHA terutama dalam hal menjalani pengobatan, memberikan motivasi kepada ODHA untuk selalu kooperatif dalam penyuluhan dan pengobatan. Selain itu dengan dukungan sebaya diharapkan ODHA lebih merasa nyaman dan terbuka serta mendapat support dan semangat dalam menjalani kehidupan meskipun sebagai ODHA. ODHA percaya kepada KDS karena KDS pernah merasakan penderitaan yang dialami oleh ODHA, sehingga ODHA lebih menurut kepada KDS termasuk system pengobatan dan minum obat.

2.1.3.4 Dukungan Sosial Masyarakat

Dukungan sosial sangat diperlukan terutama pada penderita HIV yang kondisinya sudah sangat parah. Individu yang termasuk dalam memberikan dukungan sosial meliputi pasangan (suami/istri), orang tua, anak, sanak keluarga, teman, tim kesehatan, atasan, dan konselor.

a. Konsep Dukungan Sosial

Beberapa pendapat mengatakan dukungan sosial terutama dalam konteks hubungan yang akrab atau kualitas hubungan perkawinan dan keluarga barangkali merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting (Rodin & Salovey, 1989 dikutip Smet, 1994)

b. Pengertian dukungan sosial

Sebagai satu diantara fungsi pertalian/ ikatan sosial (Rook, 1985 dikutip Smet, 1994) segi fungsionalnya mencakup dukungan emosional, mendorong adanya ungkapan perasaan, memberi nasehat atau informasi, pemberian bantuan material (Ritter, 1988 dikutip Smet, 1994). Sebagai fakta sosial yang sebenarnya sebagai/kognisi individual atau dukungan yang dirasakan melawan dukungan yang diterima (Schwerzer & Leppin, 1990 dikutip Smet, 1994)

Dukungan sosial terdiri dari informasi atau nasehat verbal dan atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Gottlieb, 1983 dikutip Smet, 1994)

c. Jenis dukungan sosial

House membedakan empat jenis atau dimensi dukungan sosial

1) Dukungan Emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan

2) Dukungan Penghargaan

Terjadi lewat ungkapan hormat/ penghargaan positif untuk orang lain itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain misalnya orang itu kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah harga diri).

3) Dukungan Instrumental

Mencakup bantuan langsung misalnya orang memberi pinjaman uang, kepada orang yang membutuhkan atau menolong dengan memberi pekerjaan pada orang yang tidak punya pekerjaan.

4) Dukungan Informatif

Mencakup pemberian nasehat, petunjuk dan sarana.

d. Hubungan Dukungan Sosial dengan kesehatan

Menurut Gottlieb, 1983 dikutip Smet, 1994 terdapat pengaruh dukungan sosial terhadap kesehatan tetapi bagaimana hal itu terjadi. Penelitian terutama memusatkan pengaruh dukungan sosial pada stres sebagai variabel penengah dalam perilaku kesehatan dan hasil kesehatan. Dua teori pokok diusulkan, hipotesis penyangga (*Buffer Hypothesis*) dan hipotesis efek langsung (*direct effect hypothesis*).

Menurut hipotesis penyangga dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dan melindungi orang itu terhadap efek negatif dari stres berat. Fungsi yang bersifat melindungi ini hanya atau terutama efektif kalau orang itu menjumpai stres yang kuat. Dalam stres yang rendah terjadi sedikit atau tidak ada penyangga bekerja dengan dua orang. Orang-orang dengan dukungan sosial tinggi mungkin akan kurang menilai situasi penuh stres (mereka akan tahu bahwa mungkin akan ada seseorang yang dapat membantu mereka). Orang-orang dengan dukungan sosial tinggi akan mengubah respon mereka terhadap sumber stres misalnya pergi ke seorang teman untuk membicarakan masalahnya.

Hipotesis efek langsung berpendapat bahwa dukungan sosial itu bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan tidak peduli banyaknya stres yang dialami orang-orang menurut hipotesis ini efek dukungan sosial yang positif sebanding dibawah intensitas stres tinggi dan rendah. Contohnya orang-orang dengan dukungan sosial tinggi dapat memiliki penghargaan diri yang lebih tinggi yang membuat mereka tidak begitu mudah diserang stres.

e. Dukungan Sosial (*Social Support*)

Hampir setiap orang tidak mampu menyelesaikan masalah sendiri, tetapi mereka memerlukan bantuan orang lain. Berdasarkan hasil penelitian bahwa dukungan sosial merupakan mediator yang penting dalam menyelesaikan masalah seseorang. Hal ini karena individu merupakan bagian dari keluarga, teman sekolah atau kerja, kegiatan agama ataupun bagian dari kelompok lainnya.

a) Dimensi dukungan sosial

Dimensi dukungan sosial meliputi 3 hal (Jacobson, 1986):

1. *Emotional support*, meliputi; perasaan nyaman, dihargai, dicintai, dan diperhatikan)
2. *Cognitive support*, meliputi informasi, pengetahuan dan nasehat.
3. *Materials support*, meliputi bantuan/pelayanan berupa sesuatu barang dalam mengatasi suatu masalah

b) Mekanisme bagaimana dukungan sosial berpengaruh terhadap kesehatan

Dikenal ada 3 mekanisme *Social support* secara langsung atau tidak berpengaruh terhadap kesehatan seseorang (Pearlin & Aneshensel, 1986: 418)

1. Mediator perilaku

Mengajak individu untuk mengubah perilaku yang jelek dan meniru perilaku yang baik (misalnya, berhenti merokok).

2. Psikologis

Meningkatkan harga diri dan menjembatani suatu interaksi yang bermakna.

3. Fisiologis

Membantu relaksasi terhadap sesuatu yang mengancam dalam upaya meningkatkan sistem imun seseorang

c) Intervensi yang diberikan pada sistem pendukung adalah:

1. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaan
2. Menegaskan tentang pentingnya pasien bagi orang lainnya
3. Mendorong agar pasien mengungkapkan perasaan negatif
4. Memberikan umpan balik terhadap perilakunya
5. Memberikan rasa percaya dan keyakinan
6. Memberi informasi yang diperlukan
7. Berperan sebagai advokat
8. Memberi dukungan: moril, materiil (khususnya keluarga); spiritual
9. Menghargai penilaian individu yang cocok terhadap kejadian (Nursalam, Ninuk Dian, 2007)

2.1.3.4.1 Keterbukaan Status

Kesulitan akan keterbukaan tentang status seseorang terhadap keluarga, komunitas, atau masyarakat, ataupun tempat kerja adalah berbeda-beda pada tiap

negara atau budaya. Pada kasus tertentu, kewaspadaan diperlukan untuk melindungi orang yang mengungkapkan status HIV positifnya, karena hal ini dapat menciptakan tanggapan yang buruk terhadap diri yang bersangkutan dilingkungan pekerjaanya, keluarga atau komunitasnya. Diskriminasi tampil dalam berbagai bentuk, dari yang hampir tak tampak sampai kekerasan fisik. Begitupun ketakutan ODHA dapat berkisar dari persepsi (yang tidak selalu benar) akan diskriminasi pribadi sampai penolakan dan kekerasan yang bersifat objektif. (Atik Suriana, 2013)

2.1.3.4.2 Stigma/diskriminasi

Stigma berawal dari adanya pemahaman yang salah mengenai cara penularan HIV AIDS dan anggapan bahwa HIV AIDS merupakan penyakit yang menjijikkan yang menjangkiti orang yang menyimpang perilaku seksualnya. Bagi masyarakat awam, interaksi sosial dikhawatirkan menjadi penyebab penularan. Masih banyak yang menganggap bahwa sentuhan, pelukan, jabat tangan, berciuman, penggunaan alat makan/minum bersama, penggunaan kamar mandi bersama, tinggal serumah, gigitan nyamuk bahkan berenang bersama dengan penderita bisa menularkan HIV AIDS.

2.1.3.4.3 Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat menjadi faktor yang dapat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu, keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarga yang sakit. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi

sosial, secara negatif, secara berhubungan dengan perilaku kesehatan (Sandy Marubenny, 2013).

Keluarga sangat memandang pentingnya dukungan keluarga terhadap penyakit yang diderita keluarganya. Ada beberapa bentuk dukungan keluarga yaitu dukungan penghargaan (*appraisal support*), dukungan informasi (*information support*), dukungan emosi (*emosional support*), dan salah satunya adalah dukungan materi (*tangible assintance*) yaitu dukungan berupa servis (pelayanan), bantuan keuangan dan pemberian barang-barang fasilitas pendidikan. Adanya keluarga yang memiliki tidak mendukung keluarganya yang terkena HIV/AIDS karena keluarga memandang bahwasanya tidak ada harapan lagi yang bisa didapatkan keluarga dari keluarganya yang terkena HI/AIDS tersebut.

2.1.3.4.4 Pengawas Minum Obat (PMO)

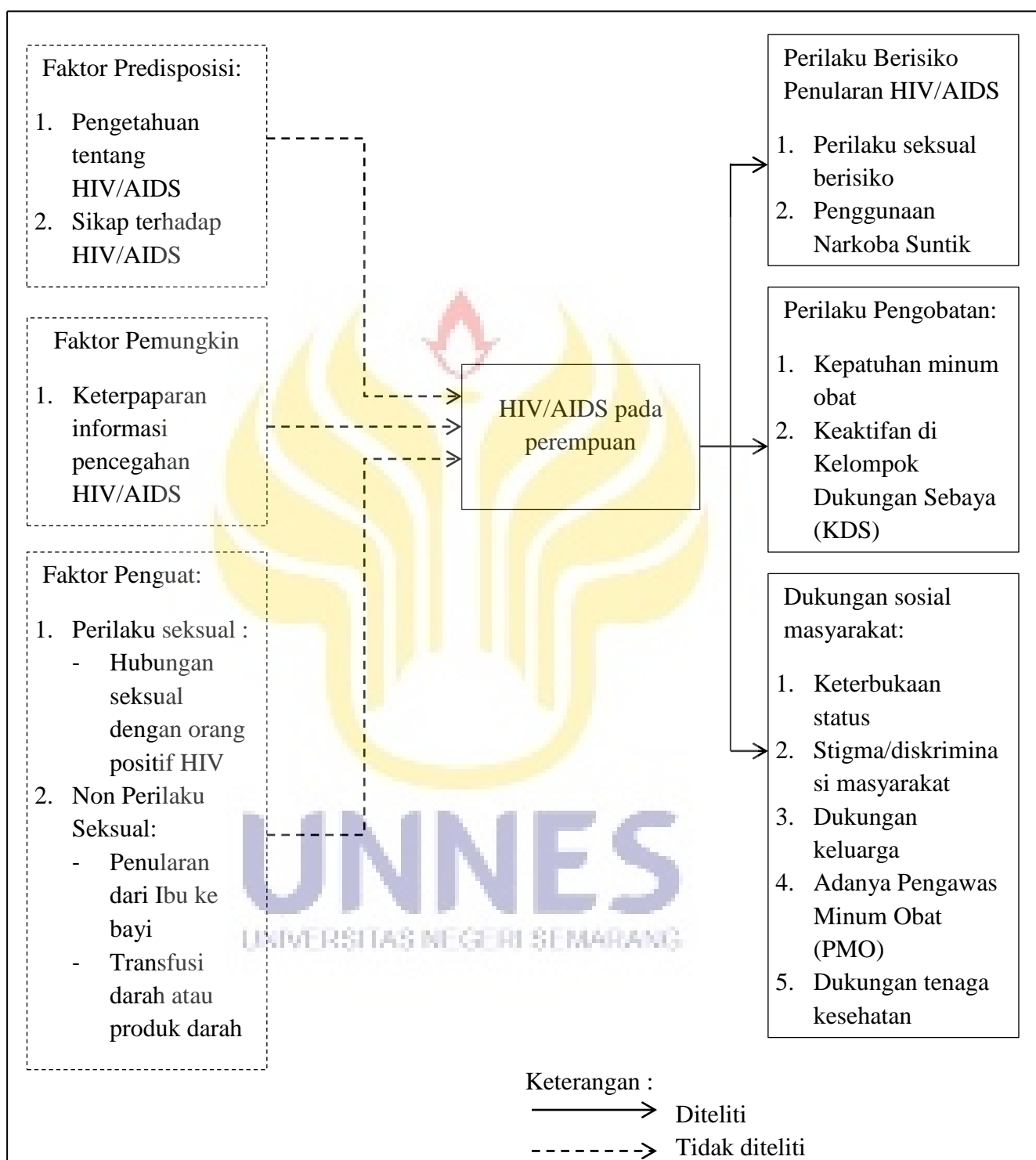
PMO adalah orang yang membantu pengawasan minum obat ODHA untuk menurunkan kejadian resistensi (Kemenkes RI, 2011a). Adanya pengawas minum obat dan layanan penjangkauan di fasilitas kesehatan sangat berpengaruh terhadap kepatuhan minum obat ODHA. Peran utama PMO adalah untuk membantu kepatuhan pasien dengan mungkin ikut terlibat menemani pasien ke klinik untuk kunjungan, mengambil obat, dan memberikan bantuan untuk memastikan pasien mengambil obat yang tepat pada waktu yang tepat, dengan cara yang benar (WHO, 2006). PMO tidak hanya memberikan pengawasan tetapi juga mampu meningkatkan penerimaan diri (*acceptance*) ODHA melalui dukungan psikologis dan psikososial yang diberikan (Nasronudin, 2007).

2.1.3.4.5 Dukungan Tenaga Kesehatan

Dukungan dari tenaga kesehatan professional merupakan faktor yang dapat mempengaruhi perilaku pengobatan pada pendeita HIV. Pelayanan yang baik dari petugas dapat menyebabkan berperilaku positif. Perilaku petugas yang ramah dan segera mengobati pasien pasien tanpa menunggu lama-lama, serta penderita diberi penjelasan tentang obat yang diberikan dan pentingnya makan obat yang teratur.

Peran serta dukungan tenaga kesehatan sangatlah besar bagi penderita, dimana petugas kesehatan adalah pengelola penderita sebab petugas adalah yang paling sering berinteraksi, sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis menjadi lebih baik dan dapat mempengaruhi rasa percaya dan menerima kehadiran petugas kesehatan dapat ditumbuhkan dalam diri penderita dengan baik. Selain itu peran tenaga kesehatan (perawat) dalam pelayan kesehatan dapat berfungsi sebagai *comforter* atau pemberi rasa nyaman, *protector*, dan *advocate* (pelindung dan pembela), *communicator*, *mediator*, dan *rehabilitator*. Peran petugas kesehatan juga dapat berfungsi sebagai konseling kesehatan, dapat dijadikan sebagai tempat bertanya oleh individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat untuk memecahkan berbagai masalah dalam bidang kesehatan yang dihadapi yang dihadapi oleh masyarakat (Exa Puspita, 2016)

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 : Kerangka Teori

(Sumber : Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku (STHP), 2006, Juli Soemirat, 2000:87-88, Soekidjo Notoadmodjo, 2005: 50-52, Koes Irianto, 2014: 61-62, Nursalam, Ninuk Dian, 2007: 91-94)



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 32 responden dan pembahasan tentang gambaran Karakteristik Perempuan Penderita HIV/AIDS (Studi Kasus di BKPM Wilayah Semarang Tahun 2016) diperoleh simpulan sebagai berikut :

1. 81,25% responden yang terinfeksi HIV/AIDS termasuk dalam usia produktif yaitu antara usia 26-45 tahun, 34,4% responden memiliki tingkat pendidikan tamat SMA/SMK, dan jenis pekerjaan responden terbanyak adalah sebagai ibu rumah tangga yaitu 53,1%.
2. Responden memiliki perilaku berisiko sedang penularan HIV/AIDS karena responden yang berhubungan seksual dengan pasangan tetap berjumlah 19 orang (59,4%) dari 19 responden yang masih memiliki suami, dan 47,4% responden yang memiliki suami yang kadang-kadang menggunakan kondom .
3. 57,9 % responden memiliki suami dengan status positif HIV.
4. 96,9% responden patuh berobat, 56,2% responden yang mengalami efek samping ARV, dan 78,1 % responden aktif di kelompok dukungan sebaya (KDS).
5. 84,4% responden yang membuka status HIVnya pada keluarga, 25% responden membuka status HIVnya pada lingkungan tempat tinggal, 6,3% responden yang membuka statusnya pada lingkungan kerja, dan 9,3% responden pernah mengalami stigma/diskriminasi dari lingkungan.

6. 59,4% responden didampingi oleh PMO, 59,4% responden mendapat dukungan dari keluarga, dan 100% responden mendapat dukungan tenaga kesehatan.

6.2 SARAN

Saran yang dapat diambil dari penelitian ini sebagai berikut :

6.2.1 Bagi BKPM Wilayah Semarang

Penelitian ini diharapkan bisa terus melakukan pendampingan pada pasien HIV/AIDS agar tidak putus berobat dan terus memberikan semangat kepada pasien mengingat masih ada pasien HIV/AIDS yang mengalami stigma/diskriminasi dimasyarakat dan masih banyak pasien yang belum terbuka mengenai statusnya baik dilingkungan keluarga, lingkungan tempat tinggal maupun lingkungan kerja.

6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang

Sebagai bahan informasi masalah kesehatan khususnya mengenai karakteristik ibu rumah tangga penderita HIV/AIDS dan diharapkan dapat terus melakukan sosialisasi kepada masyarakat terutama tentang HIV/AIDS karena masih banyak masyarakat yang belum paham tentang HIV/AIDS.

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, hendaknya melakukan penelitian dengan menggunakan desain kuantitatif dengan memperluas sampel penelitian serta lebih memperhatikan variabel-variabel terkait diluar variabel yang diteliti sehingga menjadi penguat atau pembanding penelitian sebelumnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Akib, ArwinAP, Sukmana, N, Gani, RA, Djauzi, S, Djoerban, Z, 2003, *Penatalaksanaan Infeksi HIV di Pelayanan Kesehatan Dasar*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Alvina, 2015, *Gambaran Perilaku Ibu Rumah Tangga Pengidap HIV dan AIDS di Kelompok Dukungan Sebaya Mahakam Plus Tahun 2014*, Volume 1, No 1, Juni 2015, hlm. 23-27.
- Analisis, FS, 2011, *Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Tentang HIV/AIDS dengan Praktik Pencegahan HIV/AIDS pada Wanita Penjaja Seks (WPS)*, Skripsi, Universitas Negeri Semarang.
- Apri, Astuti, 2010, *Hubungan Antara Dukungan Sosial Yang Diterima Dengan Kebermaknaan Hidup Pada ODHA(Orang denngan HIV/AIDS,).* Skripsi, Universitas Mercu Buana Yogyakarta.
- Caroline, S, 2010, *Perbedaan Peningkatan Pengetahuan Tentang HIV/AIDS Melalui Penyuluhan Ceramah Plus Diskusi dan Ceramah Plus Leaflet pada Siswa Kelas VIII SMPN 12 Pekalongan*, Skripsi, Universitas Negeri Semarang.
- Dalimoenthe, Ikhlasih, *Perempuan dalam Cengkeraman HIV/AIDS: Kajian Sosiologi Feminis Perempuan Ibu Rumah Tangga, Komunitas*, Volume 5, No 1, Juli 2011, hlm. 41-48.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2015, *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2015*, Dinkes Kota Semarang, Semarang.
- Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Jawa Tengah, 2015, *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 2015*, Dinkes Propinsi Jateng, Semarang.
- Febriyanto, HS, 2010, *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dan Sikap Tentang HIV/AIDS dengan Perilaku Berisiko Terkena HIV/AIDS*, Skripsi, Universitas Negeri Semarang.
- Irianto, Koes, 2014, *Epidemiologi Penyakit Menular & Tidak Menular*, Alfabeta, Bandung.
- Kamila, Naila, 2010, *Persepsi Orang dengan HIV dan AIDS Terhadap Peran Kelompok Dukungan Sebaya*, Volume 6, No 1, Juli 2010, hlm. 36-43
- Kementrian Kesehatan RI, 2015, *Laporan Perkembangan HIV-AIDS Triwulan I Tahun 2015*, Kemenkes RI, Jakarta.

- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2008, *Pemberdayaan Perempuan dalam Pencegahan Penyebaran HIV/AIDS*, Kemeneq PP&PA Republik Indonesia, Jakarta.
- Khosidah, Amik, 2014, *Persepsi Ibu Rumah Tangga Tentang Voluntary Councelling and Testing (VCT) Terhadap Perilaku Pencegahan HIV/AIDS*, *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, Volume 5, No 2, Desember 2014, hlm. 67-78.
- Komisi Penanggulangan AIDS, 2007, *Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV Dan AIDS Di Indonesia 2007-2010*, Jakarta.
- Larasaty, Nurina Dyah, 2015, *Bentuk-Bentuk Dukungan Keluarga Kepada Ibu Dengan HIV Positif Dalam Menjalani Terapi ARV (Studi Kasus pada Kelompok Dukungan Sebaya/KDS Arjuna Plus Kota Semarang)*, hlm 147.
- Mandal, BK, Wilkins, EGL, Dunbar, EM, Mayon-White, RT, 2008, *Penyakit Infeksi*, Terjemahan dari Juwalita Surapsari. Erlangga, Jakarta.
- Marubenny, Sandy, 2013, *Perbedaan Respon Sosial Penderita HI-AIDS yang Mendapat Dukungan Keluarga dan Tidak Mendapat Dukungan Keluarga di Balai Kesehatan Paru Masyarakat(BKPM)*, *Jurnal Keperawatan Komunitas*, Volume 1, No 1, Mei 2013, hlm. 43-51.
- Mukarom, RS, 2012, *Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Sikap Wanita Tuna Susila Terhadap Infeksi HIV/AIDS di Lokalisasi Kopeng Kabupaten Semarang*, *Jurnal Kebidanan Panti Wilasa*, Volume 3, No 1, Oktober 2012.
- Notoatmodjo, S, 2005, *Promosi Kesehatan teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.
- , S. 2010, *Ilmu perilaku kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- , Soekidjo, 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rhineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam, Ninuk Dian, 2007, *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV*, Salemba Medika, Jakarta.
- Octavianty, Lenny, 2015, *Pengetahuam Sikap dan Pencegahan HIV/AIDS pada Ibu Rumah Tangga, Kemas*, Volume II, No 1, Juli 2015, hlm. 53-58.
- Oktarina dkk, 2009, *Hubungan Antara Karakteristik Responden Keadaan Wilayah dengan Pengetahuan Sikap Terhadap HIV/AIDS pada Masyarakat Indonesia*, Volume 12, No 4, Oktober 2009, hlm. 362-369.
- Pahlevi, Yusuf, 2011, *Gambaran Karakteristik Penderita HIV Positif (Studi Kasus di Kabupaten Kendal)*, Skripsi, Universitas Negeri Semarang.

- Pradono, Julianty, 2014, *Faktor Persepsi dan Sikap dalam Pemanfaatan Layanan Voluntary Counseling and Testing (VCT) Oleh Kelompok Berisiko HIV/AIDS Di Kota Bandung Tahun 2013*, volume 5, No. 1, April 2014, hlm 49-57-51.
- Reza, Muhammad, 2013, *Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Penerimaan Diri pada Remaja Penderita HIV di Surabaya*, Character, Volume 1, No. 3.
- Simanjuntak, Erledis, 2010, *Analisis Faktor Resiko Penularan HIV/AIDS di Kota Medan*, Jurnal Pembangunan Manusia, Volume 4, No 12.
- Sugiyono, 2008 , *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, Alfabeta, Bandung.
- Suriana, Atik, 2013, *Penelitian Tentang Self Disclosure Pasien ODHA, RSUD Banyumas*, Psycho Idea, Volume 11, No.1, Februari 2013.
- Tampi, D, 2013, *Hubungan Pengetahuan Sikap dengan Tindakan Pencegahan HIV/AIDS pada Siswa SMA Manado International School*, Volume I, No 4, Desember 2013.
- Waluyo, Agung, 2006, *Persepsi Pasien dengan HIV/AIDS dan Keluarganya Tentang HIV/AIDS dan Stigma Masyarakat Terhadap Oasien HIV/AIDS*, Volume 10, No.2, September 2006, hlm. 61-69.
- Wahyuni, Wenny, 2013, *Partisipasi Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Ibu Rumag Tangga Pada Program Prevention Of Mother To Child HIV Transmission (PMTCT) Di Kota Semarang*, November 2015.
- Widodo, Edy, 2009, *Praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) Dalam Pencegahan Penyakit Infeksi Menular Seksul (IMS) dan HIV/AIDS di Lokalisasi Koplak Kabupaten Grobogan*, Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia, Volume 4, No 2, Agustus 2009, hlm. 94-102.
- Widoyono, 2008, *Penyakit Tropis Epidemiologi Penularan Pencegahan dan Pemberantasannya*, Erlangga, Jakarta.