



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
HANG TUAH PEKANBARU**

Jl. Mustafa Sari No. 5 Tangkerang Selatan Pekanbaru, Telp. (0761) 33815 Fax. (0761) 863646
email : info.stikes@hangtuhapekanbaru.ac.id Izin Mendiknas : 226/D/O/2002 Website : www.hangtuhapekanbaru.ac.id

SURAT TUGAS

Nomor : 0045.a/PS-S1 BID/STIKes-HTP/IX/2020

Yang bertanda tangan di bawah ini Ketua Program Studi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru, dengan ini menugaskan untuk melaksanakan penulisan Buku Ajar kepada:

1. Nama : Juli Selvi Yanti, SST, M.Kes
NIDN : 1006078001
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
2. Nama : Liva Maita, SST, M.Kes
NIDN : 0425058402
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
3. Nama : Ika Putri Damayanti, SKM, M.Kes
NIDN : 1012068101
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
4. Nama : Nelly Karlinah, SST, M.Keb
NIDN : 0120108702
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
5. Nama : Eka Maya Saputri, SST, M.Kes
NIDN : 1004098801
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
6. Nama : Rina Yulviana, SKM, M.Kes
NIDN : 1009058901
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
7. Nama : Octa Dwiena Ristica, SKM, M.Kes
NIDN : 1008108502
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
8. Nama : Rita Afni, SST, M.Kes
NIDN : 1014118701
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
9. Nama : Intan Widya Sari, SST, M.Keb
NIDN : 1001088506
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
HANG TUAH PEKANBARU

Jl. Mustafa Sari No. 5 Tangkerang Selatan Pekanbaru, Telp. (0761) 33815 Fax. (0761) 863646
email : info.stikes@hangtuhapekanbaru.ac.id Izin Mendiknas : 226/D/O/2002 Website : www.hangtuhapekanbaru.ac.id

10. Nama : Berliana Irianti, S.SiT, M. Keb
NIDN : 1009128261
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
11. Nama : Cecen Suci Hakameri, S.Tr.Keb, M.Keb
NIDN : 1016089303
Jabatan : Dosen Prodi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru

Demikianlah surat tugas ini dibuat untuk dapat diketahui dan dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : P E K A N B A R U
Pada Tanggal : 9 September 2020
Ketua Program Studi S1 Kebidanan
STIKes Hang Tuah Pekanbaru


Juli Selvi Yanti, SST, M.Kes
NIDN. 1006078001





Bahan Ajar

HIV/AIDS
DALAM
KEBIDANAN

Berliana Irianti, S.Si.T, M.Keb
Cecen Suci Hakameri, S.Tr.Keb, M.Keb



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Buku Ajar “HIV/AIDS Dalam Kebidanan”. Buku ajar ini disusun berdasarkan materi pokok bahasan mata kuliah HIV/AIDS yang telah disesuaikan dengan kurikulum S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah Pekanbaru Tahun Ajaran 2020/2021.

Buku ajar ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi mahasiswa program studi S1 Kebidanan STIKes Hang Tuah. Buku ajar ini kami persembahkan untuk mendukung perkembangan pendidikan dan menambah ilmu mahasiswa serta menjadikan anak didik yang berkualitas.

Akhirnya kami mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dan memberikan masukan demi tersusunnya buku ajar ini. Kami menyadari kesempurnaan adalah milik Allah SWT, untuk itu dengan hati terbuka kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi perbaikan buku ajar ini di masa yang akan datang.

Pekanbaru, November 2020

Wassalam,

Penulis

BAB I

PATOFISIOLOGI PMS, HIV DAN AIDS

A. PENDAHULUAN

Penyakit Menular Seksual (PMS) atau biasa disebut penyakit kelamin adalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual. Yang termasuk PMS adalah Syphilis, Gonorrhoe Bubo, jengger ayam, herpes, HIV/AIDS, dan lain-lain. Meskipun masih sedikit bukti-bukti empiris tentang munculnya berbagai penyakit menular di negara berkembang seperti di Indonesia, tetapi data faktual telah menunjukkan bahwa penyakit menular khususnya penyakit menular seksual (PMS) semakin hari semakin bertambah jumlah pasien yang tidak tertolong.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu menguasai konsep teoritis dan konsep umum patofisiologi HIV/AIDS.

B. PENYAJIAN MATERI

1. PENGERTIAN DASAR PMS, HIV DAN AIDS

a. Penyakit Menular Seksual (PMS)

Penyakit Menular Seksual (PMS) merupakan salah satu Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) yang ditularkan melalui hubungan kelamin. Infeksi saluran reproduksi merupakan infeksi yang disebabkan oleh masuk dan berkembang biaknya kuman penyebab infeksi ke dalam saluran reproduksi. Kuman penyebab infeksi tersebut dapat berupa jamur, virus dan parasit. Meskipun PMS dapat disebabkan oleh kuman yang berbeda, namun sering memberikan keluhan dan gejala yang sama. Sebagai contoh, pus (cairan nanah) yang keluar dari saluran kencing laki-laki (uretra) atau dari liang senggama wanita (vagina), dan borok pada kelamin, merupakan keluhan sekaligus gejala PMS yang umum dijumpai.

Penyebab Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) adalah :

- 1) Sisa kotoran yg tertinggal karena pembasuhan buang air besar yang kurang sempurna,
- 2) Kesehatan umum rendah,
- 3) Kurangnya kebersihan alat kelamin, terutama saat menstruasi,
- 4) Perkawinan pada usia terlalu muda dan berganti-ganti pasangan,
- 5) Hubungan seksual dengan penderita infeksi,
- 6) Perlukaan pd saat keguguran, melahirkan, atau perkosaan,
- 7) Kegagalan pelayanan kesehatan dalam sterilisasi alat dan bahan dalam melakukan pemeriksaan / tindakan di sekitar saluran reproduksi.

Wanita lebih rentan terinfeksi dibandingkan laki-laki dikarenakan hal berikut :

- 1) Saluran reproduksi wanita lebih luas permukaannya,
- 2) Saat berhubungan seks, dinding vagina dan leher rahim langsung terpapar oleh cairan sperma, jika sperma terinfeksi oleh PMS, maka wanita tersebut pun bisa terinfeksi,
- 3) ISR pada wanita tidak selalu menunjukkan gejala, kondisi ini dapat menyebabkan infeksi meluas jarangan menimbulkan komplikasi,
- 4) Banyak orang, terutama wanita dan remaja enggan untuk mencari pengobatan karena mereka tidak ingin keluarga atau masyarakat tahu mereka menderita PMS.

Beberapa hal penting yang perlu diketahui tentang PMS :

- 1) PMS dapat terjadi pada laki-laki maupun perempuan,
- 2) Penularan PMS dapat terjadi, walaupun hanya sekali melakukan hubungan seksual tanpa memakai kondom dengan penderita PMS,
- 3) Tidak ada seorang pun yang kebal terhadap PMS,

- 4) Wanita lebih mudah tertular PMS dari pasangannya dibandingkan sebaliknya, karena bentuk alat kelaminnya dan luas permukaan yang terpapar oleh air mani pasangannya,
- 5) Infeksi atau borok pada alat reproduksi wanita sering tersembunyi dan tidak mudah terlihat pd kelamin wanita sulit terlihat oleh petugas yang kurang terlatih,
- 6) ISR meningkatkan risiko penularan PMS/HIV/AIDS pd wanita 10 kali lebih besar,
- 7) Beberapa PMS mungkin tidak menimbulkan gejala yang berarti pada wanita, tetapi tetap dapat menularkan penyakit tersebut pada pasangannya,
- 8) Tanda-tanda dan gejala PMS pada laki-laki biasanya tampak jelas sebagai luka atau pus tubuh, sehingga pengobatannya dapat dilakukan lebih awal,
- 9) PMS sering tidak diobati dengan benar sehingga mengakibatkan penularan dan penderitaan yang berkepanjangan. Kebanyakan PMS dapat diobati bila pengobatannya tepat dan pada saat yang tepat pula,
- 10) Komplikasi PMS seperti kemandulan dapat dicegah bila PMS segera diobati,
- 11) Belum ada vaksin imunisasi untuk PMS,
- 12) PMS meningkatkan kemungkinan tertular HIV / AIDS sebanyak 4 kali.

Diantara ISR, penyakit menular seksual (PMS) merupakan penyakit infeksi yang sering ditemukan dan ditularkan melalui hubungan kelamin. Termasuk di dalam kelompok PMS adalah gonorrhoe, sifilis, ulkus molle, kondiloma akuminata, herpes genital dan HIV/AIDS.

Pada wanita, ISR dapat menyebabkan kehamilan diluar kandungan, kemandulan, kanker leher rahim, kelainan pada janin /

bayi, misalnya bayi berat lahir rendah (BBLR), infeksi bawaan sejak lahir, bayi lahir mati, dan bayi lahir belum cukup umur.

Dari semua PMS, HIV/AIDS merupakan jenis PMS yang paling berbahaya, karena belum ditemukan pengobatannya dan berakhir dengan kematian bagi penderitanya.

b. HIV/AIDS

1) Pengertian HIV

HIV singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus* yaitu sejenis virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia.

Virus HIV akan masuk ke dalam sel darah putih dan merusaknya, sehingga sel darah putih yang berfungsi sebagai pertahanan terhadap infeksi akan menurun jumlahnya. Akibatnya sistem kekebalan tubuh menjadi lemah dan penderita mudah terkena berbagai penyakit. Kondisi ini disebut AIDS.

2) Pengertian AIDS

AIDS dingkatan dari *Acquired Immuno Deficiency Syndrom*, yaitu kumpulan gejala penyakit (sindrom) yang didapat akibat turunya kekebalan tubuh yang disebabkan oleh HIV.

Ketika individu sudah tidak lagi memiliki sistem kekebalan tubuh, maka semua penyakit dapat masuk ke dalam tubuh dengan mudah (infeksi oportunistik). Oleh karena itu sistem kekebalan tubuhnya menjadi sangat lemah, maka penyakit yang tadinya tidak berbahaya akan menjadi sangat berbahaya.

3) Pernyataan yang Salah tentang HIV/AIDS

- a) Hanya orang asing yang terkena HIV karena mereka jorok,
- b) Pelacur / homoseks / waria adalah penyebab penyebaran HIV / AIDS,

- c) Pengidap HIV bisa dibedakan dari yang tidak mengidap, jadi bisa memilih pasangan yang bersih,
- d) Hanya orang yang suka melakukan hubungan seks bebas yang bisa tertular HIV / AIDS,
- e) HIV / AIDS bisa menular melalui jamban atau kolam renang umum, juga melalui gigitan nyamuk,
- f) HIV / AIDS bisa dicegah dengan minum jamu.

2. SEJARAH HIV / AIDS

a. Sejarah AIDS

Para ilmuwan umumnya berpendapat bahwa AIDS berasal dari Afrika Sub-Sahara. Penularan HIV diduga berasal dari kera hijau Afrika yang mengidap SIV tetapi banyak yang tidak sakit, namun menyebabkan simian AIDS pada kera di Asia.

b. Asal Usul HIV / AIDS

1) AIDS pertama dilaporkan pada tanggal 5 Juni 1981 di Los Angeles oleh *Centers for Disease Control and Prevention* (Amerika Serikat). Penyakit ini diderita oleh 5 laki-laki homoseksual yang mengalami penurunan kekebalan dan terjangkit Pneumonia pneumosistis.

2) Spesies HIV yang menginfeksi manusia yaitu HIV-1 dan HIV-2 :

a) HIV-1

Lebih mematikan, mudah masuk ke dalam tubuh, sumber mayoritas infeksi HIV di dunia. Berasal dari simpanse *Pan troglodytes troglodytes* yang ditemukan di Kamerun Selatan

b) HIV-2

Sulit dimasukkan, kebanyakan berada di Afrika Barat. Berasal dari *Sooty Mangabey (Cercocebus atys)*, monyet dari Guinea Bissau, Gabon, dan Kamerun

- 3) Banyak ahli berpendapat, bahwa HIV masuk ke dalam tubuh manusia akibat kontak dengan primata lainnya, contohnya selama berburu atau pemotongan daging.

Kesimpulan dari hal tersebut adalah :

- Sekarang secara umum diterima bahwa HIV merupakan keturunan dari SIV.
- Jenis SIV tertentu mirip dengan HIV-1 dan HIV-2.
- Sebagai contoh, HIV-2 dapat disamakan dengan SIV yang ditemukan pada monyet *sooty mangabey* (SIV_{sm}), dikenal sebagai monyet hijau yang berasal dari Afrika barat.
- Jenis HIV yang lebih mematikan, yaitu HIV-1, hingga akhir-akhir ini sangat sulit untuk digolongkan.
- Sampai 1999, yang paling mirip adalah SIV yang diketahui menginfeksi simpanse (SIV_{cpz}), tetapi ada perbedaan yang berarti antara SIV_{cpz} dan HIV.

Ada 3 infeksi HIV yang paling awal, yaitu :

- 1) Contoh plasma (cairan darah) yang diambil dari seorang pria dewasa yang hidup di Republik Demokratik Kongo tahun 1959.
- 2) HIV ditemukan pada contoh jaringan tubuh dari seorang pemuda Amerika-Afrika yang meninggal dunia di St. Louis, AS, tahun 1969.
- 3) HIV ditemukan pada contoh jaringan tubuh dari seorang pelaut Norwegia yang meninggal dunia sekitar tahun 1976.

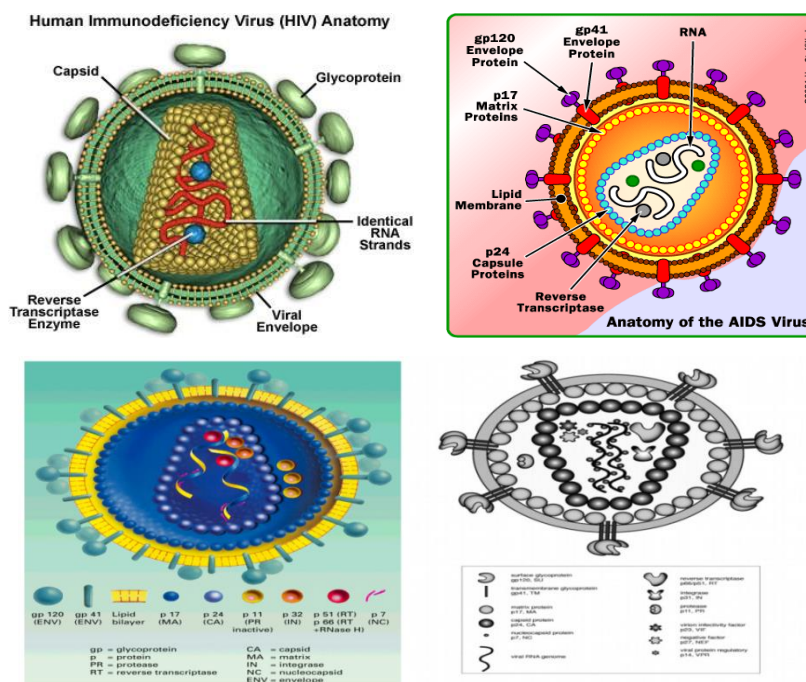
3. KONSEP DASAR HIV / AIDS

a. Proses Replikasi HIV

- 1) Struktur dan Materi Genetik HIV

Secara struktural morfologinya, bentuk HIV terdiri atas sebuah silinder yang dikelilingi pembungkus lemak yang melingkar-

melebar. Pada pusat lingkaran terdapat untaian RNA. HIV mempunyai 3 gen yang merupakan komponen fungsional dan struktural. Tiga gen tersebut yaitu yaitu *gag*, *pol*, dan *env*. *Gag* berarti grup antigen, *pol* mewakili polymerase, dan *env* adalah kepanjangan dari *envelope*. Gen *gag* mengode protein inti. Gen *pol* mengode enzim *reverse transcriptase*, *protease* dan *integrase*. Gen *env* mengode komponen struktural HIV yang dikenal dengan glikoprotein. Gen lain yang ada dan juga penting dalam replikasi virus, yaitu : *rev*, *nef*, *vif*, *vpu*, dan *vpr*.



Gambar 1.1. Struktur HIV

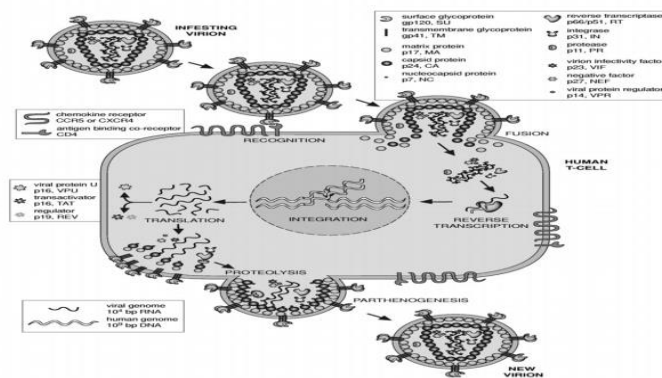
2) Siklus Hidup HIV

Sel pejamu yang terinfeksi oleh HIV memiliki waktu hidup sangat pendek; hal ini berarti HIV secara terus-menerus menggunakan sel pejamu baru untuk mereplikasi diri. Sebanyak 10 milyar virus dihasilkan setiap harinya. Serangan pertama HIV akan tertangkap oleh sel dendrit pada membrane mukosa dan kulit pada 24 jam pertama setelah paparan. Sel yang terinfeksi akan membuat jalur ke

nodus limfa dan kadang-kadang ke pembuluh darah perifer selama 5 hari setelah paparan, dimana replikasi virus menjadi cepat.

Siklus hidup HIV dapat dibagi menjadi 5 fase, yaitu :

- a) Masuk dan mengikat,
- b) Reverse transcriptase,
- c) Replikasi,
- d) Budding,
- e) Maturasi.

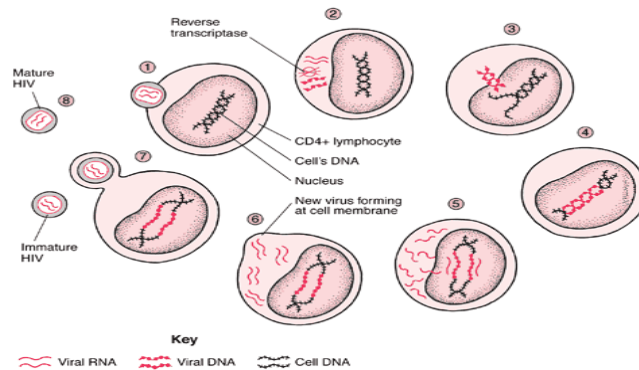


Gambar 1.2. Siklus Hidup HIV

c. Proses Replikasi HIV

Sel CD4 berperan sebagai koordinator sistem imun, menjadi sasaran utama HIV. HIV merusak sel-sel CD4 sehingga sistem kekebalan tubuh menjadi porak-poranda. Berbeda dengan bakteri, misalnya : *Mycobacterium tuberculosis* yang berkembang-biak dengan membelah diri, maka HIV sebagai retrovirus butuh sel hidup untuk memperbanyak dirinya. Sel yang jadi sasaran adalah sel-sel CD4. HIV akan menempel di Sel CD4, memasuki dan menggunakannya sebagai mesin fotokopi untuk memperbanyak diri. Replikasinya begitu cepat, bisa mencapai jutaan setiap

harinya, sekaligus merusakkan Sel CD4 yang digunakan sebagai *host* atau inang.



Gambar 1.3.
Proses Replikasi HIV

Replikasi HIV di dalam sel CD4 terjadi melalui 7 tahap, yaitu :

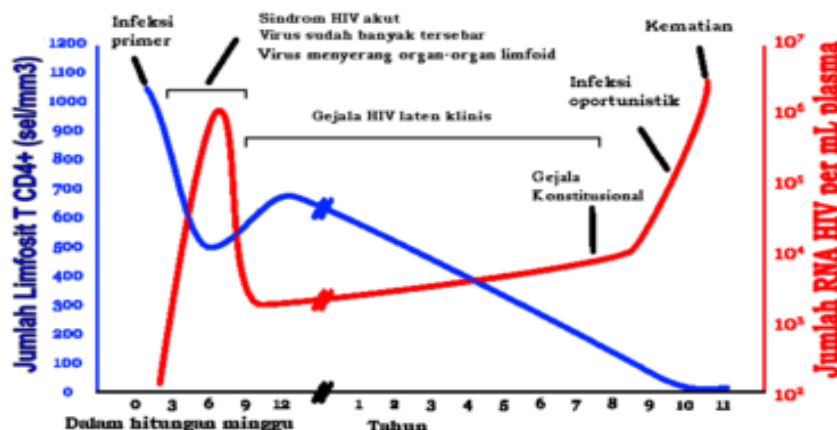
- 1) HIV menempelkan diri (fusi) ke sel inang yang dalam hal ini adalah Sel CD4.
- 2) Setelah berfusi, selanjutnya RNA HIV, enzim *reverse transkriptase* dan integrase serta protein-protein virus lainnya memasuki sel inang (CD4).
- 3) DNA Virus terbentuk dengan bantuan enzim *reverse transkriptase*.
- 4) DNA Virus bergerak ke *nucleus* Sel CD4 dan dengan bantuan enzim *integrase* berintegrasi dengan DNA sel inang (CD4).
- 5) Virus RNA baru digunakan sebagai genom (genetik informasi) RNA untuk membuat protein virus.
- 6) Virus RNA baru dan protein bergerak ke permukaan sel dan terbentuklah virus muda yang baru.
- 7) Virus HIV baru dimatangkan oleh enzim protease yang dilepas dari protein HIV, dan siap memasuki sel CD4 lainnya.

b. Stadium HIV / AIDS

Perjalanan klinis pasien dari tahap terinfeksi HIV sampai tahap AIDS, sejalan dengan penurunan derajat imunitas pasien, terutama

imunitas seluler dan menunjukkan gambaran penyakit yang kronis. Penurunan imunitas biasanya diikuti adanya peningkatan risiko dan derajat keparahan infeksi oportunistik serta penyakit keganasan. Dari semua orang yang terinfeksi HIV, sebagian berkembang menjadi AIDS pada tiga tahun pertama, 50 % menjadi AIDS sesudah sepuluh tahun, dan hampir 100 % pasien HIV menunjukkan gejala AIDS setelah 13 tahun.

Perjalanan klinis HIV / AIDS digambarkan sebagai berikut :



Gambar 1.4.
Perjalanan HIV pada individu yang Terinfeksi HIV

Pembagian stadium :

1) Stadium pertama : HIV

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibodi terhadap virus tersebut berubah dari negatif menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif disebut *window period*. Lama *window period* antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang dapat berlangsung sampai enam bulan.

2) Stadium kedua : Asimptomatik (tanpa gejala)

Asimptomatik berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung sekitar 5-10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV / AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain.

3) Stadium ketiga : pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih dari satu bulan.

4) Stadium keempat : AIDS

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf, dan penyakit infeksi sekunder.

4. ANTI RETROVIRAL THERAPY

HIV menyebabkan terjadinya penurunan kekebalan tubuh sehingga pasien rentan terhadap serangan oportunistik. Antiretroviral (ARV) bisa diberikan pada pasien untuk menghentikan aktivitas virus, memulihkan sistem imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik, memperbaiki kualitas hidup, dan menurunkan kecacatan. ARV tidak menyembuhkan pasien HIV, namun bisa memperbaiki kualitas hidup dan memperpanjang usia harapan hidup penderita HIV/AIDS. Obat ARV terdiri atas beberapa golongan seperti *nucleoside reverse transcriptase inhibitor*, *nucleotide reverse transcriptase inhibitor*, *non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor*, dan inhibitor protease.

Untuk memulai *anti retroviral therapy* (ART), ada beberapa syarat yang harus dipenuhi oleh penderita. Syarat yang harus dipenuhi untuk mencegah putus obat dan menjamin efektifitas pengobatan antara lain adalah infeksi HIV telah dikonfirmasi dengan hasil tes (positif) yang tercatat, memiliki indikasi medis, dan tidak memulai ART jika tidak

memenuhi indikasi klinis, mengulangi pemeriksaan CD4 dalam 4 bulan jika memungkinkan, pasien yang memenuhi kriteria dapat memulai di pelayanan kesehatan, jika infeksi oportunistik telah diobati dan sudah stabil, maka pasien telah siap untuk pengobatan ART, adanya tim medis AIDS yang mampu memberikan perawatan kronis dan menjamin persediaan obat yang cukup.

a. Tujuan Pemberian ARV

ARV diberikan pada pasien HIV/ AIDS dengan tujuan :

- 1) Menghentikan replikasi HIV,
- 2) Memulihkan sistem imun dan mengurangi terjadinya infeksi oportunistik,
- 3) Memperbaiki kualitas hidup,
- 4) Menurunkan morbiditas dan mortalitas karena infeksi HIV.

b. Cara Kerja ARV

Obat-obatan ARV yang beredar saat ini sebagian besar bekerja berdasarkan siklus replikasi HIV, sementara obat-obat baru lainnya masih dalam penelitian. Jenis obat-obat ARV mempunyai target yang berbeda pada siklus replikasi HIV yaitu :

- 1) *Entry* (saat masuk). HIV harus masuk ke dalam sel T untuk dapat memulai kerjanya yang merusak. HIV mula-mula melekatkan diri pada sel, kemudian menyatukan membran luarnya dengan membran luar sel. Enzim *reverse transcriptase* dapat dihalangi oleh obat AZT, ddC, 3TC, dan D4T, enzim integrase mungkin dihalangi oleh obat yang sekarang sedang dikembangkan, enzim protease mungkin dapat dihalangi oleh obat Saquinavir, Ritonivir, dan Indinivir.
- 2) *Early replication*. Sifat HIV adalah mengambil alih mesin genetik sel T. Setelah bergabung dengan sebuah sel, HIV menaburkan bahan-bahan genetiknya ke dalam sel. Disini HIV mengalami

masalah dengan kode genetiknya yang tertulis dalam bentuk yang disebut RNA, sedangkan pada manusia kode genetik tertulis dalam DNA. Untuk mengatasi masalah ini, HIV membuat enzim *reverse transcriptase* (RT) yang menyalin RNA-nya ke dalam DNA. Obat *Nucleoside RT inhibitors* (*Nukes*) menyebabkan terbentuknya enzim *reverse transcriptase* yang cacat. Golongan *non-nucleoside RT inhibitors* memiliki kemampuan untuk mengikat enzim *reverse transcriptase* sehingga membuat enzim tersebut menjadi tidak berfungsi.

- 3) *Late Replication*. HIV harus menggunting sel DNA untuk kemudian memasukkan DNANYA sendiri ke dalam guntingan tersebut dan menyambung kembali helaian DNA tersebut. Alat penyambung itu adalah enzim integrase, maka obat *integrase inhibitors* diperlukan untuk menghalangi penyambungan ini.
- 4) *Assembly* (perakitan / penyatuan). Begitu HIV mengambil alih bahan-bahan genetik sel, maka sel akan diatur unyuk membuat berbagai potongan sebagai bahan untuk membuat virus baru. Potongan ini harus dipotong dalam ukuran yang benar yang dilakukan enzim protease HIV, maka pada fase ini, obat jenis *protease inhibitors* diperlukan untuk menghalangi terjadinya penyambungan ini.

c. Jenis Obat-obatan ARV

Obat ARV terdiri atas beberapa golongan antara lain *nucleoside reverse transcriptase inhibitors*, *non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors*, *protease inhibitor*, dan *fusion inhibitor*.

1) *Nucleoside reverse transcriptase inhibitor* (NRTI).

Obat ini dikenal sebagai analog nukleosida yang menghambat proses perubahan RNA virus menjadi DNA (proses ini dilakukan oleh virus HIV agar bisa bereplikasi).

Tabel 1.1
Jenis Obat-obatan ARV

Nama Generik	Nama Dagang	Nama Lain
Zidovudine	Retrovir	AZT, ZCV
Didanosine	Videx	ddi
Zalcitabine	Hivid	ddC, dideoxycytidine
Stavudine	Zerit	d4T
Lamivudine	Epivir	3TC
Zidovudine / Lamivudine	Combivir	Kombinasi AZT dan 3TC
Abacavir	Ziagen	ABC
Zidovudine / Lamivudine / Abacavir	Trizivir	Kombinasi AZT, 3TC, dan Abacavir
Tenofovir	Viread	Bis-poc PMPA

- 2) *Nucleotide reverse transcriptase inhibitor* (NtRTI). Yang termasuk golongan ini adalah Tenofovir (TDF).
- 3) *Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor* (NNRTI). Golongan ini juga bekerja dengan menghambat proses perubahan RNA menjadi DNA dengan cara mengikat reverse transcriptase sehingga tidak berfungsi.
- 4) *Protease inhibitor* (PI, menghalangi kerja enzim protease yang berfungsi memotong DNA yang dibentuk oleh virus dengan ukuran yang benar untuk memproduksi virus baru, contoh obat golongan ini adalah indinavir (IDV), nelvinafir (NFV), squinavir (SQV), ritonavir (RTV), amprenavir (APV), dan loponavir / ritonavir (LPV/r).
- 5) *Fusion inhibitor*. Yang termasuk golongan ini adalah Enfuvirtide (T-20).

ARV bekerja secara berbedabeda pada siklus hidup HIV untuk mencegah virus memperbanyak diri.

Tabel 1.2
Beberapa Contoh Obat ARV

Nama Obat	Jenis Obat	Kemungkinan Efek Samping	Petunjuk Penggunaan Obat	Berapa Kali / Hari	Dengan / tanpa Makanan
AZT	RTI	Mual, muntah, sakit kepala, susah tidur, nyeri otot	<ul style="list-style-type: none"> • Mulai dengan dosis kecil lalu dinaikkan selama 2 minggu • Jangan minum obat larut malam 	2–3 kali / hari	Diminum sebelum makan, bila mual minum sesudah makan
ddC	RTI	Luka di mulut, kelainan saraf tepi, radang pankreas	Tidak ada	3 kali / hari	Dapat diminum dengan / tanpa makanan
Ddi	RTI	Mencret, radang pankreas	Harus diminum sewaktu perut kosong	2 kali / hari	Harus diminum sewaktu perut kosong
d4T	RTI	Sakit kepala, diare, panas	Tidak ada	2 kali / hari	Dapat diminum dengan / tanpa makanan
3TC	RTI	Sakit kepala, lesu, sulit tidur, neutropenia	Tidak ada	2 kali / hari	Dapat diminum dengan / tanpa makanan
Nevirapine	RTI	Kelainan hati, bercak merah pada kulit	Bercak merah dapat diobati dengan antihistamin	2 kali / hari	Paling baik diminum waktu makan
Delavirdine	RTI	Lesu, mual, diare, kelainan hati, bercak merah pada	• Bercak merah dapat diobati dengan antihistamin	3 kali / hari	Harus diminum sewaktu perut

		kulit, panas	dengan pengawasan dokter <ul style="list-style-type: none"> • Hindari makanan berlemak 		kosong
Saquinivir	PI	Diare dan mual	<ul style="list-style-type: none"> • Minum sewaktu makan untuk meningkatkan absorpsi • Pertimbangkan obat lain bila diare • Jangan minum antihistamin kecuali dengan pengawasan dokter 	2–3 kali / hari	Harus diminum sewaktu makan, terutama saat mengkonsumsi makanan tinggi protein dan lemak
Ritonovir	PI	Mual, diare, lemah, muntah, gangguan rasa kurang nafsu makan, mati rasa, atau geli sekitar mulut	Tidak ada	2 kali / hari	Harus diminum sewaktu makan, terutama saat mengkonsumsi makanan tinggi protein dan lemak
Indinivir	PI	Mual, kelainan hati, batu ginjal	<ul style="list-style-type: none"> • Jangan makan 1 jam sebelum dan 2 jam sesudah minum obat • Banyak minum air sepanjang hari untuk mencegah batu ginjal • Jangan minum antihistamin kecuali dengan pengawasan dokter 	3 kali / hari	Harus diminum sewaktu perut kosong

d. Saat Memulai Terapi ART

Semakin cepat pengobatan dimulai, semakin baik hasilnya. Obat akan bekerja dengan baik bila sistem kekebalan juga bekerja dengan baik melawan virus. Namun demikian, waktu memulai terapi ARV harus dipertimbangkan dengan seksama karena ART diberikan dalam jangka panjang. Menurut WHO (2002), ART bisa dimulai pada orang dewasa berdasarkan kriteria sebagai berikut :

1) Kriteria Inklusi Medis (WHO) :

- a) HIV positif (3 *rapid test* : protokol Indonesia yang baru)
- b) Semua kasus Stadium Klinik WHO stadium IV tanpa memperhatikan hasil hitung CD4
- c) Stadium Klinik WHO II–III dan hitung limfosit total $< 1200 / \mu\text{l}$
- d) Stadium Klinik WHO I–II–III dan $\text{CD4} < 200 / \mu\text{l}$

Hitung CD4 tidak selalu diperlukan untuk memulai ART, tapi diperlukan untuk tindak lanjut perkembangan pasien.

2) Kriteria Inklusi Non–medis

- a) Kepatuhan
- b) Kesiambungan
- c) Pendampingan
- d) dan lain–lain

Sebelum memulai ARV, hal–hal berikut yang harus diperhatikan :

- 1) Tentukan HIV positif
- 2) Lakukan evaluasi klinis :
 - a) Tentukan stadium sesuai WHO
 - b) Diagnosa dan pengobatan IO
 - c) Profilaksis IO dan kepatuhan minum obat
 - d) Pertimbangkan apakah perlu ARV
- 3) Pertimbangkan kepatuhan

Indikasi lain pemberian ARV :

- 1) Profilaksis. Obat ARV diberikan pada orang yang terpapar dengan cairan tubuh yang mengandung HIV (*post-exposure prophylaxis*)
- 2) Pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi. ARV diberikan untuk mencegah penularan pada saat proses melahirkan, melalui ASI ataupun saat kehamilan melalui plasenta

Ada 7 syarat untuk memulai pengobatan ART di pelayanan kesehatan, antara lain :

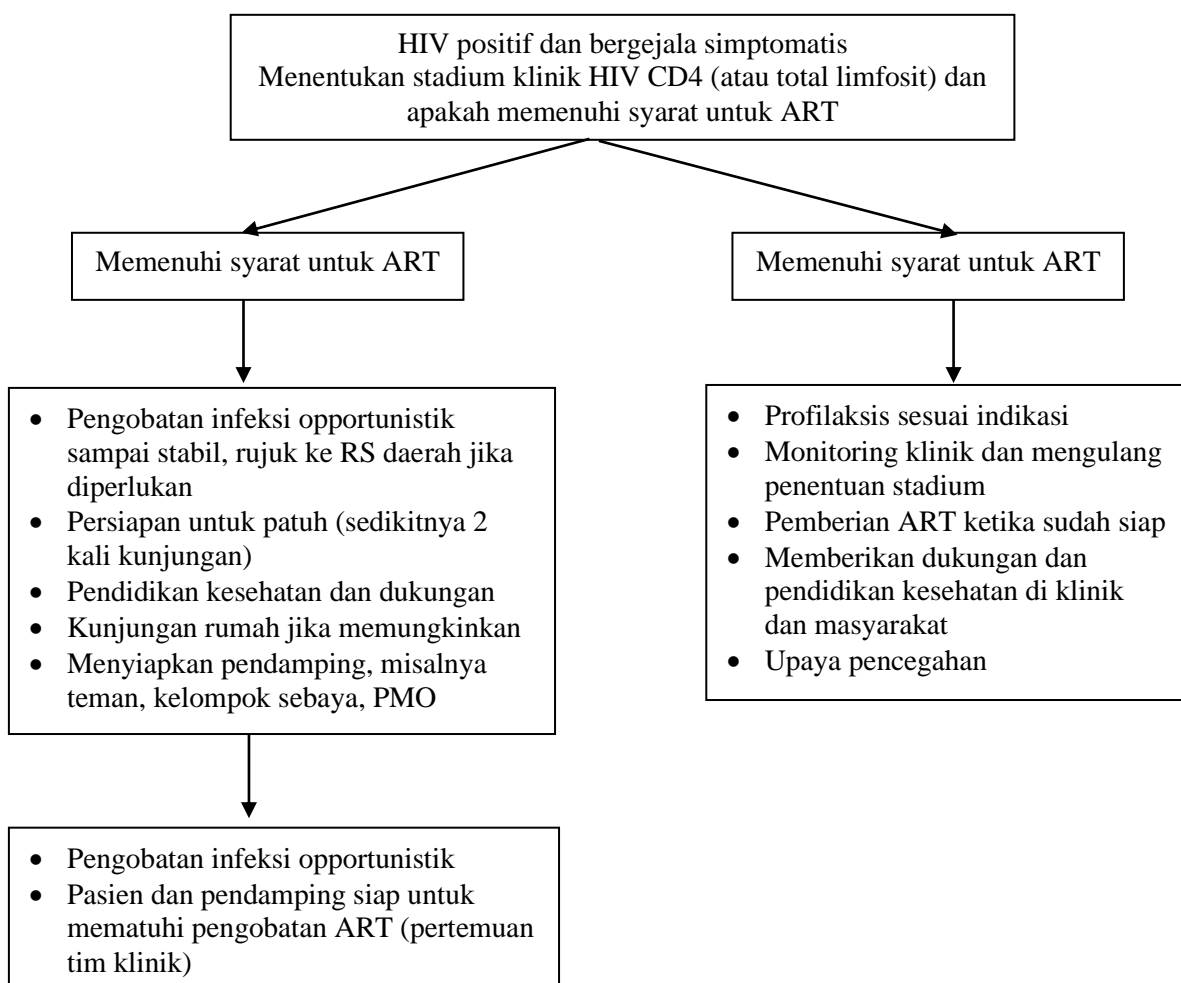
- 1) Infeksi HIV telah dikonfirmasi dengan hasil tes positif yang tercatat
- 2) Memiliki indikasi medis, jika tidak memenuhi indikasi klinis, jangan memulai ART. Ulangi pemeriksaan CD4 dalam 4 bulan jika memungkinkan
- 3) Pasien yang memenuhi kriteria dapat memulai di pelayanan kesehatan
- 4) Infeksi oportunistik telah diobati dan sudah stabil
- 5) Pasien telah siap untuk pengobatan ART :
 - a) Pasien memahami terapi ART, dan mengerti efek samping yang mungkin timbul keterbatasan yang ada, memerlukan kepatuhan tinggi pasien menginginkan pengobatan
 - b) Pasien siap untuk patuh berobat
 - c) Pasien siap berperan aktif untuk merawat dirinya sendiri
 - d) Adanya dukungan dari keluarga dan masyarakat
 - e) Jika memungkinkan tersedia kelompok dukungan sebaya
 - f) Tidak ada kasus ketidakpatuhan berobat yang muncul saat ini (beberapa kunjungan diperlukan sebelum memulai terapi)
 - g) Mengenali adanya kemungkinan ketidakpatuhan misalnya kehidupan sosial yang tidak stabil, ketergantungan alkohol berat, atau gangguan psikiatri serius

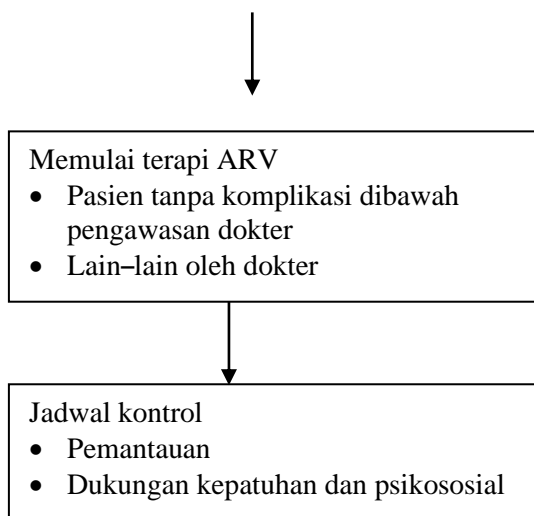
6) Adanya tim medis AIDS yang mampu memberikan perawatan kronis

7) Persediaan obat yang cukup terjangkau

Sebelum memulai pengobatan, sebaiknya penderita diberikan konseling mengenai :

- 1) Biaya dan konsekuensinya terhadap keuangan keluarga
- 2) Pentingnya kepatuhan optimal
- 3) Menginformasikan penggunaan ARV pada anggota keluarga
- 4) Mendapat dukungan psikososial
- 5) Informasi obat : tipe, dosis, efek samping, penyimpanan, makanan, interaksi, dan kartu kontrol





Gambar 1.5
Alur Pemberian ARV

e. Efek Samping Anti Retroviral

Pasien yang sedang mendapatkan ART umumnya menderita efek samping. Sekitar 25% penderita menghentikan terapi pada tahun pertama karena efek samping obat dan 25% penderita tidak meminum dosis yang dianjurkan karena takut akan efek samping yang ditimbulkan oleh ARV.

Tabel 1.3
Jenis Obat ARV dan Efek Samping pada Pengguna

Jenis Obat ARV		Efek Samping
NRTI	Zidovudine	Anemia, neutropenia, intoleransi gastrointestinal, sakit kepala, sulit tidur, miopati, asidosis laktat dengan steatosis hepatitis (jarang)
	Lamivudine	Sedikit toksisitas, asidosis laktat dengan steatosis hepatitis (jarang)
	Stavudine	Neuropati perifer, pankreatitis, lipodistrofi (efek samping jangka panjang), asidosis laktat dengan steatosis hepatitis (jarang)

	Didanosine	Pankreatitis, neuropati perifer, lipoatrofi, asidosis laktat dengan steatosis hepatitis (jarang)
NNRTI	NVP	<ul style="list-style-type: none"> • Ruam kulit berat • Hepatitis
	EFV	<ul style="list-style-type: none"> • SSP • Teratogenik (jangan diberikan pada usia muda dalam usia reproduksi tanpa metode KB yang aman)
PI	Nelfinavir (NFV)	Diare, hiperglikemia, perpindahan lemak (lipodistrofi), kelainan lipid

Pasien HIV yang melaporkan mengalami efek samping obat yang signifikan, cenderung untuk tidak patuh pada pengobatan. Hal ini sangat merugikan pasien karena bisa menimbulkan resistensi obat dan memburuknya kondisi pasien.

f. Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perilaku pasien dalam minum obat secara benar tentang dosis, frekuensi dan waktunya. Supaya patuh, pasien dilibatkan dalam memutuskan apakah minum atau tidak. Sedangkan *compliance* adalah pasien mengerjakan apa yang telah diterangkan oleh dokter /apotekernya. Kepatuhan ini amat penting dalam pelaksanaan ART, karena :

- 1) Bila obat tidak mencapai konsentrasi optimal dalam darah maka akan memungkinkan berkembangnya resistensi.
- 2) Meminum dosis obat tepat waktu dan meminumnya secara benar (misalnya bersama makanan) penting untuk mencegah resistensi.
- 3) Derajat kepatuhan sangat berkorelasi dengan keberhasilan dalam mempertahankan supresi virus.

Terdapat korelasi positif antara kepatuhan dengan keberhasilan, ART sangat efektif bila diminum sesuai aturan. Hal ini berkaitan dengan :

1) Resistensi obat. Semua obat antiretroviral diberikan dalam bentuk kombinasi, di samping meningkatkan efektivitas juga penting dalam mencegah resistensi.

Kepatuhan terhadap aturan pemakaian obat juga sangat membantu mencegah terjadinya resistensi. Virus yang resisten terhadap obat akan berkembang cepat dan berakibat bertambah buruknya perjalanan penyakit.

2) Menekan virus secara terus-menerus. Obat-obatan ART harus diminum seumur hidup secara teratur, berkelanjutan dan tepat waktu. Cara terbaik untuk menekan virus secara terus-menerus adalah dengan meminum obat secara tepat waktu dan mengikuti petunjuk berkaitan dengan makanan.

3) Kiat penting untuk mengingat minum obat :

- Minumlah obat pada waktu yang sama setiap hari.
- Harus selalu tersedia obat dimana penderita berada, misalnya di kantor, di rumah, dan lain-lain.
- Bawa obat kemanapun pergi (dikantong, tas, dan lain-lain).
- Pergunakan peralatan (jam, HP yang ada alarm yang bias diatur agar berbunyi setiap waktunya minum obat).
- Pergunakan pelayanan pager untuk mengingatkan waktu saatnya minum obat.

C. RANGKUMAN

Penyakit Menular Seksual (PMS) merupakan salah satu Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) yang ditularkan melalui hubungan kelamin. Infeksi saluran reproduksi merupakan infeksi yang disebabkan oleh masuk dan berkembangbiaknya kuman penyebab infeksi ke dalam saluran reproduksi. Kuman penyebab infeksi tersebut dapat berupa jamur, virus, dan parasit. Salah satu penyakit menular seksual yaitu Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immune Deficiency Syndrome(AIDS).

Penemuan kasus HIV/AIDS belum sesuai dengan estimasi penderita yang ada. Kasus HIV/AIDS merupakan fenomena gunung es sehingga masih banyak kasus yang sebenarnya ada tapi belum bisa terdeteksi. Oleh karena itu, perlu upaya peningkatan penemuan kasus HIV/AIDS.

D. LATIHAN SOAL

1. Sebutkan jenis obat ARV
2. Sebutkan cara kerja ARV
3. Sebutkan 7 syarat untuk memulai pengobatan ART di pelayanan kesehatan

E. REFERENSI

1. Hutapea, R. (2011). *AIDS, PMS dan Perkosaan*. Jakarta : Rineka Cipta
2. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2008). *Strategi Komunikasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia*. Jakarta : KPAN
3. Anonim. 2000. Stigmatisasi dan Diskriminasi pada HIV AIDS. Pengurus Besar IDI. www.depkes.go.id Edit terakhir: 9 Mei 2008
4. Pengurus Besar IDI. 2000. Pencegahan Penyakit Menular. www.depkes.go.id/index.php?option. Edit terakhir: 9 Juli 2008

BAB II

EPIDEMIOLOGI HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

HIV/AIDS merupakan isu kesehatan yang cukup sensitif untuk dibicarakan. Kasusnya seperti fenomena gunung es, yang terungkap sedikit namun sangat banyak yang masih tersembunyi. Berdasarkan laporan dari tahun ke tahun kasus AIDS menunjukkan trend peningkatan yang terus-menerus. Menurut laporan dari WHO (*World Health Organization*) pada akhir tahun 2009, 33,3 juta orang hidup dengan HIV dan 1,8 juta orang meninggal karenanya. Dari laporan Ditjen PP dan PL Kemerdekaan RI juga dapat dilihat jumlah kumulatif kasus AIDS di Indonesia sampai dengan akhir Juni 2011 sebanyak 26.483 kasus.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu menguasai konsep teoritis dan menerapkan pemikiran logis dalam konteks implementasi epidemiologi HIV/AIDS

B. PENYAJIAN MATERI

1. SEJARAH PENEMUAN KASUS HIV/AIDS PERTAMA DI DUNIA

Pada tahun 1981, Michael Gottlieb, seorang dokter muda pada *University of California* di *Los Angeles* (UCLA), mempunyai beberapa orang pasien yang sedang menderita sejenis pneumonia yang jarang terjadi, yaitu *pneumocystis carinii pneumonia* (PCP). PCP sebelumnya hanya ditemukan diantara pasien penderita kanker yang mengalami penekanan sistem imun dalam tubuhnya, biasanya karena pemakaian kemoterapi. Beberapa orang pria lainnya muncul di UCLA, juga menunjukkan gejala-gejala PCP disamping demam tinggi yang aneh, kehilangan berat badan dan gejala tak biasa lainnya yang berkaitan dengan menurunnya daya imun tubuh seperti candidiasis (semacam infeksi jamur) di mulut. Gottlieb mengharapkan bahwa orang-orang itu akan sembuh. Dia ternyata keliru. Semua pasien itu kemudian meninggal.

Gottlieb adalah dokter pertama yang melaporkan adanya rentetan gejala yang aneh ini pada literatur medis. Pada saat itu, sindrom tersebut belum mempunyai nama. Barulah beberapa tahun kemudian sindrom itu diberi nama AIDS.

Selanjutnya para peneliti menyimpulkan bahwa kasus AIDS yang paling pertama kalinya di AS, sesungguhnya terjadi pada seorang pria belasan tahun di St. Louis.

Sekalipun asal mula HIV masih belum dapat dipastikan, banyak pihak yang menduga bahwa strain virus yang asli berasal dari monyet dan simpanse di Afrika. Para ahli telah menemukan sejenis virus yang mirip HIV pada seekor monyet Afrika Barat. Menurut sebuah hipotesis yang menarik tetapi belum dapat dibuktikan, para ahli menduga bahwa virus itu mulanya masuk ke dalam tubuh manusia sebagai akibat sampingan dari percobaan-percobaan Malaria mulai tahun 1920-an hingga 1950-an. Pada percobaan-percobaan tersebut, manusia disuntik dengan darah dari monyet dan simpanse yang kemungkinan mengandung virus yang ternyata kelak berubah menjadi HIV. Tujuan dari eksperimen ini sebenarnya adalah untuk melihat apakah parasit Malaria di dalam tubuh binatang-binatang tersebut bisa menulari tubuh manusia.

Pada tahun 1981, kurang dari 100 orang yang meninggal akibat AIDS di AS. CDC meramalkan bahwa pada akhir tahun 1994, sejumlah 415.000 hingga 535.000 orang akan telah terdiagnosis sebagai penderita AIDS dan sejumlah 330.000 hingga 385.000 orang meninggal karenanya. Menjelang tahun 1989, AIDS dan infeksi HIV telah menjadi penyebab kematian kedua di AS pada pria usia 25-44 tahun, yakni sebesar 14% dari semua kematian dalam golongan umur tersebut. Menjelang tahun 1990, setiap 12 menit seorang mati akibat AIDS di Amerika Serikat. Pada tahun itu, 1 juta orang Amerika dan 10 juta penduduk dunia diperkirakan telah terinfeksi HIV. Dan menjelang tahun 2000, Badan Kesehatan Dunia memperkirakan bahwa sekitar 40 juta orang di seluruh dunia akan terinfeksi HIV dan 10 juta sudah menderita AIDS.

Setiap tahun, 1.500 hingga 2.000 bayi dilahirkan di Amerika Serikat dengan membawa HIV dalam darahnya. AIDS telah menjadi penyebab kematian terutama pada usia 1-4 tahun di kalangan keturunan Hispanik disana, dan nomor dua pada kelompok umur yang sama di kalangan keturunan kulit hitam khususnya di kota New York.

Kawasan tertentu, terutama lingkungan perkotaan dimana banyak pengguna obat suntik, menjadi sasaran utama. Di New York misalnya, sekitar 60% dari pengguna obat suntik telah terinfeksi HIV.

Para peneliti memperkirakan bahwa situasi yang terburuk masih ada di depan kita. Jumlah kasus AIDS dan kematian masih diperkirakan meningkat selama tahun 90-an.

Dokter-dokter pada tahun 1980-an juga mulai mengamati adanya penderita dikalangan pria muda dengan sejenis kanker sel darah yang langka yaitu Sarkoma Kaposi, demikian pula PCP. Pasien-pasien ini dan mereka yang pernah ditangani oleh Gottlieb memiliki satu persamaan : semuanya gay. Oleh karena itulah sindrom tanpa nama itu segera diberi julukan '*gay plague*' atau '*gay cancer*'. Kritikus sosial menuduh pemerintah bertindak lambat terhadap epidemi ini karena adanya prasangka buruk terhadap pria gay. Menurut jurnalis Randy Shuts, Negara tidak peduli akan AIDS sebelum orang-orang tenar seperti antara lain bintang film Rock Hudson, desainer Perry Ellis dan koreografer Mochael Bennett, mengidap dan meninggal karena AIDS.

Pada tanggal 2 Oktober 1985, saat Rock Hudson meninggal, kata berikut ini mulai didengar dan menjadi terkenal disetiap rumah dibelahan dunia Barat, 'AIDS'. Tadinya istilah *Acquired Immunodeficiency Syndrome* terlihat sebagai sesuatu yang jauh dan tidak mungkin mengancam orang-orang tenar, tetapi hanya berlaku bagi kelas masyarakat yang dianggap buangan atau paria. Tetapi, sejak musim panas 1985, setelah meninggalnya seorang bintang film tenar dan mendapat liputan pers dimana-mana, epidemi AIDS tiba-tiba mulai terasa dan menjadi

ancaman bagi siapa dan dimana saja. Meninggalnya Rock Hudson merupakan suatu batas pemisah sejarah AIDS sebelum dan sesudah peristiwa tragis itu.

Penyakit yang tadinya dianggap sebagai ‘*sampar kaum gay*’ atau ‘*gay plague*’ ternyata dapat menyerang heteroseksual, terutama orang-orang yang menggunakan jarum suntik, mitra seksnya, bayi dan ibu terinfeksi, dan penderita hemophilia (yang mendapat transfusi darah tercemar HIV). AIDS tidak lagi suatu kondisi yang khas kaum gay. Jelas bahwa virus ini tidak mengenal apakah tubuh yang diserangnya milik seorang gay, heteroseks atau bayi baru lahir.

Kelompok aktivis AIDS paling dikenal, yaitu *AIDS Coalition to Unleash Power* (ACT-UP) dibentuk tahun 1987 dan kemudian menjadikan epidemi AIDS menjadi sorotan umum. Taktik yang digunakan oleh kelompok ini sering terlalu keras, sehingga sebagian kalangan medis merasa tidak senang.

Para aktivis AIDS membela diri dengan berpendapat bahwa peperangan melawan AIDS adalah dasar dan upaya penyelamatan jutaan orang diseluruh dunia. Pada tahun-tahun awal 1990-an, para aktivis AIDS dan suatu komisi yang dibentuk oleh Pemerintah (Komisi Nasional tentang AIDS) sepakat bahwa Pemerintah AS masih belum menyediakan dukungan dana yang diperlukan untuk riset, pencegahan dan penanganan AIDS.

2. SEJARAH PENEMUAN KASUS HIV/AIDS PERTAMA DI INDONESIA

Sejak tahun 1987 kasus HIV/AIDS di Indonesia menunjukkan perkembangan yang mengkhawatirkan bila dilihat dari segi jumlah dan cara penularan.

Kasus AIDS di Indonesia pertama kali ditemukan dan diidentifikasi pada seorang laki-laki asing di Bali yang kemudian meninggal pada April 1987. Pada Juni 1988 di tempat yang sama juga ditemukan orang

Indonesia pertama yang meninggal karena AIDS. Kasus ini kemudian mulai menjadi perhatian terutama oleh kalangan tenaga kesehatan.

Dari hasil pemeriksaan darah yang dilakukan pada sekitar tahun 1990 di berbagai ibukota propinsi di Indonesia menunjukkan bahwa infeksi HIV telah menyebar ke berbagai propinsi meskipun prevalensinya masih rendah. Pemeriksaan sekitar 10.500 darah donor yang diperiksa hasilnya ternyata negatif. Gejala-gejala meningkatnya infeksi HIV di Indonesia mulai nyata ketika pemeriksaan darah donor pada tahun 1992/1993 menunjukkan HIV positif pada 2 diantara 100.000 donor darah yang kemudian meningkat menjadi 3 per 100.000 donor darah pada tahun 1994/1995.

Perubahan epidemi HIV AIDS terjadi pada tahun 2000 dimana kasus meningkat secara nyata diantara pekerja seks dan bervariasi dari satu daerah ke daerah lain. Di Tanjung Balai Karimun, Propinsi Riau hanya ditemukan 1 % pada 1995/1996 kemudian meningkat menjadi lebih dari 8,38%, pada tahun 2000. Prevalensi HIV pada pekerja seks di Irian Jaya (Merauke) sebesar 26,5%, di DKI Jakarta (Jakarta Utara) sebesar 3,36% dan di Jawa Barat sebesar 5,5%. Pada tahun yang sama, hampir semua propinsi di Indonesia telah melaporkan infeksi HIV. Meskipun prevalensi HIV secara umum masih rendah, tetapi Indonesia digolongkan sebagai negara dengan tingkat epidemi yang terkonsentrasi (*concentrated level epidemic*) karena terdapatnya kantong-kantong epidemi dengan prevalensi yang lebih dari 5% dari sub-populasi tertentu.

Pada tahun 1999 terjadi fenomena baru dalam penularan HIV/AIDS yaitu infeksi HIV mulai terlihat pada penyalahguna Napza suntik. Penularan HIV diantara penyalahguna Napza suntik terjadi sangat cepat karena penggunaan jarum suntik bersama. Pada tahun 1999, 18% dari para penyalahguna Napza yang dirawat di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta yang terinfeksi HIV dan meningkat menjadi 40% pada tahun 2000 dan 48% pada tahun 2001. Sedangkan pada tahun 2000 di

Kampung Bali di Jakarta 90% dari penyalahguna Napza suntik terinfeksi HIV.

Secara umum dapat dikatakan bahwa sejak tahun 1996 sampai dengan tahun 2002 terjadi peningkatan kasus hampir 17,5%. Pada tahun 1996 hanya 2,5 % dari kasus AIDS melalui Napza suntik, dan pada tahun 2002 sudah hampir 20 %.

Dalam 16 tahun terakhir sampai dengan akhir tahun 2002 telah dilaporkan sebanyak 1.016 kasus AIDS. Jumlah yang tercatat tersebut sebenarnya jauh lebih kecil dari prevalensi yang sesungguhnya, karena adanya fenomena gunung es. Pada tahun 2002 diperkirakan jumlah orang yang terinfeksi HIV berkisar antara 90.000–130.000 orang. (Stratanas Penanggulangan HIV/AIDS 2003–2007).

Sedangkan data terbaru yang diperoleh dari laporan Ditjen PP dan PL Kemerdekaan RI, jumlah kumulatif kasus AIDS di Indonesia menurut jenis kelamin sampai dengan akhir Juni 2011 sebanyak 26.483 kasus dimana kasus ini paling banyak ditemukan dan pada jenis kelamin laki-laki (19.139 kasus) dan pada kelompok umur 20–49 tahun (23.225 kasus). Hal ini tentu menjadi hal yang memprihatinkan mengingat kelompok umur ini merupakan usia produktif.

C. RANGKUMAN

Michael Gottlieb, seorang dokter muda pada *University of California* di *Los Angeles* (UCLA), mempunyai beberapa orang pasien yang sedang menderita sejenis pneumonia yang jarang terjadi, yaitu *pneumocystis carinii pneumonia* (PCP). PCP sebelumnya hanya ditemukan diantara pasien penderita kanker yang mengalami penekanan sistem imun dalam tubuhnya, biasanya karena pemakaian kemoterapi. Beberapa orang pria lainnya muncul di UCLA, juga menunjukkan gejala-gejala PCP disamping demam tinggi yang aneh, kehilangan berat badan dan gejala tak biasa lainnya yang berkaitan dengan menurunnya daya imun tubuh seperti candidiasis (semacam infeksi jamur) di mulut.

Kasus AIDS di Indonesia pertama kali ditemukan dan diidentifikasi pada seorang laki-laki asing di Bali yang kemudian meninggal pada April 1987. Pada Juni 1988 di tempat yang sama juga ditemukan orang Indonesia pertama yang meninggal karena AIDS. Kasus ini kemudian mulai menjadi perhatian terutama oleh kalangan tenaga kesehatan.

D. LATIHAN SOAL

1. Jelaskan sejarah HIV/AIDS di Dunia
2. Jelaskan sejarah munculnya HIV/AIDS di Indonesia

E. REFERENSI

1. Robbins, dkk. (2003). *Dasar Patologi Penyakit*, Edisi 5. Jakarta : EGC
2. Syahlan, JH. (2001). *AIDS dan Penanggulangan*. Jakarta : Studio Driya Media
3. Wartono, JH. (2000). *AIDS Dikenal Untuk Dihindari*. Jakarta : Lembaga Pengembangan Informasi Indonesia

BAB III

FAKTOR–FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERKEMBANGAN HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Banyak bagian dari tubuh kita yang melindungi diri kita dari penyakit, antara lain : kulit, mulut, saluran pernapasan, saluran kencing, usus, dan aliran darah. HIV harus memasuki aliran darah untuk dapat mengganggu kita. Kulit biasanya menjadi tameng terhadap HIV dan kuman penyebab penyakit lainnya. Jika kulit kita terkena air liur, darah, cairan vagina atau air mani yang mengandung HIV, virus itu biasanya mati dan tetap disana hingga terbuang. Namun apabila kulit itu mengalami luka, maka HIV akan dapat masuk ke dalam aliran darah.

Jika liur, darah, cairan vagina, dan mani masuk ke rongga mulut, maka sebagian akan dibuang. Tetapi apabila terdapat luka-luka kecil di dalamnya seperti dalam keadaan pilek atau akibat menyikat gigi maka HIV akan memasuki aliran darah pula. Bila cairan itu tertelan, umumnya HIV akan dihancurkan oleh suasana asam yang ada di dalam saluran pencernaan makanan.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu menguasai konsep teoritis dan mengaplikasikan keilmuan tentang factor-faktor yang berhubungan dengan perkembangan HIV/AIDS.

B. PENYAJIAN MATERI

1. INFEKSI HIV DAN REAKSI IMUNOLOGI

Virus adalah salah satu organism terkecil yang dapat menimbulkan penyakit pada makhluk hidup. Mereka terdiri dari bahan genetic yang dibungkus oleh protein. Mereka terdiri dari bahan genetik yang dibungkus oleh protein. Virus memiliki jenis kehidupan yang paling primitive, sehingga banyak peneliti yang meragukan apakah makhluk ini

hidup atau tidak. Namun, hidup atau tidak, mereka dapat mengancam kehidupan hewan atau tanaman yang besarnya bertriliun kali lipat dibandingkan ukuran virus.

Walaupun virus demikian kuat hingga dapat melumpuhkan kita, mereka tidak dapat berkembang biak dengan sendirinya. Mereka hanya dapat bereproduksi (atau berlipat ganda) di dalam sel-sel dari tanaman atau hewan hidup termasuk manusia. Apabila virus menyerang suatu sel dalam tubuh, mereka dapat mengendalikan mekanisme reproduksi sel tubuh itu sedemikian rupa sehingga menghasilkan partikel-partikel virus yang baru, yang kemudian dapat disebarkan ke sel-sel lainnya. Virus memasukkan kode genetik yang diperlukan untuk replikasi, dan sel tuan rumah akan menyediakan energi dan bahan baku yang dibutuhkan untuk pembentukan partikel-partikel virus yang baru. Lebih dari 200 macam virus yang menimbulkan penyakit pada manusia telah diidentifikasi. Sebagian diantara penyakit tersebut bersifat ringan, dan penderitanya biasanya sembuh total dari penyakitnya. Akan tetapi ada juga penyakit lain yang sangat berbahaya.

Suatu serangan virus seperti gondongan, cacar dan campak member seseorang kekebalan menetap, tetapi banyak juga penyakit akibat virus yang tidak demikian, karena virusnya tidak beredar didalam sirkulasi darah, sehingga tuan rumahnya tidak memperoleh kekebalan. Antibodi hanya terbentuk apabila virus ada dalam darah, namun antibodi itu tidak mampu mencegah HIV dan proses multiplikasi dan perusakan terhadap sel-sel tubuh.

HIV menyerang sistem imun dengan menyerbu dan menghancurkan jenis sel darah putih tertentu, yang sering disebut dalam berbagai nama seperti sel T pembantu (*helper T cell*), sel T4 atau sel CD4. Sel CD4 ini juga diberi julukan sebagai panglima dari sistem imun. CD4 mengenali patogen yang menyerang dan memberi isyarat pada sel darah putih lainnya untuk segera membentuk antibodi yang dapat mengikat patogen tersebut. Sesudah diikat, patogen itu dilumpuhkan dan

diberi ciri untuk selanjutnya dihancurkan. Lalu CD4 kemudian memanggil lagi jenis sel darah putih lainnya, sel T algojo (*killer T cell*), untuk memusnahkan sel yang telah ditandai tadi.

HIV mampu melawan sel CD4. Dengan menyerang dan mengalahkan sel CD4, maka HIV berhasil melumpuhkan kelompok sel yang justru amat diandalkan untuk menghadapi HIV tersebut beserta kuman-kuman jenis lainnya. Itulah sebabnya mengapa HIV membuat tubuh kita menjadi sangat rentan terhadap infeksi kuman-kuman lainnya dan jenis-jenis kanker yang umumnya dapat dikendalikan. Tanpa adanya sistem imun yang efektif, penyakit yang menyertai disebut infeksi oportunistik, merajalela dan berakibat dengan kematian.

Jumlah normal sel CD4 dalam sirkulasi darah kita adalah sekitar 800 hingga 1.200 per milimeter kubik darah. Selama tahun-tahun pertama infeksi HIV jumlah ini masih dapat dipertahankan. Orang yang tertular HIV pada mulanya tidak merasakan dan tidak kelihatan sakit selama sel CD4-nya masih dalam jumlah lumayan. Setelah 5 tahun jumlah sel CD4 ini mulai menurun hingga kira-kira separuhnya. Pada tahap ini pun banyak penderita yang belum menunjukkan gejala-gejala penyakit. Sesudah jumlah sel CD4 ini kurang dari 200 per milimeter kubik darah, mulailah penderita memperlihatkan berbagai gejala penyakit yang nyata.

2. DINAMIKA PENULARAN HIV

Cara penularan HIV/AIDS melalui 3 cara :

a. Transmisi seksual.

Penularan HIV/AIDS dengan cara transmisi seksual paling sering terjadi. Penularannya terjadi melalui hubungan seks (homoseksual dan heteroseksual) melalui mani (semen), cairan vagina dan serviks.

b. Transmisi non seksual.

Terbagi menjadi 2 cara :

1) Transmisi Parental.

Penggunaan jarum suntik dan alat tusuk (alat tindik) yang telah terkontaminasi.

2) Transmisi Transplasental.

- ✓ Penularan dari ibu HIV+ ke bayi (berisiko 50 %).
- ✓ Penularan dapat terjadi waktu hamil, melahirkan, menyusui.

c. Penularan masa prenatal.

HIV yang ditularkan dari ibu ke bayi melalui 3 cara :

- 1) Dalam uterus (lewat plasenta).
- 2) Sewaktu persalinan.
- 3) Melalui air susu ibu.

3. MEDIA PENULARAN HIV

Cairan tubuh yang menjadi media penularan adalah darah, mani, cairan vagina dan air susu ibu (ASI). HIV dalam jumlah yang cukup dan berpotensi untuk menginfeksi orang lain dapat ditemukan pada darah, air mani, dan cairan vagina pengidap HIV.

HIV menular melalui darah terjadi dengan cara : penggunaan jarum suntik yang tidak steril, alat tindik telinga, alat tato atau alat tusuk yang tercemar HIV dan transfusi darah yang mengandung HIV.

HIV menular melalui cairan tubuh lain dari ibu hamil ke janin melalui plasenta, melalui darah dan cairan saat melahirkan bayi, melalui ASI ketika menyusui dan melalui hubungan seks dengan pengidap HIV secara genital, oral dan anal. Penularan HIV terjadi melalui luka pada bagian tubuh.

4. EFEKTIFITAS PENULARAN HIV

- a. Transfusi → > 90%
- b. Perinatal → 25 – 45%
- c. Seksual → 0.1 – 1%
- d. *Injection Drug Use* (IDU) → 0.5 – 1 %

Transmisi perinatal :

- a. Dalam kandungan → 5% – 10% terutama pada Trimester III
- b. Waktu persalinan → 10% – 20%
- c. Waktu menyusui/nifas → 10% – 15%

Penularan seksual :

- a. 80 %
- b. Tergantung:
 - 1) Cara hubungan seksual:
 - Heteroseksual
 - Homoseksual
 - Biseksual
 - 2) Status PMS
 - 3) Pelindung (kondom)
 - 4) MSM = **MAN HAVING SEX WITH MAN (MSM)**

HIV tidak menular

Melalui kegiatan sosial seperti :

- a. Gigitan serangga
- b. Bersalaman, bersentuhan
- c. Berpelukan bahkan berciuman
- d. Menggunakan peralatan makan bersama
- e. Menggunakan jamban bersama
- f. Tinggal serumah dengan orang yang terinfeksi HIV

5. PROSES HIV MENJADI AIDS

- a. Tahap awal : HIV memasuki tubuh; tidak ada tanda khusus; belum dapat diketahui dari tes HIV; berkisar 1–3 bln → periode jendela

- b. Tahap kedua : HIV berkembang biak dalam tubuh; bisa diketahui melalui tes HIV; berkisar 5–10 thn → masa laten
- c. Tahap ketiga : sistem kekebalan tubuh menurun; gejala AIDS mulai timbul; berkisar 1 bulan
- d. Tahap akhir : AIDS; sistem kekebalan tubuh tidak dapat melawan berbagai penyakit; penderita makin lemah kondisinya

6. GEJALA AIDS

- a. Gejala–gejala utama AIDS
 - 1) Demam berkepanjangan → s.d 3 bulan
 - 2) Diare kronis → > 1 bulan
 - 3) Penurunan berat badan > 1/10 berat badan semula dalam 3 bulan
- b. Gejala–gejala minor AIDS
 - 1) Batuk kronis → >1 bulan
 - 2) Infeksi pada mulut dan tenggorokan → *Candida albicans*
 - 3) Pembengkakan kelenjar getah bening
 - 4) Muncul *herpes zoster* berulang
 - 5) Bercak–bercak gatal di seluruh tubuh

7. AGENT, HOST, DAN ENVIRONMENT

- a. *Agent* : Jumlah Virus dalam Cairan Tubuh
 - 1) Darah : 18,000 / ul
 - 2) Mani : 11,000 / ul
 - 3) Cairan vagina : 7,000 / ul
 - 4) Cairan amnion : 4,000 / ul
 - 5) ASI dan air liur : 1 / ul
- b. *Host* : Faktor Manusia yang Mempengaruhi Penyebaran HIV
 - 1) Prevalensi IMS yang tinggi
 - 2) Pengetahuan tentang AIDS dan persepsi individu tentang risiko penularan
 - 3) Berganti–ganti pasangan seks

- 4) Rendahnya penggunaan kondom → fokus pada “populasi kunci”
- c. *Environment* : Lingkungan yang Membantu Penyebaran HIV
 - 1) Kemiskinan dan status kesehatan yang buruk
 - 2) Perempuan
 - 3) Pengungsi, kekerasan, migrasi
 - 4) Stigma dan Diskriminasi

8. GEJALA KLINIS HIV/AIDS

Menurut *Mayo Foundation for Medical Education and Research* (MFMER) 2008 :

- a. Fase awal
 - 1) Tidak ditemukan gejala dan tanda–tanda infeksi
 - 2) Kadang–kadang ditemukan gejala mirip flu, seperti : demam, sakit kepala, sakit tenggorokan, ruam dan pembengkakan kelenjar getah bening
 - 3) Dapat menularkan virus kepada orang lain
- b. Fase lanjut
 - 1) Penderita bebas dari gejala infeksi selama 8 atau 9 tahun lebih
 - 2) Penderita mulai memperlihatkan gejala yg kronis, seperti : pembesaran kelenjar getah bening (gejala khas), diare, berat badan menurun, demam, batuk dan pernafasan pendek
- c. Fase akhir
 - 1) Terjadi sekitar 10 tahun atau lebih
 - 2) Gejala yang lebih berat mulai timbul
 - 3) Berakhir pada penyakit AIDS

9. TATA LAKSANA HIV/AIDS

- a. Melakukan *abstinensi sex* , melakukan hubungan kelamin dengan pasangan yang tidak terinfeksi.
- b. Memeriksa adanya virus paling lambat 6 bulan setelah hubungan seks terakhir yang tidak terlindungi.

- c. Menggunakan pelindung jika berhubungan dengan orang yang tidak jelas status HIVnya.
- d. Tidak bertukar jarum suntik, jarum tato, dan sebagainya.
- e. Mencegah infeksi ke janin / bayi baru lahir.

Apabila terinfeksi HIV, maka pengendaliannya :

Infeksi oportunistik (IO) : infeksi yg disebabkan oleh organisme yg biasanya tdk menyebabkan penyakit pd org dengan sistem kekebalan tubuh yg normal, tetapi dpt menyerang org dengan sistem kekebalan tubuh yg buruk. Contoh IO pada org dengan HIV :

- a. Kandidiasis (*thrush*) = infeksi jamur pada mulut, tenggorokan, atau vagina.
- b. Virus Citomegalia (CMV) = infeksi virus yang menyebabkan penyakit mata yang dapat mengakibatkan kebutaan.
- c. Berbagai virus herpes simpleks dpt menyebabkan herpes pada mulut atau alat kelamin.
- d. Malaria.
- e. *Mycobacterium avium complex* (MAC atau MAI) = infeksi bakteri yang dapat menyebabkan demam kambuhan, rasa sakit umum, masalah pada pencernaan, dan kehilangan berat badan yang parah
- f. *Pneumonia Pneumocystis* (PCP) = infeksi jamur yang dapat menyebabkan pneumonia (radang paru) yang berbahaya.
- g. Toksoplasmosis (tokso) = infeksi protozoa otak.
- h. Tuberkulosis (TB) = infeksi bakteri yg menyerang paru-paru, dapat menyebabkan meningitis (radang selaput otak).

a. Pengendalian infeksi oportunistik

1) Terapi AZT (Azidotimidin)

Menghambat replikasi antiviral HIV dengan menghambat enzim pembalik transkriptase.

2) Terapi Antiviral Baru

Meningkatkan aktivitas sistem imun dengan menghambat replikasi virus / memutuskan rantai reproduksi virus pada prosesnya

b. Vaksin & Rekonstruksi Virus

Masih dikembangkan penelitian untuk menunjang keberhasilan terapi AIDS

- 1) Pendidikan untuk menghindari alkohol dan obat terlarang.
- 2) Menghindari infeksi lain, karena infeksi dapat mempercepat replikasi HIV.

C. RANGKUMAN

HIV menyerang sistem imun dengan menyerbu dan menghancurkan jenis sel darah putih tertentu, yang sering disebut dalam berbagai nama seperti sel T pembantu (*helper T cell*), sel T4 atau sel CD4. Sel CD4 ini juga diberi julukan sebagai panglima dari sistem imun. CD4 mengenali patogen yang menyerang dan memberi isyarat pada sel darah putih lainnya untuk segera membentuk antibodi yang dapat mengikat patogen tersebut. Sesudah diikat, patogen itu dilumpuhkan dan diberi ciri untuk selanjutnya dihancurkan. Lalu CD4 kemudian memanggil lagi jenis sel darah putih lainnya, sel T algojo (*killer T cell*), untuk memusnahkan sel yang telah ditandai tadi.

Jumlah normal sel CD4 dalam sirkulasi darah kita adalah sekitar 800 hingga 1.200 per milimeter kubik darah. Selama tahun-tahun pertama infeksi HIV jumlah ini masih dapat dipertahankan. Orang yang tertular HIV pada mulanya tidak merasakan dan tidak kelihatan sakit selama sel CD4-nya masih dalam jumlah lumayan. Setelah 5 tahun jumlah sel CD4 ini mulai menurun hingga kira-kira separuhnya. Pada tahap ini pun banyak penderita yang belum menunjukkan gejala-gejala penyakit. Sesudah

jumlah sel CD4 ini kurang dari 200 per milimeter kubik darah, mulailah penderita memperlihatkan berbagai gejala penyakit yang nyata.

D. LATIHAN SOAL

1. Jelaskan dinamika penularan HIV
2. Jelaskan gejala klinis HIV/AIDS
3. Jelaskan tata laksana HIV/AIDS

E. REFERENSI

1. Robbins, dkk. (2003). *Dasar Patologi Penyakit*, Edisi 5. Jakarta : EGC
2. Syahlan, JH. (2001). *AIDS dan Penanggulangan*. Jakarta : Studio Driya Media
3. Wartono, JH. (2000). *AIDS Dikenal Untuk Dihindari*. Jakarta : Lembaga Pengembangan Informasi Indonesia

BAB IV

STIGMA DAN DISKRIMINASI TERHADAP ODHA

A. PENDAHULUAN

Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) menjadi bagian penting dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS karena mereka adalah orang-orang yang hidupnya tersentuh dan terpengaruh secara langsung oleh virus ini. Banyak yang tidak tepat dalam cara orang melihat peranan ODHA. ODHA diajak berpartisipasi, tetapi tetap bukan sebagai bagian masyarakat. ODHA cenderung dijadikan obyek untuk memuaskan rasa ingin tahu. ODHA dijadikan contoh dalam konotasi negatif. Dengan merangkul ODHA atau mendatangkan ODHA ke sebuah pertemuan, orang bisa kelihatan *politically correct*. ODHA dijadikan pemancing rasa iba. Yang menyedihkan juga, ODHA dijadikan sebuah komoditi. Apapun yang terjadi, ODHA tentu tetap butuh berinteraksi sosial guna mematangkan kisi-kisi sosial kepribadiannya dalam bermasyarakat. Akan tetapi interaksi ODHA dengan yang lain tetap memerlukan ilmu baik dari sisi medis maupun psikospirit agar interaksi yang berjalan tidak menjadi interaksi yang negatif terutama bagi ODHA sendiri. ODHA agar dapat berinteraksi kembali di tengah-tengah kehidupan, kesehatannya harus tetap dijaga, dan ini membutuhkan perhatian bagi orang-orang yang ada disekitarnya.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu menguasai konsep teoritis dan etika profesi serta menerapkan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam Stigma dan Diskriminasi terhadap ODHA.

B. PENYAJIAN MATERI

1. PENGERTIAN ODHA

Dalam bahasa Inggris orang yang terinfeksi HIV/AIDS itu disebut PLWHA (*People Living with HIV/AIDS*), sedangkan di Indonesia kategori ini diberi nama ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) dan OHIDA (Orang yang hidup dengan HIV/AIDS) baik keluarga serta lingkungannya. ODHA atau orang dengan HIV/AIDS merupakan orang

yang menderita HIV/AIDS yang secara fisik sama dengan kita yang tidak menderita HIV/AIDS. Mereka pada umumnya memiliki ciri-ciri yang sama seperti orang yang sehat sehingga tidak dapat diketahui apakah seseorang itu menderita HIV/AIDS atau tidak.

2. PENGERTIAN STIGMA DAN DISKRIMINASI

Stigma adalah bentuk prasangka (*prejudice*) yang mendiskreditkan atau menolak seseorang atau kelompok karena mereka dianggap berbeda dengan diri kita atau kebanyakan orang.

Stigma berhubungan dengan kekuasaan dan dominasi di masyarakat. Pada puncaknya, stigma akan menciptakan ketidaksetaraan sosial. Stigma berurat akar di dalam struktur masyarakat, dan juga dalam norma-norma dan nilai-nilai yang mengatur kehidupan sehari-hari. Ini menyebabkan beberapa kelompok menjadi kurang dihargai dan merasa malu, sedangkan kelompok lainnya merasa superior.

Diskriminasi adalah suatu aksi atau tindakan terhadap prasangka. Stigma bersifat pasif, sedangkan diskriminasi bersifat aktif.

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

3. FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB STIGMA DAN DISKRIMINASI

Stigma dan diskriminasi dapat terjadi dimana saja dan kapan saja. Terjadi di tengah keluarga, masyarakat, sekolah, tempat peribadatan, tempat kerja, juga tempat layanan hukum dan kesehatan. Orang bisa

melakukan diskriminasi baik dalam kapasitas pribadi maupun profesional, sementara lembaga bisa melakukan diskriminasi melalui kebijakan dan kegiatan mereka.

Stigma dan diskriminasi menghambat dan membatasi upaya pencegahan penularan HIV tentulah tidak benar karena insiden infeksi HIV baru terjadi sebelum seseorang terdeteksi HIV/AIDS sehingga tidak ada stigma dan diskriminasi.

Jika tes HIV dilakukan sesuai dengan standar prosedur operasi tes HIV yang baku, maka biar pun seseorang yang sudah terdeteksi HIV/AIDS mendapatkan stigma dan diskriminasi mereka sudah siap. Dalam konseling sebelum tes ada kesepakatan bahwa jika kelak terdeteksi mengidap HIV, maka mereka akan menghentikan penularan HIV mulai dari dirinya.

Yang terjadi adalah banyak orang yang tidak menyadari dirinya sudah mengidap HIV/AIDS sehingga tanpa mereka sadari mereka menularkan HIV kepada orang lain. Mereka ini sama sekali tidak mengalami stigma dan diskriminasi.

Stigma dan diskriminasi terhadap orang-orang yang sudah terdeteksi mengidap HIV/AIDS yang menjadi penghalang bagi sebagian orang untuk menjalani tes HIV. Stigma dan diskriminasi justru terjadi karena informasi HIV/AIDS yang disebarluaskan selama ini tidak akurat karena dibumbui dengan moral.

Misalnya, mengait-ngaitkan penularan HIV dengan zina, melacur, 'seks bebas', 'jajan', dan homoseksual. Akibatnya, masyarakat membenturkan orang-orang yang terdeteksi mengidap HIV/AIDS dengan stigma dan diskriminasi. Padahal, penularan HIV melalui hubungan seksual tidak ada kaitannya secara langsung dengan zina, melacur, 'seks bebas', 'jajan', dan homoseksual.

Yang perlu dilakukan adalah memupus stigma dan diskriminasi terhadap orang-orang yang terdeteksi mengidap HIV/AIDS dengan cara memberikan informasi yang akurat tentang cara-cara penularan HIV.

Selain informasi HIV/AIDS yang tidak akurat karena dibalut dengan moral, dalam Peraturan Daerah (Perda) pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS pun pencegahan selalu dikaitkan dengan moral serta 'iman dan taqwa'.

Kesimpulannya, stigma pada HIV/AIDS dapat disebabkan karena adanya semacam vonis mati bagi pengidap HIV (belum ada obat untuk sembuh), kesalahfahaman pengertian HIV/AIDS, adanya mitos seputar HIV/AIDS, HIV/AIDS sering dikaitkan dengan perilaku tertentu, adanya prejudis terhadap kelompok masyarakat tertentu karena suku, gender dan atau orientasi seksualnya serta berita media yang bias tentang HIV dan AIDS.

4. DAMPAK YANG DITIMBULKAN STIGMA DAN DISKRIMINASI.

Stigma dan diskriminasi pada ODHA akan menyebabkan ODHA jadi enggan membuka diri, takut perlakuan masyarakat dan tidak bisa bebas akses terhadap pengobatan.

Stigma dan diskriminasi pada ODHA merupakan kesenjangan terbesar dalam upaya pencegahan penularan HIV lebih luas, memberikan pelayanan yang adekuat serta pengobatan dan dukungan.

5. FAKTA ADANYA STIGMA DAN DISKRIMINASI

a. Soweto, Afrika Selatan.

Informan / pengasuh (ibu, nenek, bibi, sdr kandung) enggan memberi tahu status HIV+ ke anak-anak yang bersangkutan karena merasa adanya stigma, kurang pengetahuan dan keterampilan.

b. Rumania.

Stigma menyebabkan banyak orang tua yang anaknya terinfeksi HIV tidak mau memberitahu anaknya bahwa ia terinfeksi HIV.

c. Beberapa kelompok agama di Amerika dan tempat lain menganggap epidemi AIDS sebagai peringatan terhadap pesan moral yang

berhubungan dengan perilaku seks, penyalahgunaan obat narkotik, dosa dan penyakit.

d. Indonesia.

- 1) HIV dan AIDS merupakan kutukan Tuhan atas umat manusia modern yang selama ini mengingkari perintah dan ajaran agama.
- 2) Selama ini kaum agama yang merasa terpinggirkan argumen–argumen tentang kehidupan duniawi.
- 3) Dengan epidemi HIV dan AIDS ini merasa punya dukungan dari langit.

C. RANGKUMAN

Stigma pada HIV/AIDS dapat disebabkan karena adanya semacam vonis mati bagi pengidap HIV (belum ada obat untuk sembuh), kesalahfahaman pengertian HIV/AIDS, adanya mitos seputar HIV/AIDS, HIV/AIDS sering dikaitkan dengan perilaku tertentu, adanya prejudis terhadap kelompok masyarakat tertentu karena suku, gender dan atau orientasi seksualnya serta berita media yang bias tentang HIV dan AIDS.

Yang perlu dilakukan adalah memupus stigma dan diskriminasi terhadap orang–orang yang terdeteksi mengidap HIV/AIDS dengan cara memberikan informasi yang akurat tentang cara–cara penularan HIV.

D. LATIHAN SOAL

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan ODHA
2. Jelaskan dampak yang ditimbulkan diskriminasi dan stigma pada ODHA

E. REFERENSI

1. Syahlan, JH. (2001). *AIDS dan Penanggulangan*. Jakarta : Studio Driya Media
2. Wartono, JH. (2000). *AIDS Dikenal Untuk Dihindari*. Jakarta : Lembaga Pengembangan Informasi Indonesia

BAB V

KONSELING DAN UJI HIV

A. PENDAHULUAN

Konseling dan Tes HIV telah mulai dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 2004, yaitu dengan pendekatan konseling dan tes HIV atas inisiatif klien atau yang dikenal dengan konseling dan tes HIV sukarela (KTS). Hingga saat ini pendekatan tersebut masih dilakukan bagi klien yang ingin mengetahui status HIV nya. Sejak tahun 2010 mulai dikembangkan Konseling dan Tes HIV dengan pendekatan Konseling dan Tes HIV atas inisiatif pemberi layanan kesehatan (KTIP). Kedua pendekatan Konseling dan Tes HIV ini bertujuan untuk mencapai universal akses, dengan menghilangkan stigma dan diskriminasi, serta mengurangi missed opportunities pencegahan penularan infeksi HIV. Konseling dan Tes HIV dilakukan dalam rangka penegakan diagnosis HIV dan AIDS, untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penularan atau peningkatan kejadian infeksi HIV dan pengobatan lebih dini. Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu menguasai konsep teoritis, menerapkan implementasi ilmu pengetahuan dan teknologi serta memberikan petunjuk alternatif dalam pemecahan masalah dengan konseling dan tes HIV.

B. PENYAJIAN MATERI

1. PENGERTIAN KONSELING

Pengertian konseling secara umum dikaitkan dengan tujuannya adalah proses membantu seseorang (klien) yang bermasalah dengan seorang konselor dengan tujuan memberdayakan klien agar mampu menghadapi dan mengambil keputusan yang paling baik bagi yang bersangkutan.

Konseling dalam AIDS disebut dengan istilah VCT (*Voluntary Counselling and Testing*).

- a. Menolong seseorang memperoleh pengertian yang benar tentang penyakit tersebut, bagaimana mencegah penularan HIV, memberikan dukungan moril bagi ODHA dan lingkungannya.
- b. Konseling bukanlah percakapan tanpa tujuan.
- c. Konseling bukan berarti memberi nasehat atau instruksi pada orang untuk melakukan sesuatu sesuai dengan kehendak konselornya (prinsipnya adalah *client-oriented*).

Konseling adalah suatu bentuk dialog untuk menolong seseorang agar memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai dirinya dan permasalahan yang sedang dihadapi, sehingga mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasinya.

2. JENIS KONSELING

Konseling merupakan aspek yang penting dalam implementasi program PPIA. Konselor akan membantu perempuan, ibu hamil dan pasangannya untuk memperoleh pengertian yang benar tentang HIV-AIDS, yaitu bagaimana mencegah penularan, penanganan dan memberikan dukungan moril bagi ODHA dan lingkungannya. Seorang konselor berupaya melakukan komunikasi yang baik untuk menanggulangi masalah yang dihadapi perempuan, ibu hamil, dan pasangannya. Melalui konseling, klien akan dibimbing untuk membuat keputusan sendiri dan untuk mengubah perilaku yang berisiko kemudian mempertahankannya perilaku positifnya.

Terdapat beberapa jenis konseling dalam hubungannya dengan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak, antara lain:

- a. Konseling sebelum dan sesudah tes HIV Konseling sebelum tes (*pra-test*) dilakukan untuk mempersiapkan mental perempuan, ibu hamil dan pasangannya ketika ingin menjalani tes HIV. Konselor menggali faktor risiko klien dan alasan untuk menjalani tes, memberikan pengertian tentang maksud hasil tes positif/negatif dan arti masa jendela serta memberikan rasa tenang bagi klien. Sedangkan konseling sesudah tes

(*post-test*) bertujuan untuk memberitahukan hasil tes kepada klien. Konselor atau petugas kesehatan yang terlatih memberikan penjelasan tentang hasil tes yang dilihat bersamadengan klien. Konselor menjelaskan tentang perlu atau tidaknya dilakukan tes ulang. Jika hasil tes HIV negatif, konselor menginformasikan dan membimbing klien agar status HIV-nya tetap negatif. Kepada yang hasilnya HIV positif, konselor memberikan dukungan mental agar klien tidak putus asa dan tetap optimis menjalani kehidupan, serta menjelaskan klien tentang upaya-upaya layanan dukungan untuk ODHA yang bisa dijalaninya.

- b. **Konseling ARV**, Konseling ARV diperlukan oleh ibu hamil HIV positif untuk memahami tentang manfaat dan bagaimana cara minum ARV selama kehamilan sehingga dapat mengurangi risiko penularan HIV. Konseling ARV juga diperlukan oleh ibu HIV positif pasca melahirkan untuk tujuan pengobatan jangka panjang. Konselor atau petugas kesehatan yang terlatih akan mengingatkan tentang pentingnya aspek kepatuhan minum obat (*adherence*), informasi tentang efek samping dan pentingnya mengontrol efektivitas pengobatan serta kondisi kesehatan lainnya ke dokter.
- c. **Konseling Kehamilan**, Konseling kehamilan diperlukan oleh seorang perempuan hamil HIV positif. Konseling berisi tentang masalah-masalah seputar kehamilan yang timbul karena isu ras, agama, gender, status perkawinan, umur, fisik dan mental ataupun orientasi seksual. Tujuan konseling ini adalah untuk membantu ibu hamil dalam membuat keputusan tepat dan bijak tentang hal terbaik untuk dirinya dan calon bayinya. Krisis di masa kehamilan ini tidak hanya berdampak pada ibu hamil saja, dengan demikian diperlukan juga konseling untuk suami, pasangan ataupun anggota keluarga dan teman ibu hamil.
- d. **Konseling pemberian makanan pada bayi**, konseling pemberian makanan bayi diperlukan oleh seorang ibu hamil ataupun ibu pasca melahirkan untuk memahami cara yang tepat dalam memberikan

makanan kepada bayinya. Bagi ibu hamil HIV positif, konseling pemberian makanan bayi diperlukan untuk memberikan penjelasan tentang pilihan memberikan ASI atau susu formula. Apapun pilihan ibu perlu diinformasikan cara yang baik dan benar untuk menjalankan pilihan itu misalnya cara pemberian ASI eksklusif, lama pemberian dan kapan menghentikannya atau cara pemberian susu formula yang benar

- e. Konseling psikologis dan sosial konseling psikologis dan sosial diperluakn oleh seorang yang mengetahui dirinya telah terinfeksi HIV untuk meningkatkan semangatnya agar tidak putus asa dan tetap optimis menjalani kehidupan serta membantunya untuk mengatasi perlakuan diskriminatif masyarakat terhadap ODHA. Dengan mendapatkan konseling psikososial ini diharapkan ODHA senantiasa berfikiran positif untuk menjaga kesehatan dirinya dan tidak menularkan HIV dari dirinya ke orang lain.

3. LAYANAN KONSELING DAN TES HIV

Layanan konseling dan tes HIV dilakukan melalui pendekatan *Provider Initiated Test and Counseling* (PITC) dan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT), yang merupakan komponen penting dalam upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Cara untuk mengetahui status HIV seseorang adalah melalui tes darah. Prosedur pelaksanaan tes darah didahului dengan konseling sebelum dan sesudah tes (*counseling*), menjaga kerahasiaan (*confidentiality*) serta adanya persetujuan tertulis (*informed consent*). Jika status HIV sudah diketahui, untuk ibu dengan status HIV positif dilakukan intervensi agar ibu tidak menularkan HIV kepada bayi yang dikandungnya. Untuk yang HIV negatif, mereka juga mendapat konseling tentang bagaimana menjaga perilakunya agar tetap berstatus HIV negatif. Layanan konseling dan tes HIV tersebut dijalankan di layanan HIV-AIDS, layanan Kesehatan Ibu dan Anak dan layanan Keluarga Berencana di tiap jenjang pelayanan kesehatan.

Layanan konseling dan tes HIV akan sangat baik jika diintegrasikan dengan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dan layanan Keluarga Berencana, karena :

- a. Dengan menjadikan konseling dan tes HIV sukarela sebagai sebuah layanan rutin di layanan Kesehatan Ibu dan Anak dan layanan Keluarga Berencana, yang ditawarkan kepada semua pengunjung, akan mengurangi stigma terhadap HIV-AIDS
- b. Layanan rutin konseling dan tes HIV di layanan Kesehatan Ibu dan Anak akan menjangkau banyak ibu hamil
- c. Menjalankan konseling dan tes HIV di klinik Kesehatan Ibu dan Anak akan mengintegrasikan program HIV-AIDS dengan layanan kesehatan lainnya, seperti pengobatan IMS dan infeksi lainnya, pemberian gizi tambahan dan keluarga berencana
- d. Pelaksanaan konseling dan tes HIV untuk pencegahan penularan HIV pada wanita mengikuti Pedoman Nasional Konseling dan Tes HIV. Tes HIV merupakan pemeriksaan rutin yang ditawarkan kepada ibu hamil.
- e. Ibu hamil menjalani konseling dan diberikan kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV atau tidak.
- f. Layanan tes HIV untuk program PPIA dipromosikan dan dimungkinkan tidak hanya untuk perempuan, namun juga diperuntukan bagi pasangan laki-lakinya.
- g. Pada tiap jenjang layanan kesehatan yang memberikan konseling dan tes HIV dalam paket pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dan layanan Keluarga Berencana, harus ada petugas yang mampu memberikan konseling sebelum dan sesudah tes HIV.
- h. Di layanan Kesehatan Ibu dan Anak dan layanan Keluarga Berencana yang memberikan layanan konseling dan tes HIV, konseling pasca tes (*post-test counseling*) bagi perempuan HIV negatif

diberikan informasi dan bimbingan untuk tetap HIV negatif selama kehamilan, menyusui dan seterusnya

- i. Pada tiap jenjang pelayanan kesehatan tersebut harus terjamin aspek kerahasiaan ibu hamil ketika mengikuti proses konseling sebelum dan sesudah tes HIV.

4. KONSELING UNTUK PEREMPUAN HIV NEGATIF

Ibu hamil yang hasilnya tesnya HIV negatif perlu didukung agar status dirinya tetap HIV negatif.

- a. Menganjurkan agar pasangannya menjalani tes HIV.
- b. Membuat pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak yang bersahabat untuk pria sehingga mudah dan dapat diakses oleh suami/pasangan ibu hamil.
- c. Mengadakan kegiatan konseling pasangan pada kunjungan ke pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.
- d. Memberikan informasi kepada suami bahwa dengan melakukan seks tidak aman dapat menyebabkan kematian bagi calon bayi, istri dan dirinya sendiri. Para suami biasanya memiliki rasa tanggung jawab untuk melindungi keluarganya. Informasi ini akan lebih efektif diterima suami jika disampaikan oleh petugas kesehatan di klinik Kesehatan Ibu dan Anak ketika ia mengantarkan istrinya
- e. Ketika ibu melahirkan di rumah sakit atau klinik, biasanya ibu diantar oleh suami, pada saat itu perasaan suami sangat bangga dan mencintai istri dan anaknya. Ini adalah waktu yang tepat untuk menyampaikan informasi kepada suami agar menghindari perilaku seks tak aman dan menyampaikan informasi tentang pemakaian kondom. Peningkatan pemahaman tentang dampak HIV pada ibu hamil, akan membuat adanya dialog yang lebih terbuka antara suami dan istri/pasangannya tentang perilaku seks aman. Sebaiknya, materi penularan HIV dari ibu ke anak menjadi bagian dari pelatihan keterampilan hidup (*lifeskill training*)

- f. bagi remaja sehingga sejak dini mereka belajar tentang caramelindungi keluarga mereka kelak dari ancaman penularan HIV. Informasitentang pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak juga pentingdisampaikan kepada masyarakat luas untuk memperkuat dukungan kepadaperempuan yang mengalami masalah seputar penularan HIV

5. TES HIV DAN KONSELING ATAS INISIASI PETUGAS KESEHATAN

Tes HIV dan Konseling atas Inisiasi Petugas Kesehatan atau *Provider Initiated HIV Testing and Counseling* (PITC) adalah suatu tes dan konseling HIV yang diprakarsai oleh petugas kesehatan kepada pengunjung sarana layanan kesehatan sebagai bagian dari standar pelayanan medis. Tujuan utamanya adalah untuk membuat keputusan klinis dan/atau menentukan pelayanan medis khusus yang tidak mungkin dilaksanakan tanpa mengetahui status HIV seseorang, seperti pada saat pemberian ART. Apabila seseorang yang datang ke sarana layanan Kesehatan menunjukkan adanya gejala yang mengarah ke HIV, maka tanggung jawab dasar dari petugas kesehatan adalah menawarkan tes dan konseling HIV kepada pasien tersebut sebagai bagian dari tatalaksana klinis. PITC juga bertujuan untuk mengidentifikasi infeksi HIV yang tidak tampak pada pasien dan pengunjung layanan kesehatan. Oleh karenanya kadang tes dan konseling HIV juga ditawarkan kepada pasien dengan gejala yang mungkin tidak terkait dengan HIV sekalipun. Dalam hal ini, tes dan konseling HIV ditawarkan kepada semua pasien yang berkunjung ke sarana kesehatan. Seperti VCT, PITC pun harus mengedepankan "three C" (*counseling, informed consent and confidentiality*) atau informasi, persetujuan dan kerahasiaan.

Petugas kesehatan dianjurkan untuk melakukan PITC sebagai bagian dari prosedur baku perawatan kepada semua pasien berikut tanpa memandang tingkat epidemi daerahnya :

- a. Semua ibu hamil, terutama ibu hamil yang mempunyai faktor risiko.
- b. Bayi yang baru lahir dari ibu HIV positif, sebagai perawatan lanjutan pada bayi tersebut.
- c. Anak yang dibawa ke layanan kesehatan dengan menunjukkan tanda tumbuh kembang yang kurang optimal atau kurang gizi yang tidak memberikan respon pada terapi gizi yang memadai.
- d. Semua pasien dewasa atau anak yang berkunjung ke layanan kesehatan dengan tanda dan gejala atau kondisi medis yang mengindikasikan infeksi HIV atau koinfeksi HIV (TB, IMS, Hepatitis, dll.) Di daerah dengan tingkat epidemi yang meluas dengan lingkungan yang memungkinkan atau kondusif serta tersedia sumber daya yang memadai termasuk ketersediaan paket layanan pencegahan, pengobatan dan perawatan HIV, maka petugas kesehatan dapat melakukan PITC kepadasemua pasien yang berobat di semua sarana kesehatan. Di daerah dengan tingkat epidemi rendah atau terkonsentrasi, PITC diprioritaskan kepada pasien dewasa atau anak yang datang ke layanan kesehatan dengan menunjukkan gejala atau tanda klinis yang mengindikasi AIDS, termasuk TB dan pasien anak yang lahir dari ibu HIV positif.

C. RANGKUMAN

Konseling merupakan aspek yang penting dalam implementasi program PPIA. Konselor akan membantu perempuan, ibu hamil dan pasangannya untuk memperoleh pengertian yang benar tentang HIV-AIDS, yaitu bagaimana mencegah penularan, penanganan dan memberikan dukungan moral bagi ODHA dan lingkungannya.

Tes HIV dan Konseling atas Inisiasi Petugas Kesehatan atau *Provider Initiated HIV Testing and Counseling* (PITC) adalah suatu tes dan konseling HIV yang diprakarsai oleh petugas kesehatan kepada pengunjung sarana layanan kesehatan sebagai bagian dari standar pelayanan medis. Tujuan utamanya adalah untuk membuat keputusan klinis dan/atau menentukan

pelayanan medis khusus yang tidak mungkin dilaksanakan tanpa mengetahui status HIV seseorang, seperti pada saat pemberian ART.

D. LATIHAN SOAL

1. Sebutkan jenis konseling dalam hubungannya dengan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak
2. Sebutkan tujuan dilakukannya PITC

E. REFERENSI

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling Dan Tes HIV
2. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2008). *Strategi Komunikasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia*. Jakarta : KPAN
3. Syahlan, JH. (2001). *AIDS dan Penanggulangan*. Jakarta : Studio Driya Media

BAB VI

PROGRAM PMTCT DAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU DENGAN HIV POSITIF

A. PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus (HIV) dapat ditularkan melalui berbagai cara. Di Indonesia, hingga akhir Juni 2011 dilaporkan 26,483 kasus AIDS. Sebanyak 54,8% penularan HIV terjadi melalui hubungan seks tidak aman dan sebanyak 36,2% melalui penggunaan Napza suntik. HIV juga dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi kepada anaknya. Istilah lain yang sering digunakan adalah “*Mother to Child HIV Transmission (MTCT)*”.

Angka kasus penularan HIV dari ibu ke anak di Indonesia sudah mencapai 2,8% dari seluruh kasus HIV-AIDS yang dilaporkan. Kita dapat melakukan pencegahan penularan infeksi HIV dari ibu ke anak dengan melakukan intervensi pencegahan penularan yang dalam pelaksanaannya meliputi kegiatan 4 Prong PMTCT. Dengan menawarkan tes HIV pada semua ibu hamil, akan banyak kasus HIV yang ditemukan sehingga Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak dapat berjalan optimal.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu menunjukkan sikap bertanggung jawab, menerapkan pemikiran logis, inovatif dalam implementasi program PMTCT dan mengaplikasikan keilmuan dalam menganalisis masalah asuhan kebidanan pada ibu yang positif HIV.

B. PENYAJIAN MATERI

1. Pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak merupakan sebuah upaya yang penting dengan alasan sebagai berikut :

- a. Sebagian besar (90.3%) perempuan HIV positif berada dalam usia reproduksi aktif.
- b. Lebih dari 90% kasus anak yang terinfeksi HIV, ditularkan melalui proses penularan dari ibu ke anak.

- c. Anak HIV positif sering mengalami gangguan tumbuh kembang bahkan sampai menyebabkan kematian.
- d. Anak HIV positif lebih sering mengalami penyakit infeksi.
- e. Setiap anak memiliki hak untuk hidup sehat, panjang umur dan mengembangkan potensi diri terbaiknya. Pengalaman dan keberhasilan pelaksanaan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak di berbagai negara di dunia yang telah dinyatakan dalam rekomendasi WHO tahun 2010 dapat kita adaptasi ke dalam Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak.

2. TUJUAN PEDOMAN PENCEGAHAN PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK

Pedoman pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak mempunyai beberapa tujuan :

- a. Sebagai bahan kebijakan dan pedoman dalam pengembangan kegiatan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak.
- b. Sebagai bahan rujukan nasional tentang Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak untuk pengembangan kapasitas tenaga kesehatan di pusat maupun di daerah.
- c. Sebagai upaya untuk memperkuat Strategi Nasional Pengendalian HIV-AIDS.
- d. Sebagai sarana untuk memobilisasi dan meningkatkan komitmen dari berbagai pihak dan masyarakat agar tercipta lingkungan yang kondusif.

3. SASARAN

Pedoman pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak ini dibuat agar dapat bermanfaat untuk semua pihak yang berkepentingan terhadap pengembangan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak di Indonesia, terutama :

- a. Tenaga kesehatan, yaitu dokter, dokter spesialis, bidan, perawat, dan lainnyayang bertugas di layanan HIV-AIDS, layanan Kesehatan Ibu dan Anak,layanan Kesehatan Reproduksi, layanan Keluarga Berencana dan tenagakesehatan lainnya yang terkait.
- b. Pengelola program dan petugas pencatatan-pelaporan di layanan HIV-AIDS,layanan Kesehatan Ibu dan Anak, layanan Kesehatan Reproduksi, layananKeluarga Berencana serta pengelola program dan petugas pencatatan-peleporan lainnya yang terkait.
- c. Pemangku kepentingan (*stake holder*) baik Pemerintah maupun NonPemerintah yang terkait layanan HIV-AIDS, layanan Kesehatan Ibu dan Anak,layanan Kesehatan Reproduksi, layanan Keluarga Berencana dan lainnya.
- d. Kelompok profesi dan kelompok seminat bidang kesehatan terkait layananHIV-AIDS, layanan Kesehatan Ibu dan Anak, layanan Kesehatan Reproduksi,layanan Keluarga Berencana dan lainnya.

4. STRATEGI PENCEGAHAN PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK

Untuk mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu ke anak, dilaksanakan program pencegahan secara komprehensif meliputi empat prong, yaitu :

- a. Prong 1:Pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduksi
- b. Prong 2:Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan HIV positif
- c. Prong 3:Pencegahan penularan HIV dari ibu hamil HIV positif ke bayi yang dikandungnya
- d. Prong 4:Pemberian dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibuHIV positif beserta anak dan keluarganya.

Keempat Prong secara nasional dikoordinir dan dijalankan oleh pemerintah, sertadapat dilaksanakan oleh institusi kesehatan swasta dan Lembaga Swadaya Masyarakat. Terkait dengan upaya pencapaian MDGS dalam pencegahan infeksi HIV pada anak, disebutkan bahwa dengan akses layanan ARV yang mudah, persediaan ARV yang lebih baik, pemberian ARV yang tepat, maka upaya untuk mengeliminasi penularan HIV dari ibu ke anak dapat dicapai pada tahun 2015

5. PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK

Ada tiga faktor utama untuk menjelaskan faktor risiko penularan HIV dari ibu ke anak :

a. Faktor ibu

Faktor yang paling utama mempengaruhi risiko penularan HIV dari ibu ke anak adalah kadar HIV (*viral load*) dalam darah ibu pada saat menjelang ataupun saat persalinan dan kadar HIV dalam air susu ibu ketika ibu menyusui bayinya. Umumnya, satu atau dua minggu setelah seseorang terinfeksi HIV, kadar HIV akan cepat sekali bertambah di tubuh seseorang (Gambar 2). Kadar HIV tertinggi sebesar 10 juta kopi/ml darah biasanya terjadi 3–6 minggu setelah terinfeksi atau kita sebut sebagai infeksi primer. Setelah beberapa minggu, biasanya kadar HIV mulai berkurang dan relatif rendah selama beberapa tahun pada periode tanpa gejala, periode ini kita sebut sebagai **fase asimptomatik**. Ketika memasuki masa **stadium AIDS** dimana tandatandagejala AIDS mulai muncul, kadar HIV kembali meningkat. Cukup banyak orang dengan HIV-AIDS (ODHA) yang kadar HIV-nya sangatrendah sehingga menjadi sulit untuk dideteksi (kurang dari 50 kopi/ml). Kondisi ini biasanya terjadi pada ODHA yang telah minum obat antiretroviral secara teratur dengan benar. Risiko penularan HIV menjadi sangat kecil jika kadar HIV rendah (kurang dari 1.000 kopi/ml), sementara jika kadar HIV diatas 100.000 kopi/ml, risiko penularan HIV dari ibu kebayi menjadi tinggi.

Risiko penularan saat persalinan sebesar 10-20%, risiko penularan HIV pada masa menyusui sebesar 10-15%, sedangkan pada saat kehamilan, risikopenularan HIV dari ibu ke bayinya lebih rendah, yaitu sebesar 5%-10%.Ibu dengan sel CD4 yang rendah mempunyai risiko penularan yang lebihbesar, terlebih jika jumlah sel CD4 < 350 sel/mm. Semakin rendah jumlah selCD4, pada umumnya risiko penularan HIV akan semakin besar. Sebuah studimenunjukkan bahwa ibu dengan CD4 < 350 sel/mm memiliki risiko untuk menularkan HIV ke anaknya jauh lebih besar.Jika ibu memiliki berat badan yang rendah selama kehamilan sertakekurangan vitamin dan mineral, maka risiko terkena berbagai penyakit infeksi juga meningkat. Biasanya, jika ibu menderita Infeksi Menular Seksual (IMS) atauinfeksi reproduksi lainnya maka kadar HIV akan meningkat, sehinggameningkatkan pula risiko penularan HIV ke anak. Sifilis ditularkan dari ibu ke bayi yang dikandungnya, dan dengan adanya sifilis akan meningkatkan risikopenularan HIV.Malaria bisa meningkatkan risiko penularan HIV karena parasit malariamerusak plasenta sehingga memudahkan HIV melewati sawar plasenta. Selainitu, malaria juga meningkatkan risiko bayi lahir prematur yang dapatmemperbesar risiko penularan HIV dari ibu ke anak. Risiko penularan HIV melalui pemberian ASI akan bertambah jika terdapat gangguan pada payudara ibu dan penyakit lain yang diderita oleh ibu, sepertimastitis, abses dan luka di puting payudara. Sebagian besar masalah payudaradapat dicegah dengan teknik menyusui yang baik. Konseling manajemen laktasisangat dibutuhkan untuk mengurangi risiko penularan HIV.

b. Faktor Bayi dan Anak

Bayi yang lahir prematur dan memiliki berat badan lahir rendah diduga lebih rentan untuk tertular HIV dikarenakan sistem organ tubuh bayi belum berkembang dengan baik, seperti sistem kulit dan mukosanya. Sebuah studi di Tanzania menunjukkan bahwa bayi yang

dilahirkan sebelum umur kehamilan 34minggu memiliki risiko tertular HIV yang lebih tinggi pada saat persalinan dan masa awal kelahiran. Seorang bayi dari ibu HIV positif bisa jadi tetap HIV negative selama masa kehamilan dan proses persalinan, tetapi masih dimungkinkan akanterinfeksi HIV melalui pemberian ASI. Dengan pemberian susu formula, risiko penularan HIV dari ibu ke anak dapat dihindarkan, namun pemberian susu formula harus memenuhi syarat AFASS (*Acceptable, Feasible, Affordable, Sustainable and Safe*).

Bayi yang diberikan ASI eksklusif kemungkinan memiliki risiko terinfeksi HIV lebih rendah dibandingkan bayi yang mengkonsumsi makanan campuran (*mixed feeding*), yaitu dengan mengkombinasi pemberian ASI dengan susu formula atau makanan padatlainnya. Penelitian di Afrika Selatan menunjukkan bahwa bayi dari ibu HIV positif yang diberi ASI eksklusif selama tiga bulan memiliki risiko tertular HIV lebih rendah (14,6%) dibandingkan bayi yang mendapatkan makanan campuran, yaitu susu formula dan ASI (24,1%). Hal ini diperkirakan karena air dan makanan yang kurang bersih (terkontaminasi) akan merusak usus bayi yang mendapatkan makanan campuran, sehingga HIV pada ASI bisa masuk ke tubuh bayi. HIV juga terdapat dalam ASI, meskipun konsentrasinya jauh lebih kecil dibandingkan dengan HIV di dalam darah. Antara 10%–15% bayi yang dilahirkan oleh ibu HIV positif akan terinfeksi HIV melalui pemberian ASI. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat risiko penularan HIV melalui pemberian ASI, yaitu :

- 1) Umur Bayi Risiko penularan melalui ASI akan lebih besar pada bayi yang baru lahir. Antara 50–70% dari semua penularan HIV melalui ASI terjadi pada usia enam bulan pertama bayi. Semakin lama pemberian ASI, akan semakin besar kumulatif risiko penularan HIV dari ibu ke bayi. Pada usia 6 bulan pertama pemberian ASI diperkirakan risiko penularan sebesar 0,7% per

bulan. Antara 6–12 bulan, risiko bertambah sebesar 0,5% per bulan dan antara 13–24 bulan, risiko bertambah lagi sebesar 0,3% per bulan. Dengan demikian, memperpendek masa pemberian ASI dapat mengurangi risiko bayi terinfeksi HIV.

- 2) Luka di Mulut Bayi dan Anak Pada bayi atau anak yang memiliki luka di mulutnya, risiko untuk tertular HIV lebih besar ketika diberikan ASI.

c. Faktor Tindakan Obstetrik

Risiko terbesar penularan HIV dari ibu ke anak terjadi pada saat persalinan, karena saat persalinan tekanan pada plasenta meningkat yang bisa menyebabkan terjadinya koneksi antara darah ibu dan darah bayi. Selain itu, saat persalinan bayi terpapar darah dan lendir ibu di jalan lahir.

Kulit bayi yang baru lahir masih sangat lemah dan lebih mudah terinfeksi jika kontak dengan HIV. Bayi mungkin juga terinfeksi karena menelan darah ataupun lendir ibu.

Faktor – faktor yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke bayi selama persalinan adalah sebagai berikut :

- 1) Jenis persalinan (risiko penularan pada persalinan pervaginam lebih besar dari pada persalinan perabdominal/SC)
- 2) Semakin lama persalinan berlangsung, risiko penularan HIV dari ibu ke anak juga semakin meningkat karena akan semakin lama terjadinya kontak antara bayi dengan darah dan lendir ibu. Ketuban pecah lebih dari 4 jam sebelum persalinan akan meningkatkan risiko penularan hingga dua kali lipat dibandingkan ketuban pecah kurang dari 4 jam.
- 3) Faktor lain yang kemungkinan meningkatkan risiko penularan selama proses persalinan adalah penggunaan elektrode pada kepala janin, penggunaan vakum atau forseps dan tindakan episiotomy

Tabel 6.1
Faktor yang meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak

Faktor Ibu	Faktor Bayi/anak	Faktor tindakan Obstetrik
<ul style="list-style-type: none"> • Ibu baru terinfeksi HIV • Ibu menderita infeksi virus, bakteri, parasit (seperti malaria) • Ibu menderita infeksi menular seksual (IMS) terutama sifilis • Ibu menderita kekurangan gizi (akibat tak langsung) • Ibu memiliki masalah pada payudara, seperti mastitis, abses, luka diputing payudara 	<ul style="list-style-type: none"> • Bayi yang lahir prematur dan memiliki berat badan lahir rendah • Pemberian ASI dalam periode yang lama • Pemberian makanan campuran (mixed feeding) • Bayi/anak memiliki luka dimulut 	<ul style="list-style-type: none"> • Jenis persalinan (persalinan pervaginam) • Ibu mengalami pecah ketuban lebih dari 4 jam sebelum persalinan • Terdapat tindakan medis yang dapat meningkatkan kontak antara darah ibu atau cairan tubuh ibu dengan bayi (seperti penggunaan elektrode pada kepala janin, penggunaan vakum atau forseps dan episiotomi)

6. WAKTU DAN RISIKO PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK

Pada masa kehamilan, sirkulasi darah janin dan sirkulasi darah ibu dipisahkan oleh beberapa lapis sel yang terdapat di plasenta. Hanya oksigen, zat makanan, antibodidan obat-obatan yang dapat menembus plasenta, namun HIV tidak dapat menembusnya. Plasenta justru melindungi janin dari infeksi HIV. Tetapi, jika terjadi peradangan, infeksi ataupun kerusakan pada plasenta, maka HIV bisa menembus plasenta, sehingga terjadi penularan HIV dari ibu ke anak. Penularan HIV dari ibu ke anak pada umumnya terjadi pada saat persalinan dan pada saat menyusui. Risiko penularan HIV dari ibu ke anak selama kehamilan, saat melahirkan dan waktu menyusui berkisar antara 20%–45% dapat ditekan menjadi hanya sekitar 2%–5% dengan melakukan program intervensi PPIA.

Di negara maju, risiko penularan HIV dari ibu ke anak hanya kurang dari 2% dengan melakukan program intervensi PPIA, antara lain : layanan konseling dan tes HIV, pemberian obat antiretroviral, persalinan seksio sesarea dan pemberian susu formula. Di banyak negara berkembang, dimana intervensi PPIA umumnya belum berjalan dengan baik, risiko penularan HIV dari ibu ke bayi masih belum dapat ditekan, yaitu masih berkisar 20%–45%.

Tabel 6.2
Waktu dan Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak

Waktu	Risiko
Selama kehamilan	5 – 10%
Ketika persalinan	10 – 20%
Penularan melalui ASI	5 – 15%
Keseluruhan risiko penularan	20 - 45%

7. DIAGNOSIS INFEKSI HIV PADA ANAK

Menegakkan diagnosis infeksi HIV pada anak tidak mudah. Beberapa tantangannya adalah sebagai berikut :

- a. Penularan HIV pada anak dapat terjadi tidak hanya selama masa kehamilan dan saat persalinan, namun dapat juga terjadi pada saat menyusui.
- b. Pemeriksaan laboratorium yang digunakan untuk menegakkan diagnosis HIV pada anak sedini mungkin adalah pemeriksaan yang dapat menemukan virus atau partikel virus dalam tubuh bayi, namun tes tersebut (seperti tes PCR) belum tersedia secara luas di Indonesia.
- c. Bila fasilitas memungkinkan maka dapat dilakukan diagnosis sedini mungkin karena perjalanan penyakit HIV pada anak sering kali berjalannya dramatis (berat) pada saat anak berusia kurang dari 12 bulan, dengan angka kematian mencapai 50%.⁴ Antibodi HIV dari ibu

ditransfer ke bayi melalui plasenta selama kehamilan. Antibodi HIV dari ibu berada pada darah bayi hingga 18 bulan. Namun bayi yang terinfeksi HIV akan memproduksi antibodi sendiri sepanjang hidupnya. Karenanya, semua bayi yang lahir dari ibu HIV positif bila dilakukan pemeriksaan berdasarkan antibody HIV pada umur kurang dari 18 bulan, masih sangat memungkinkan hasilnya adalah positif palsu.

- d. Pemeriksaan diagnostik HIV yang sebagian besar dilakukan di Indonesia adalah dengan teknik pemeriksaan antibodi, yaitu dengan menggunakan Rapid tes HIV dan/atau ELISA, dan dinyatakan reaktif jika hasil tes positif pada tiga reagen yang berbeda (pemeriksaan HIV dengan strategi 3) Hingga saat ini, fasilitas pemeriksaan diagnostik HIV pada anak yang tersedia di Indonesia adalah pemeriksaan dengan Rapid tes dan/atau ELISA, maka diagnostik HIV pada anak umumnya dapat ditegakkan setelah umur 18 bulan. Hanya RS Darmas, Jakarta yang memiliki alat PCR (DNA). Namun kita dapat merujuk pemeriksaan tersebut dengan mengirim sampel darah dengan DBS (*Dry Blood Spot*).

C. RANGKUMAN

Faktor yang paling utama mempengaruhi risiko penularan HIV dari ibu ke anak adalah kadar HIV (*viral load*) dalam darah ibu pada saat menjelang ataupun saat persalinan dan kadar HIV dalam air susu ibu ketika ibu menyusui bayinya. Umumnya, satu atau dua minggu setelah seseorang terinfeksi HIV, kadar HIV akan cepat sekali bertambah di tubuh seseorang.

Seorang bayi dari ibu HIV positif bisa jadi tetap HIV negative selama masa kehamilan dan proses persalinan, tetapi masih dimungkinkan akan terinfeksi HIV melalui pemberian ASI. Dengan pemberian susu formula, risiko penularan HIV dari ibu ke anak dapat dihindarkan, namun pemberian susu formula harus memenuhi syarat *AFASS* (*Acceptable, Feasible, Affordable, Sustainable and Safe*).

Risiko terbesar penularan HIV dari ibu ke anak terjadi pada saat persalinan, karena saat persalinan tekanan pada plasenta meningkat yang bisa menyebabkan terjadinya koneksi antara darah ibu dan darah bayi. Selain itu, saat persalinan bayi terpapar darah dan lendir ibu di jalan lahir.

Kulit bayi yang baru lahir masih sangat lemah dan lebih mudah terinfeksi jika kontak dengan HIV. Bayi mungkin juga terinfeksi karena menelan darah ataupun lendir ibu.

D. LATIHAN SOAL

1. Sebutkan Tujuan Pedoman Pencegahan Penularan Hiv Dari Ibu Ke Anak
2. Sebutkan sasaran Pedoman pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak
3. Sebutkan Strategi Pencegahan Penularan HIV Dari Ibu Ke Anak

E. REFERENSI

1. Ratminah, M, Sinar. P. (2011). *Asuhan Antenatal Pada Perempuan dengan HIV/AIDS*. Bandung : Compac Female
2. Trisiani, D. (2011). *Asuhan Persalinan pada Wanita dengan HIV*. Bandung : Compac Female
3. Wartono, JH. (2000). *AIDS Dikenal Untuk Dihindari*. Jakarta : Lembaga Pengembangan Informasi Indonesia

BAB VII

TATA LAKSANA PENCEGAHAN HIV DAN AIDS

A. PENDAHULUAN

Tes HIV memiliki beberapa fungsi penting antara lain untuk mencegah penyebaran HIV, mendeteksi infeksi HIV sejak dini, serta mendeteksi darah, produk darah, atau organ dari pendonor sebelum diberikan kepada pasien lain. Dengan deteksi sejak dini, maka pengobatan menjadi lebih cepat, serta risiko penularan virus dapat diturunkan. pasien yang berisiko tinggi terhadap HIV untuk menjalani tes HIV tiap setahun sekali secara rutin. Untuk pasien yang diduga terpapar virus HIV, tes sebaiknya dilakukan pada 6 minggu, 3 bulan, dan 6 bulan sejak pertama kali terpapar virus.

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu menguasai konsep teoritis dan menerapkan implementasi ilmu pengetahuan dan teknologi dalam tes diagnostic HIV dan tatalaksana pencegahan HIV AIDS

B. PENYAJIAN MATERI

1. TES DIAGNOSTIK HIV

Prosedur pemeriksaan diagnostik HIV menggunakan strategi 3 yaitu pemeriksaan tes HIV secara serial dengan menggunakan tiga reagen yang berbeda. Test HIV yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan adalah pemeriksaan dengan tiga reagen rapid HIV. Namun untuk sarana kesehatanyang memiliki fasilitas yang lebih baik, test HIV bisa dilakukan dengan pemeriksaan Rapid tes dan pemeriksaan ELISA. Pemilihan jenis reagen yangdigunakan berdasarkan sensitifitas dan spesifisitasnya, dengan merujuk padastandar nasional. Untuk ibu hamil dengan faktor risiko yang hasil tesnya non reaktif, tes diagnostik HIV dapat diulang pada trimester berikutnya (atau 3 bulan kemudian).

Tabel 7.1
Tes Diagnostik HIV Pada Ibu Hamil dengan Faktor Resiko

Umur kehamilan	Hasil	Tindak lanjut
Trimester 1	Non Reaktif	Ulang 3 bulan kemudian
	Reaktif	Sesuai alur ibu hamil dengan HIV
Trimester 2	Non Reaktif	Ulang 3 bulan kemudian
	Reaktif	Sesuai alur ibu hamil dengan HIV
Trimester 3	Non Reaktif	Ulang 3 bulan kemudian
	Reaktif	Sesuai alur ibu hamil dengan HIV

2. PEMBERIAN TERAPI ANTIRETROVIRAL

Pada ODHA dewasa, penentuan saat yang tepat memulai terapi obatantiretroviral (ART) selain dengan menggunakan stadium klinis, diperlukan pemeriksaan CD4. Pada kebijakan PPIA 2011, ART diberikan kepada semua perempuan hamil HIV positif tanpa harus memeriksakan kondisi CD4-nya lebih dahulu. Penentuan stadium HIV-AIDS pada ibu hamil dapat dilakukan berdasarkan kondisi klinis pasien dengan atau tanpa pemeriksaan CD4. Pemeriksaan CD4 pada ibu hamil HIV positif terutama digunakan untuk memantau pengobatan

Tabel 7.2
Waktu yang tepat untuk Pemberian ARV

Populasi Target	Pedoman Pemberian ARV tahun 2010
Pasien naive dengan HIV+ asimtomatik	CD4 \leq 350 sel/mm ³
Pasien naive HIV + dengan gejala	Stadium 2 dengan CD4 \leq 350 sel/mm ³ atau stadium 3 atau 4 tanpa memandang CD4nya
Ibu hamil	Semua ibu hamil diberi ARV : <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Tanpa indikasi ARV : mulai pada umur kehamilan \geq 14 minggu ⊙ Dengan indikasi : segera diberikan ARV

Pemberian ART pada ibu hamil HIV positif selain dapat mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak, adalah untuk mengoptimalkan kondisi kesehatan ibu dengan cara menurunkan kadar HIV serendah mungkin. Pemberian ART sebaiknya disesuaikan dengan kondisi klinis yang sedang dialami oleh ibu. Data yang tersedia menunjukkan bahwa pemberian ART kepada ibu selama kehamilan dan dilanjutkan selama menyusui adalah intervensi yang paling efektif untuk kesehatan ibu dan juga mampu mengurangi risiko penularan HIV dan kematian bayi pada kelompok wanita dengan risiko tinggi. Pilihan terapi yang direkomendasikan untuk ibu hamil HIV positif adalah terapi menggunakan tiga obat kombinasi (2 NRTI + 1 NNRTI). Semaksimal mungkin hindarkan *tripel nuke* (3 NRTI). Regimen yang direkomendasikan adalah sebagai berikut :

Tabel 7.3
Rekomendasi ARV pada Ibu Hamil HIV Positif dan Profilaksis ARV pada Bayi

IBU	
AZT+3TC+NVP	Dapat diberikan sejak trimester 1 atau umur kehamilan < 14 minggu, ibu tidak anemia dan atau CD4 < 250 sel/mm ³ (karena efek hepatotksik NVP pada perempuan biasa timbul jika CD4 <250 250 sel/mm ³
AZT+3TC+EVP*	Dapat diberikan pada trimester 2 atau umur kehamilan ≥ 14 minggu dan ibu tidak anemia
TDF+3TC+NVP	Dapat diberikan jika ibu anemia, dapat diberikan sejak trimester 1
TDF+3TC+EVP*	Dapat diberikan jika ibu anemia, diberikan mulai trimester 2
BAYI	
AZT 4mg/KgBB, 2X /hari, mulai hari ke-1 hingga 6 minggu	

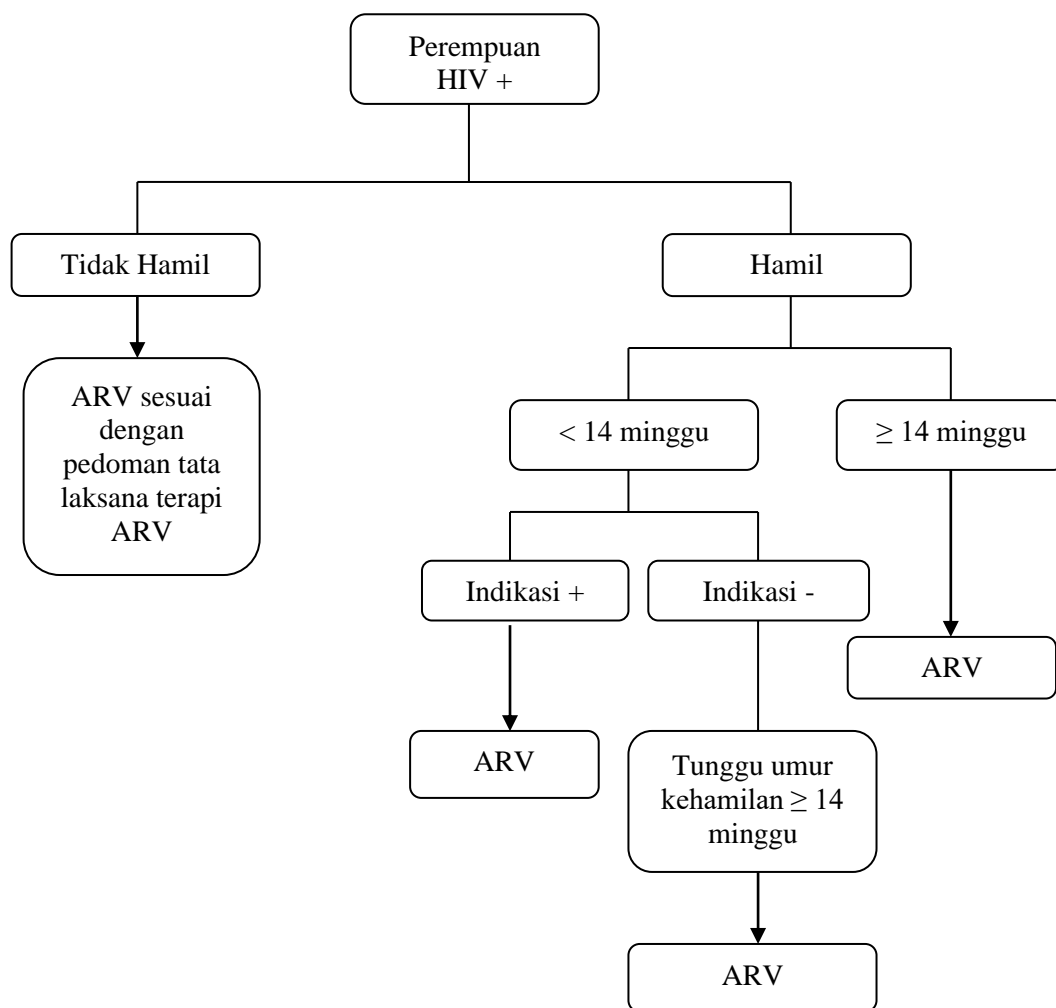
Protokol pemberian terapi antiretroviral (ART) untuk ibu hamil HIV positif adalah sebagai berikut :

- a. Indikasi pemberian ART adalah sama seperti protokol pemberian ART pada Pedoman Tatalaksana Klinis dan Terapi Antiretroviral HIV pada Orang Dewasa, tahun 2010.
- b. Untuk perempuan yang status HIV-nya diketahui *sebelum kehamilan* dan pasien sudah mendapatkan ART, maka saat hamil ART tetap diteruskan dengan rejimen yang sama seperti saat sebelum hamil.
- c. Untuk ibu hamil yang status HIV-nya diketahui *sebelum umur kehamilannya 14 minggu* , jika ada indikasi untuk segera diberikan ART, maka kita berikan ART. Namun jika tidak ada indikasi, pemberian ART ditunggu hingga umur kehamilannya 14 minggu. Regimen ART yang diberikan sesuai dengan kondisi klinis ibu
- d. Untuk ibu hamil yang status HIV-nya diketahui pada *umur kehamilan ≥ 14 minggu*, segera diberikan ART berapapun nilai CD4 dan stadium

klinisnya. Regimen ART yang diberikan sesuai dengan kondisi klinis ibu

- e. Untuk ibu hamil yang status HIV-nya diketahui *sesaat menjelang persalinan*, segera diberikan ART sesuai kondisi klinis ibu. Pilih kombinasi rejimen ART sama dengan ibu hamil yang lain.

3. ALUR PEMBERIAN OBAT ANTI RETROVIRAL



Skema 7.1
Alur Pemberian Obat Anti Retroviral

Pemerintah menyediakan ARV untuk ibu hamil HIV positif sebagai upaya untuk mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak, termasuk untuk tujuan pengobatan jangka panjang.

4. PERSALINAN YANG AMAN

Pemilihan persalinan yang aman diputuskan oleh ibu setelah mendapatkan konseling berdasarkan penilaian dari tenaga kesehatan. Pilihan persalinan meliputi persalinan pervaginam maupun per abdomenam (seksio sesarea).

Tabel 7.4
Tabel Pilihan Persalinan dan Resiko Penularannya

	Persalinan pervaginam	Persalinan per abdomenam
Syarat	Pemberian ARV \geq 6 bulan atau VL $<$ 1000 kopi/mm ³ (jika tersedia fasilitas pemeriksaan VL)	Pemberian ARV $<$ 6 bulan atau VL $>$ 1000 kopi/mm ³ atau ada indikasi obstetrik
Resiko penularan dari ibu ke anak	10% - 20%	2% - 4%

Beberapa hasil penelitian menyimpulkan bahwa seksio sesarea akan mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke bayi hingga sebesar 2% - 4%, namun perlu dipertimbangkan :

- a. Faktor keamanan ibu pasca seksio sesarea. Sebuah penelitian menyebutkan bahwa komplikasi minor dari operasi seksio sesarea seperti endometritis, infeksi luka dan infeksi saluran kemih lebih banyak terjadi pada ODHA dibandingkan non-ODHA. Namun tidak terdapat perbedaan bermakna antara ODHA dan bukan ODHA terhadap risiko terjadinya komplikasi mayor seperti pneumonia, efusi pleura ataupun sepsis.
- b. Fasilitas kesehatan dari tempat layanan, apakah memungkinkan untuk dilakukan seksio sesarea atau tidak.

- c. Biaya seksio sesarea yang relatif mahal. Dengan demikian, untuk memberikan layanan persalinan yang optimal kepada ibu hamil HIV positif direkomendasikan kondisi-kondisi berikut ini:
- 1) Pelaksanaan persalinan baik secara seksio caesaria maupun normal, harus memperhatikan kondisi fisik ibu berdasarkan penilaian dari tenaga kesehatan.
 - 2) Ibu hamil HIV positif perlu mendapatkan konseling sehubungan dengan keputusannya untuk menjalani persalinan pervaginam maupun perabdominam (SC).
 - 3) Pelaksanaan persalinan baik secara pervaginam maupun seksio caesaria harus memperhatikan indikasi obstetric si ibu.
 - 4) Tindakan menolong persalinan ibu hamil HIV positif, baik secara persalinan pervaginam maupun seksio sesarea harus memperhatikan kewaspadaan standar yang berlaku untuk semua persalinan.

5. TATALAKSANA DAN PEMBERIAN MAKANAN TERBAIK BAGI BAYI DAN ANAK

Pemilihan makanan bayi harus didahului dengan konseling tentang risikopenularan melalui makanan bayi. Konseling ini harus diberikan sebelumpersalinan. Pilihan apapun yang diambil oleh seorang ibu harus kita dukung. Pengambilan keputusan dapat dilakukan oleh ibu setelah mendapat informasi dan konseling secara lengkap. Anjuran utama bagi ibu HIV positif adalah untuk tidak menyusui bayinya dengan menggantikannya dengan susu formula. Namun, di banyak negara berkembang hal tersebut ternyata sulit dijalankan karena keterbatasan dana untuk membeli susu formula, sulit untuk mendapatkan air bersih dan botol susu yang bersih dan adanya norma-norma sosial di masyarakat tertentu yang mengharuskan ibu menyusui bayinya. Menyikapi kondisi tersebut, panduan WHO menyebutkan

bahwa bayi dari ibu HIV positif boleh diberikan ASI secara eksklusif selama 6 bulan.

Eksklusif artinya hanya diberikan ASI saja, tidak boleh dicampur dengan apapun, termasuk air putih kecuali untuk pemberian obat. Bila ibu tidak dapat melanjutkan pemberian ASI eksklusif, maka ASI harus dihentikan dandigantikan dengan susu formula untuk menghindari *mixed feeding*.

Dalam pemberian informasi dan edukasi, tenaga kesehatan harusmenyampaikan adanya risiko penularan HIV melalui pemberian ASI dibandingkan dengan susu formula. Namun juga tidak boleh lupa menerangkan persyaratan untuk dapat diberikan susu formula. Susu formuladapat diberikan hanya bila memenuhi persyaratan AFASS, yaitu *Acceptable, Feasible, Affordable, Sustainable, dan Safe*.

1) *Acceptable*

(mudah diterima) berarti tidak ada hambatan sosial budaya bagi ibu untuk memberikan susu formula untuk bayi;

2) *Feasible*

(mudah dilakukan) berarti ibu dan keluarga punya waktu, pengetahuan, dan keterampilan yang memadai untuk menyiapkan danmemberikan susu formula kepada bayi;

3) *Affordable*

(terjangkau) berarti ibu dan keluarga mampu menyediakan susu formula;

4) *Sustainable*

(berkelanjutan) berarti susu formula harus diberikan setiap hari sampai 6 bulan dan diberikan dalam bentuk segar, serta suplaidan distribusi susu formula tersebut dijamin keberadaannya;

5) *Safe*

(Aman penggunaannya) berarti susu formula harus disimpan, disiapkan dandiberikan secara benar dan higienis sangat tidak dianjurkan menyusui campur, karena memiliki risiko penularan virus

HIV pada anak yang tertinggi. Hal ini disebabkan pemberian susu formula yang merupakan benda asing dapat menimbulkan perubahan mukosa dinding usus yang mempermudah masuknya HIV yang ada di dalam asi kedalam peredaran darah.

Bila AFASS bisa dipenuhi maka makanan terbaik untuk bayi dari ibu HIV positif adalah pemberian susu formula. Bila AFASS tidak bisa dipenuhi maka ASI boleh diberikan dengan ketentuan : *ASI Eksklusif selama 6 bulan, sudah mendapatkan konseling management laktasi, ibu sudah minum ARV minimal 4 atau 6 minggu.*

Ibu hamil positif perlu mendapatkan informasi dan edukasi untuk membantu mereka membuat keputusan apakah ingin memberikan susu formula atau memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Mereka butuh dukungan agar lebih percaya diri dengan keputusannya dan dibimbing bagaimana memberikan makanan kebayinya seaman mungkin. agar mampu melakukan hal ini tenaga kesehatan perlu dibekali pelatihan tentang hal hal seputar HIV dan pemeberian makanan untuk bayi.

Rekomendasi untuk pemberian informasi dan edukasi baik tentang pemberian makanan bayi dalam pencegahan penularan dari ibu ke anak maupun pemeliharaan kesehatan anak secara umum adalah sebagai berikut :

- a. Ibu hamil HIV positif perlu mendapatkan konseling sehubungan dengan keputusannya dengan memberikan susu formula atau ASI Eksklusif
- b. Memeberikan penjelasan tentang kelebihan dan kekurangan termasuk besarnya resiko penularan dari pilihan pemberian makanan bayi baik susu formula maupun ASI Eksklusif. Penjelasan yang diberikan dimulai dari pilihan ibu yang pertama
- c. Dengan adanya komunikasi dengan ibu kita dapat menggali informasi kondisi rumah ibu dan situasi keluarganya.

- d. Membantu ibu untuk menentukan pilihan pemberian makanan pada bayi yang paling tepat.
- e. Mendemonstrasikan bagaimana praktek pemberian makanan pada bayi yang dipilih. Dapat dengan memberikan brosur yang bisa dibawa pulang
- f. Memberikan konseling dan dukungan lanjutan
- g. Ketika kunjungan pasca persalinan petugas kesehatan dapat melakukan :
 - 1) Monitoring tumbuh kembang bayi.
 - 2) Cek praktek pemberian makanan pada bayi dan apakah ada perubahan yang diinginkan.
 - 3) Pemberian imunisasi pada bayi sesuai dengan jadwal imunisasi dasar, kecuali bila ada tanda-tanda infeksi oportunistik.
 - 4) Pemberian kotrimoxazole pada bayi untuk mencegah timbulnya morbiditas lain yang dimulai pada usia 6 minggu.
 - 5) Cek tanda-tanda infeksi penyakit.
 - 6) Mendiskusikan pemberian makanan selanjutnya setelah ASI untuk bayi usia 6 bulan hingga 12 bulan.

Mengatur Kehamilan dan Mengakhiri Reproduksi

Semua jenis kontrasepsi yang dipilih oleh ibu harus selalu disertai dengan penggunaan kondom.

Kontrasepsi pada ibu/perempuan HIV positif (dual protection):

- *Menunda/mengatur kehamilan = kontrasepsi jangka pendek + kondom*
- *Menunda/mengatur kehamilan = kontrasepsi jangka panjang + kondom*
- *Memutuskan tidak punya anak lagi = kontrasepsi mantap + kondom*

Pemberian ARV profilaksis pada Anak

Pemberian ARV profilaksis dimulai pada hari ke-1 hingga 6 minggu. Rejimen ARV yang diberikan adalah AZT 4 mg/KgBB diberikan 2 kali dalam satu hari.

6. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK PADA BAYI YANG LAHIR DARI IBU HIV POSITIF

Penentuan status HIV pada bayi dilakukan dengan dua cara yaitu secara serologis atau virologis. Pemeriksaan serologis dilakukan setelah usia 18 bulan atau dapat dilakukan lebih awal pada usia 9-12 bulan dengan catatan bila hasilnya positif maka harus diulang pada usia 18 bulan. Pemeriksaan virologis harus dilakukan minimal 2 kali dan dapat dimulai pada usia 2 minggu serta diulang 4 minggu kemudian. Penentuan status HIV pada bayi ini harus dilakukan setelah ASI dihentikan minimal 6 minggu.

C. RANGKUMAN

Pemberian ART pada ibu hamil HIV positif selain dapat mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak, adalah untuk mengoptimalkan kondisi kesehatan ibu dengan cara menurunkan kadar HIV serendah mungkin. Pemberian ART sebaiknya disesuaikan dengan kondisi klinis yang sedang dialami oleh ibu.

Ibu hamil positif perlu mendapatkan informasi dan edukasi untuk membantu mereka membuat keputusan apakah ingin memberikan susu formula atau memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Mereka butuh dukungan agar lebih percaya diri dengan keputusannya dan dibimbing bagaimana memberikan makanan kebayinya seaman mungkin. agar mampu melakukan hal ini tenaga kesehatan perlu dibekali pelatihan tentang hal hal seputar HIV dan pemberian makanan untuk bayi.

D. LATIHAN SOAL

1. Sebutkan Protokol pemberian terapi antiretroviral (ART) untuk ibu hamil HIVpositif
2. Jelaskan tentang AFASS

E. REFERENSI

1. Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2013. Jakarta; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/90/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV

BAB VIII

ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK DENGAN HIV POSITIF

A. PENDAHULUAN

Penularan HIV ke Bayi dan Anak, bisa dari ibu ke anak, penularan melalui darah, penularan melalui hubungan seksual (pelecehan seksual pada anak). Penularan dari ibu ke anak terjadi karena wanita yang menderita HIV/AIDS, sehingga terdapat risiko penularan infeksi yang bisa terjadi saat kehamilan (*in uteri*). Penularan juga terjadi selama proses persalinan melalui transfusi fetomaternal atau kontak antara kulit atau membran mukosa bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan . semakin lama proses kelahiran, semakin besar pula risiko penularan, sehingga lama persalinanbisa dicegah dengan operasi *sectio caecaria*. Transmisi lain juga terjadi selama periode *postpartum* melalui ASI, risiko bayi tertular melauai ASI dari ibu yang positif. Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu menguasai konsep umum patofisiologi, menerapkan implementasi IPTEK dan mengaplikasikan keilmuan dalam asuhan kebidanan pada anak dengan HIV Positif.

B. PENYAJIAN MATERI

1. PRINSIP DASAR ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK DENGAN HIV POSITIF

a. Konsep Medis

1) Definisi

AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome) adalah kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya system kekebalan tubuh secara bertahap yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV).

Infeksi HIV adalah infeksi virus yang secara progresif menghancurkan sel-sel darah putih Infeksi oleh HIV biasanya berakibat pada kerusakan sistem kekebalan tubuh secara progresif,

menyebabkan terjadinya infeksi oportunistik dan kanker tertentu (terutama pada orang dewasa).

Kasus HIV pada anak biasanya paling sering ditemukan akibat transmisi dari ibu yang sudah memiliki HIV ke anaknya. Kemungkinan besar perpindahan virus ini terjadi selama proses kehamilan dan juga persalinan.

2) Etiologi

Penyebab penyakit AIDS adalah HIV yaitu virus yang masuk dalam kelompok retrovirus yang biasanya menyerang organ–organ vital sistem kekebalan tubuh manusia. Penyakit ini dapat ditularkan melalui penularan seksual, kontaminasi patogen di dalam darah, dan penularan masa perinatal.

a) Faktor risiko untuk tertular HIV pada bayi dan anak adalah :

- Bayi yang lahir dari ibu dengan pasangan biseksual,
- Bayi yang lahir dari ibu dengan pasangan berganti,
- Bayi yang lahir dari ibu atau pasangannya penyalahguna obat intravena,
- Bayi atau anak yang mendapat transfusi darah atau produk darah berulang,
- Anak yang terpapar pada infeksi hiv dari kekerasan seksual (perlakuan salah seksual), dan
- Anak remaja dengan hubungan seksual berganti–ganti pasangan.

b) Cara Penularan

Penularan HIV dari ibu kepada bayinya dapat melalui :

- Dari ibu kepada anak dalam kandungannya (*antepartum*).

Ibu hamil yang terinfeksi HIV dapat menularkan virus tersebut ke bayi yang dikandungnya. Cara transmisi ini dinamakan juga transmisi secara vertikal. Transmisi dapat terjadi melalui plasenta (intrauterin) intrapartum, yaitu pada waktu bayi terpapar dengan darah ibu.

- Selama persalinan (*intrapartum*).
Selama persalinan bayi dapat tertular darah atau cairan servikovaginal yang mengandung HIV melalui paparan trakeobronkial atau tertelan pada jalan lahir.
- Bayi baru lahir terpajan oleh cairan tubuh ibu yang terinfeksi.
Pada ibu yang terinfeksi HIV, ditemukan virus pada cairan vagina 21%, cairan aspirasi lambung pada bayi yang dilahirkan. Besarnya paparan pada jalan lahir sangat dipengaruhi dengan adanya kadar HIV pada cairan vagina ibu, cara persalinan, ulkus serviks atau vagina, perlukaan dinding vagina, infeksi cairan ketuban, ketuban pecah dini, persalinan prematur, penggunaan elektrode pada kepala janin, penggunaan vakum atau forsep, episiotomi dan rendahnya kadar CD4 pada ibu. Ketuban pecah lebih dari 4 jam sebelum persalinan akan meningkatkan resiko transmisi antepartum sampai dua kali lipat dibandingkan jika ketuban pecah kurang dari 4 jam sebelum persalinan.
- Bayi tertular melalui pemberian ASI.
Transmisi pascapersalinan sering terjadi melalui pemberian ASI (Air susu ibu). ASI diketahui banyak mengandung HIV dalam jumlah cukup banyak. Konsentrasi median sel yang terinfeksi HIV pada ibu yang menderita HIV adalah 1 per 10⁴ sel, partikel virus ini dapat ditemukan pada komponen sel dan non sel ASI. Berbagai factor yang dapat mempengaruhi resiko tranmisi HIV melalui ASI antara lain mastitis atau luka di puting, lesi di mucosa mulut bayi, prematuritas dan respon imun bayi. Penularan HIV melalui ASI diketahui merupakan

faktor penting penularan paska persalinan dan meningkatkan resiko tranmisi dua kali lipat.

3) Patofisiologi

HIV secara khusus menginfeksi limfosit dengan antigen permukaan CD4, yang bekerja sebagai reseptor viral. Subset limfosit ini, yang mencakup limfosit penolong dengan peran kritis dalam mempertahankan responsivitas imun, juga meperlihatkan pengurangan bertahap bersamaan dengan perkembangan penyakit. Mekanisme infeksi HIV yang menyebabkan penurunan sel CD4.

HIV secara istimewa menginfeksi limfosit dengan antigen permukaan CD4, yang bekerja sebagai reseptor viral. Subset limfosit ini, yang mencakup linfosit penolong dengan peran kritis dalam mempertahankan responsivitas imun, juga memperlihatkan pengurangan bertahap bersamaan dengan perkembangan penyakit. Mekanisme infeksi HIV yang menyebabkan penurunan sel CD4 ini tidak pasti, meskipun kemungkinan mencakup infeksi litik sel CD4 itu sendiri; induksi apoptosis melalui antigen viral, yang dapat bekerja sebagai superantigen; penghancuran sel yang terinfeksi melalui mekanisme imun antiviral penjamu dan kematian atau disfungsi precursor limfosit atau sel asesorius pada timus dan kelenjar getah bening. HIV dapat menginfeksi jenis sel selain limfosit. Infeksi HIV pada monosit, tidak seperti infeksi pada limfosit CD4, tidak menyebabkan kematian sel. Monosit yang terinfeksi dapat berperang sebagai reservoir virus laten tetapi tidak dapat diinduksi, dan dapat membawa virus ke organ, terutama otak, dan menetap di otak. Percobaan hibridisasi memperlihatkan asam nukleat viral pada sel-sel kromafin mukosa usus, epitel glomerular dan tubular dan astroglia. Pada jaringan janin, pemulihan virus yang paling konsisten adalah dari otak, hati, dan paru. Patologi terkait HIV melibatkan banyak organ, meskipun sering sulit untuk

mengetahui apakah kerusakan terutama disebabkan oleh infeksi virus local atau komplikasi infeksi lain atau autoimun.

Infeksi HIV biasanya secara klinis tidak bergejala saat terakhir, meskipun “ priode inkubasi “ atau interval sebelum muncul gejala infeksi HIV, secara umum lebih singkat pada infeksi perinatal dibandingkan pada infeksi HIV dewasa. Selama fase ini, gangguan regulasi imun sering tampak pada saat tes, terutama berkenaan dengan fungsi sel B; hipergameglobulinemia dengan produksi antibody nonfungsional lebih universal diantara anak-anak yang terinfeksi HIV dari pada dewasa, sering meningkat pada usia 3 sampai 6 bulan. Ketidak mampuan untuk berespon terhadap antigen baru ini dengan produksi imunoglobulin secara klinis mempengaruhi bayi tanpa pajanan antigen sebelumnya, berperang pada infeksi dan keparahan infeksi bakteri yang lebih berat pada infeksi HIV pediatrik. Deplesi limfosit CD4 sering merupakan temuan lanjutan, dan mungkin tidak berkorelasi dengan status simptomatik. Bayi dan anak-anak dengan infeksi HIV sering memiliki jumlah limfosit yang normal, dan 15% pasien dengan AIDS periatrik mungkin memiliki resiko limfosit CD4 terhadap CD8 yang normal. Panjamu yang berkembang untuk beberapa alasan menderita imunopatologi yang berbeda dengan dewasa, dan kerentanan perkembangan system saraf pusat menerangkan frekuensi relatif ensefalopati yang terjadi pada infeksi HIV anak.

4) Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis infeksi HIV pada anak bervariasi dari asimtomatis sampai penyakit berat yang dinamakan AIDS. AIDS pada anak terutama terjadi pada umur muda karena sebagian besar (>80%) AIDS pada anak akibat transmisi vertikal dari ibu ke anak. Lima puluh persen kasus AIDS anak berumur < 1 tahun dan 82% berumur <3 tahun. Meskipun demikian ada juga bayi yang

terinfeksi HIV secara vertikal belum memperlihatkan gejala AIDS pada umur 10 tahun.

Gejala klinis yang terlihat adalah akibat adanya infeksi oleh mikroorganisme yang ada di lingkungan anak. Oleh karena itu, manifestasinya pun berupa manifestasi nonspesifik berupa :

- a) Gagal tumbuh
- b) Berat badan menurun,
- c) Anemia,
- d) Panas berulang,
- e) Limfadenopati, dan
- f) Hepatosplenomegali

Gejala yang menjurus kemungkinan adanya infeksi HIV adalah adanya infeksi oportunistik, yaitu infeksi dengan kuman, parasit, jamur, atau protozoa yang lazimnya tidak memberikan penyakit pada anak normal. Karena adanya penurunan fungsi imun, terutama imunitas selular, maka anak akan menjadi sakit bila terpajan pada organisme tersebut, yang biasanya lebih lama, lebih berat serta sering berulang. Penyakit tersebut antara lain kandidiasis mulut yang dapat menyebar ke esofagus, radang paru karena *Pneumocystis carinii*, radang paru karena mikobakterium atipik, atau toksoplasmosis otak. Bila anak terserang *Mycobacterium tuberculosis*, penyakitnya akan berjalan berat dengan kelainan luas pada paru dan otak. Anak sering juga menderita diare berulang.

Manifestasi klinis lainnya yang sering ditemukan pada anak adalah pneumonia interstisial limfositik, yaitu kelainan yang mungkin langsung disebabkan oleh HIV pada jaringan paru. Manifestasi klinisnya berupa :

- a) Hipoksia,
- b) Sesak napas,

- c) Jari tabuh, dan
- d) Limfadenopati.
- e) Secara radiologis terlihat adanya infiltrat retikulonodular difus bilateral, terkadang dengan adenopati di hilus dan mediastinum.

Manifestasi klinis yang lebih tragis adalah yang dinamakan ensefalopati kronik yang mengakibatkan hambatan perkembangan atau kemunduran ketrampilan motorik dan daya intelektual, sehingga terjadi retardasi mental dan motorik. Ensefalopati dapat merupakan manifestasi primer infeksi HIV. Otak menjadi atrofi dengan pelebaran ventrikel dan kadangkala terdapat kalsifikasi. Antigen HIV dapat ditemukan pada jaringan susunan saraf pusat atau cairan serebrospinal.

5) Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis HIV dapat tegakkan dengan menguji HIV. Tes ini meliputi tes Elisa, latex agglutination dan western blot. Penilaian Elisa dan latex agglutination dilakukan untuk mengidentifikasi adanya infeksi HIV atau tidak, bila dikatakan positif HIV harus dipastikan dengan tes western blot. Tes lain adalah dengan cara menguji antigen HIV, yaitu tes antigen P 24 (*polymerase chain reaction*) atau PCR. Bila pemeriksaan pada kulit, maka dideteksi dengan tes antibodi (biasanya digunakan pada bayi lahir dengan ibu HIV).

6) Diagnosis

Diagnosis awal bayi yang terinfeksi sangat diinginkan, tetapi pengenalan awal bayi yang beresiko HIV lebih penting. Hanya jika infeksi HIV pada perempuan hamil teridentifikasi, terhadap kesempatan untuk mengubah ibu dan bayi secara cepat dengan terapi antiviral atau preventif. Oleh karena itu uji dan konseling HIV harus menjadi bagian rutin pada perawatan kehamilan.

a) Pada bayi yang mendapat ASI

Bila seorang bayi yang terpapar infeksi HIV mendapat ASI, ia akan terus berisiko tertulari HIV selama masa pemberian ASI; karenanya uji virologik negatif pada bayi yang terus mendapat ASI tidak menyingkirkan kemungkinan infeksi HIV. Dianjurkan uji virologik dilakukan setelah bayi tidak lagi mendapat ASI selama minimal 6 minggu. Bila saat itu bayi sudah berumur 9–18 bulan saat pemberian ASI dihentikan, uji antibodi dapat dilakukan sebelum uji virologik, karena secara praktis uji antibodi jauh lebih murah. Bila hasil uji antibodi positif, maka pemeriksaan uji virologik diperlukan untuk mendiagnosis pasti, meskipun waktu yang pasti anak-anak membuat antibodi anti HIV pada yang terinfeksi post partum belum diketahui.

b) Pada bayi dan anak yang terpapar HIV dan memiliki gejala klinis

Bila uji virologik tidak dapat dilakukan tetapi ada tempat yang mampu memeriksa, semua bayi kurang dari 12 bulan yang terpapar HIV dan menunjukkan gejala dan tanda infeksi HIV harus dirujuk untuk uji virologik. Hasil yang positif pada stadium apapun menunjukkan positif infeksi HIV.

c) Pada bayi dan anak yang terpapar HIV asimtomatik

Pada usia 12 bulan, sebagian besar bayi yang terpapar HIV sudah tidak lagi memiliki antibodi maternal. Hasil uji antibodi yang positif pada usia ini dapat dianggap indikasi tertular (94.5% seroreversi pada usia 12 bulan; Spesifisitas 96%) dan harus diulang pada usia 18 bulan.

d) Pada anak yang berumur kurang dari 18 bulan

Diagnosis definitif laboratoris infeksi HIV pada anak yang berumur kurang dari 18 bulan hanya dapat ditegakkan melalui uji virologik. Hasil yang positif memastikan terdapat infeksi HIV. Tetapi bila akses untuk uji virologik ini terbatas, WHO menganjurkan untuk dilakukan pada usia 6-8 minggu, dimana bayi yang tertular *in utero*, maupun *intra partum* dapat tercakup.

Uji virologik yang dilakukan pada usia 48 jam dapat mengidentifikasi bayi yang tertular *in utero*, tetapi sensitivitasnya masih sekitar 48%. Bila dilakukan pada usia 4 minggu maka sensitivitasnya naik menjadi 98%.

Satu hasil positif uji virologik pada usia berapa pun dianggap diagnostik pasti. Meskipun demikian tetap direkomendasikan untuk melakukan uji ulang pada sampel darah yang berbeda. Bila tidak mungkin dilakukan dua kali maka harus dipastikan kehandalan laboratorium penguji.

Pada anak yang didiagnosis infeksi HIV hanya dengan satu kali pemeriksaan virologik yang positif, harus dilakukan uji antibodi anti HIV pada usia lebih dari 18 bulan.

e) Pada anak yang berumur lebih dari 18 bulan

Diagnosis definitif infeksi HIV pada anak yang berumur lebih dari 18 bulan (apakah paparannya diketahui atau tidak) dapat menggunakan uji antibodi, sesuai proses diagnosis pada orang dewasa. Konfirmasi hasil yang positif harus mengikuti algoritme standar nasional, paling tidak menggunakan reagen uji antibodi yang berbeda.

7) Komplikasi

a) Oral Lesi

Karena kandidia, herpes simplek, sarcoma kaposi, HPV oral, gingivitis, peridontitis *Human Immunodeficiency Virus*

(HIV), leukoplakia oral, nutrisi, dehidrasi, penurunan berat badan, kelelahan dan cacat. Kandidiasis oral ditandai oleh bercak-bercak putih seperti krim dalam rongga mulut. Jika tidak diobati, kandidiasis oral akan berlanjut mengenai esophagus dan lambung. Tanda dan gejala yang menyertai mencakup keluhan menelan yang sulit dan rasa sakit di balik sternum (nyeri retrosternal).

b) Neurologik

Ensefalopati HIV atau disebut pula sebagai kompleks dimensia AIDS (ADC; *AIDS dementia complex*). Manifestasi dini mencakup gangguan daya ingat, sakit kepala, kesulitan berkonsentrasi, konfusi progresif, perlambatan psikomotorik, apatis dan ataksia. stadium lanjut mencakup gangguan kognitif global, kelambatan dalam respon verbal, gangguan efektif seperti pandangan yang kosong, hiperefleksi paraparesis spastic, psikosis, halusinasi, tremor, inkontinensia, dan kematian.

Meningitis kriptokokus ditandai oleh gejala seperti demam, sakit kepala, malaise, kaku kuduk, mual, muntah, perubahan status mental dan kejang-kejang. diagnosis ditegakkan dengan analisis cairan serebrospinal.

c) Gastrointestinal

Wasting syndrome kini diikutsertakan dalam definisi kasus yang diperbarui untuk penyakit AIDS. Kriteria diagnostiknya mencakup penurunan BB > 10% dari BB awal, diare yang kronis selama lebih dari 30 hari atau kelemahan yang kronis, dan demam yang kambuhan atau menetap tanpa adanya penyakit lain yang dapat menjelaskan gejala ini.

Diare karena bakteri dan virus, pertumbuhan cepat flora normal, limfoma, dan sarcoma Kaposi. Dengan efek, penurunan berat badan, anoreksia, demam, malabsorpsi, dan

dehidrasi. Hepatitis karena bakteri dan virus, limfoma, sarkoma Kaposi, obat illegal, alkoholik. Dengan anoreksia, mual muntah, nyeri abdomen, ikterik, demam atritis. Penyakit Anorektal karena abses dan fistula, ulkus dan inflamasi perianal yang sebagai akibat infeksi, dengan efek inflamasi sulit dan sakit, nyeri rektal, gatal-gatal dan diare.

d) Respirasi

Pneumocystic Carinii. Gejala napas yang pendek, sesak nafas (dispnea), batuk-batuk, nyeri dada, hipoksia, kelelahan dan demam akan menyertai pelbagai infeksi oportunistik, seperti yang disebabkan oleh *Mycobacterium Intracellulare* (MAI), cytomegalovirus, virus influenza, pneumococcus, dan strongyloides.

e) Dermatologik

Lesi kulit stafilocokus : virus herpes simpleks dan zoster, dermatitis karena xerosis, reaksi otot, lesi scabies/tuma, dan dekokbitus dengan efek nyeri, gatal, rasa terbakar, infeksi sekunder dan sepsis. Infeksi oportunistik seperti herpes zoster dan herpes simpleks akan disertai dengan pembentukan vesikel yang nyeri dan merusak integritas kulit. Moluskum Kontangiosum merupakan infeksi virus yang ditandai oleh pembentukan plak yang disertai deformitas. dermatitis sosoreika akan disertai ruam yang difus, bersisik dengan indurasi yang mengenai kulit kepala serta wajah. penderita AIDS juga dapat memperlihatkan folikulitis menyeluruh yang disertai dengan kulit yang kering dan mengelupas atau dengan dermatitis atopik seperti ekzema dan psoriasis.

f) Sensorik

- Pandangan : Sarkoma Kaposi pada konjungtiva atau kelopak mata, retinitis sitomegalovirus berefek kebutaan

- Pendengaran : otitis eksternal akut dan otitis media, kehilangan pendengaran dengan efek nyeri yang berhubungan dengan mielopati, meningitis, sitomegalovirus dan reaksi-reaksi obat.

8) Pemeriksaan Penunjang

a) Tes untuk diagnosa infeksi HIV :

- ELISA (positif; hasil tes yang positif dipastikan dengan western blot)
- Western blot (positif)
- P24 antigen test (positif untuk protein virus yang bebas)
- Kultur HIV(positif ; kalau dua kali uji-kadar secara berturut-turut mendeteksi enzim reverse transcriptase atau antigen p24 dengan kadar yang meningkat

b) Tes untuk deteksi gangguan system imun.

- LED (normal namun perlahan-lahan akan mengalami penurunan)
- CD4 limfosit (menurun; mengalami penurunan kemampuan untuk bereaksi terhadap antigen)
- Rasio CD4/CD8 limfosit (menurun)
- Serum mikroglobulin B2 (meningkat bersamaan dengan berlanjutnya penyakit).
- Kadar immunoglobulin (meningkat)

9) Penatalaksanaan

a) Perawatan

Perawatan pada anak yang terinfeksi HIV antara lain:

- Suportif dengan cara mengusahakan agar gizi cukup, hidup sehat dan mencegah kemungkinan terjadi infeksi
- Menanggulangi infeksi opportunistic atau infeksi lain serta keganasan yang ada

- Menghambat replikasi HIV dengan obat antivirus seperti golongan dideosinukleotid, yaitu azidomitidin (AZT) yang dapat menghambat enzim RT dengan berintegrasi ke DNA virus, sehingga tidak terjadi transkripsi DNA HIV
- Mengatasi dampak psikososial
- Konseling pada keluarga tentang cara penularan HIV, perjalanan penyakit, dan prosedur yang dilakukan oleh tenaga medis
- Dalam menangani pasien HIV dan AIDS tenaga kesehatan harus selalu memperhatikan perlindungan universal (universal precaution)

b) Pengobatan

Pengobatan medikamentosa mencakup pemberian obat-obat profilaksis infeksi oportunistik yang tingkat morbiditas dan mortalitasnya tinggi. Riset yang luas telah dilakukan dan menunjukkan kesimpulan rekomendasi pemberian kotrimoksazol pada penderita HIV yang berusia kurang dari 12 bulan dan siapapun yang memiliki kadar CD4 < 15% hingga dipastikan bahaya infeksi pneumonia akibat parasit *Pneumocystis jiroveci* dihindari. Pemberian Isoniazid (INH) sebagai profilaksis penyakit TBC pada penderita HIV masih diperdebatkan. Kalangan yang setuju berpendapat langkah ini bermanfaat untuk menghindari penyakit TBC yang berat, dan harus dibuktikan dengan metode diagnosis yang handal. Kalangan yang menolak menganggap bahwa di negara endemis TBC, kemungkinan infeksi TBC natural sudah terjadi. Langkah diagnosis perlu dilakukan untuk menetapkan kasus mana yang memerlukan pengobatan dan yang tidak.

Obat profilaksis lain adalah preparat nistatin untuk antikandida, pirimetamin untuk toksoplasma, preparat sulfa

untuk malaria, dan obat lain yang diberikan sesuai kondisi klinis yang ditemukan pada penderita.

Pengobatan penting adalah pemberian antiretrovirus atau ARV. Riset mengenai obat ARV terjadi sangat pesat, meskipun belum ada yang mampu mengeradikasi virus dalam bentuk DNA proviral pada stadium dorman di sel CD4 memori. Pengobatan infeksi HIV dan AIDS sekarang menggunakan paling tidak 3 kelas anti virus, dengan sasaran molekul virus dimana tidak ada homolog manusia. Obat pertama ditemukan pada tahun 1990, yaitu Azidothymidine (AZT) suatu analog nukleosid deoksitimidin yang bekerja pada tahap penghambatan kerja enzim transkriptase reversi. Bila obat ini digunakan sendiri, secara bermakna dapat mengurangi kadar RNA HIV plasma selama beberapa bulan atau tahun. Biasanya progresivitas penyakit HIV tidak dipengaruhi oleh pemakaian AZT, karena pada jangka panjang virus HIV berevolusi membentuk mutan yang resisten terhadap obat.

c) Pencegahan

Penularan HIV dari ibu ke bayi dapat dicegah melalui :

- **Saat hamil.** Penggunaan antiretroviral selama kehamilan yang bertujuan agar viral load rendah sehingga jumlah virus yang ada di dalam darah dan cairan tubuh kurang efektif untuk menularkan HIV.
- **Saat melahirkan.** Penggunaan antiretroviral (Nevirapine) saat persalinan dan bayi baru dilahirkan dan persalinan sebaiknya dilakukan dengan metode sectio caesar karena terbukti mengurangi resiko penularan sebanyak 80%.
- **Setelah lahir.** Informasi yang lengkap kepada ibu tentang resiko dan manfaat ASI.

b. Asuhan Kebidanan

1) Pengkajian Data.

- a) Lakukan pengkajian fisik
- b) Dapatkan riwayat imunisasi
- c) Dapatkan riwayat yang berhubungan dengan faktor resiko terhadap AIDS pada anak-anak : *exposure in utero to HIV-infected mother*, pemajanan terhadap produk darah, khususnya anak dengan hemophilia, remaja yang menunjukkan perilaku resiko tinggi
- d) Obsevasi adanya manifestasi AIDS pada anak-anak : gagal tumbuh, *limfadenopati*, *hepatosplenomegali*
- e) Infeksi bakteri berulang
- f) Penyakit paru khususnya pneumonia pneumocystis carinii (*pneumonitis interstitial limfositik*, dan *hyperplasia limfoid paru*)
- g) Diare kronis
- h) Gambaran neurologis, kehilangan kemampuan motorik yang telah di capai sebelumnya, kemungkinan mikrosefali, pemeriksaan neurologis abnormal
- i) Bantu dengan prosedur diagnostik dan pengujian missal tes antibody serum.

2) Interpretasi Data

- a) Diagnosa Kebidanan
Tegakkan diagnosa dari hasil pemeriksaan fisik yang terdiri dari Data Subjektif dan Data Objektif.
- b) Masalah yang ditemukan
Masalah ditemukan dari keluhan yang disampaikan oleh orang tua anak dan dari masalah kesehatan yang ditemukan saat dilakukannya pemeriksaan fisik.

3) Diagnosa Potensial

Tegakkan diagnosa kemungkinan yang akan terjadi jika keadaan pasien ini tidak segera ditangani, diantaranya :

- a) Bersihan jalan nafas inefektif berhubungan dengan akumulasi secret sekunder terhadap hipersekresi sputum karena proses inflamasi
- b) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan ekspansi paru
- c) Hipertermi berhubungan dengan pelepasan pyrogen dari hipotalamus sekunder terhadap reaksi antigen dan antibody (Proses inflamasi)
- d) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kekambuhan penyakit, diare, kehilangan nafsu makan, kandidiasis oral
- e) Perubahan eliminasi (diare) yang berhubungan dengan peningkatan motilitas usus sekunder proses inflamasi system pencernaan.
- f) Nyeri berhubungan dengan proses penyakit (misal: ensefalopati, pengobatan)
- g) Risiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan pemasukan dan pengeluaran sekunder karena kehilangan nafsu makan dan diare
- h) Risiko kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan dermatitis seboroik dan herpes zoster sekunder proses inflamasi system integument
- i) Perubahan proses keluarga berhubungan dengan mempunyai anak dengan penyakit yang mengancam hidup.

4) Antisipasi Tindakan Segera

Tindakan yang akan segera dilakukan untuk mengatasi masalah baik secara mandiri, kolaborasi ataupun rujukan.

5) Perencanaan

- a) Bersihkan jalan nafas inefektif berhubungan dengan akumulasi secret sekunder terhadap hipersekresi sputum karena proses inflamasi.

Tujuan : Anak menunjukkan jalan nafas yang efektif.

- Auskultasi area paru, catat area penurunan/tidak ada aliran udara dan bunyi napas adventisius. (penurunan aliran udara terjadi pada area konsolidasi dengan cairan. Bunyi napas bronkhial dapat juga terjadi pada area konsolidasi).
- Mengkaji ulang tanda-tanda vital (irama dan frekuensi, serta gerakan dinding dada (akipnea, pernapasan dangkal dan gerakan dada tidak simetris terjadi karena ketidaknyamanan gerakan dinding dada dan atau cairan paru-paru).
- Bantu pasien latihan napas sering. Tunjukkan/bantu pasien mempelajari melakukan batuk, misalnya menekan dada dan batuk efektif sementara posisi duduk tinggi (Napas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru/jalan napas lebih kecil. Batuk adalah mekanisme pembersihan jalan napas alami membantu silia untuk mempertahankan jalan napas paten. Penekanan menurunkan ketidaknyamanan dada dan posisi duduk memungkinkan upaya napas lebih dalam dan lebih kuat).
- Penghisapan sesuai indikasi (merangsang batuk atau pembersihan jalan napas secara mekanik pada pasien yang tidak mampu melakukan karena batuk tidak efektif atau penurunan tingkat kesadaran).
- Berikan cairan sedikitnya 2500 ml/hari (kecuali kontraindikasi). Tawarkan air hangat dari pada dingin

(Cairan (khususnya yang hangat) memobilisasi dan mengeluarkan sekret).

- Memberikan obat yang dapat meningkatkan efektifnya jalan nafas (seperti bronchodilator). (alat untuk menurunkan spasme bronkhus dengan memobilisasi sekret, obat bronchodilator dapat membantu mengencerkan sekret sehingga mudah untuk dikeluarkan)

b) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.

Tujuan : anak dapat menunjukkan pola napas yang efektif.

- Kaji frekuensi, kedalaman pernafasan dan ekspansi paru. Catat upaya pernafasan, termasuk penggunaan otot bantu. (Kecepatan biasanya meningkat. Dispneu dan terjadi peningkatan kerja nafas. Kedalaman pernafasan bervariasi tergantung derajat gagal nafas).
- Auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi seperti ronchi. (Bunyi nafas menurun / tidak ada bila jalan nafas obstruktif sekunder terhadap pendarahan, Ronki dan mengi menyertai obstruksi jalan nafas/ kegagalan nafas).
- Tinggikan kepala dan bantu mengubah posisi. Bangunkan pasien turun sari tempat tidur dan ambulansi sesegera mungkin. (Duduk tinggi memungkinkan ekspansi paru memudahkan pernafasan).
- Observasi pola batuk dan karakter sekret. (Kongesti alveolar mengakibatkan batuk kering / iritasi. Sputum berdarah dapat mengakibatkan infark jaringan)
- Berikan oksigen tambahan. (Memaksimalkan bernafas dan menurunkan kerja nafas).

c) Hipertermi berhubungan dengan pelepasan pyrogen dari hipotalamus sekunder terhadap reaksi antigen dan antibodi.

Tujuan : anak akan mempertahankan suhu tubuh kurang dari 37,5 °C

- Pertahankan lingkungan sejuk, dengan menggunakan piyama dan selimut yang tidak tebal serta pertahankan suhu ruangan antara 22 °C dan 24 °C (lingkungan yang sejuk membantu menurunkan suhu tubuh dengan cara radiasi).
- Beri antipiretik sesuai petunjuk. (Antipiretik seperti asetaminofen (Tylenol), efektif menurunkan demam).
- Pantau suhu tubuh anak setiap 1-2 jam, bila terjadi peningkatan secara tiba-tiba. (Peningkatan suhu secara tiba-tiba akan mengakibatkan kejang).
- Beri antimikroba/antibiotik jika disarankan. (Antimikroba mungkin disarankan untuk mengobati organisme penyebab)
- Berikan kompres dengan suhu 37 oC pada anak untuk menurunkan demam. (Kompres hangat efektif mendinginkan tubuh melalui cara konduksi).

d) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kekambuhan penyakit, diare, kehilangan nafsu makan, kandidiasis oral.

Tujuan : Pasien mendapatkan nutrisi yang optimal dengan kriteria hasil anak mengkonsumsi jumlah nutrien yang cukup.

- Berikan makanan dan kudapan tinggi kalori dan tinggi protein. (Untuk memenuhi kebutuhan tubuh untuk metabolisme dan pertumbuhan).
- Beri makanan yang disukai anak. (Untuk mendorong agar anak mau makan).

- Perkaya makanan dengan suplemen nutrisi, misalnya susu bubuk atau suplemen yang dijual bebas. (Untuk memaksimalkan kualitas asupan makanan).
 - Berikan makanan ketika anak sedang mau makan dengan baik. (Ketika anak mau makan adalah kesempatan yang berharga bagi perawat maupun orang tua untuk memberikan makanan sehingga porsi yang disediakan dihabiskan).
 - Gunakan kreativitas untuk mendorong anak. (Dapat menarik minat anak untuk makan dan menghabiskan porsi makanan yang disediakan).
 - Pantau berat badan dan pertumbuhan. (Pemantauan berat badan dilakukan sehingga intervensi nutrisi tambahan dapat diimplementasikan bila pertumbuhan mulai melambat atau berat badan turun).
 - Berikan obat antijamur sesuai instruksi. (Untuk mengobati kandidiasis oral)
- e) Perubahan eliminasi (diare) yang berhubungan dengan peningkatan motilitas usus sekunder proses inflamasi system pencernaan.

Tujuan : orang tua melaporkan penurunan frekuensi defekasi dengan kriteria, konsistensi feases kembali normal dan orang tua mampu mengidentifikasi/menghindari faktor pemberat.

- Observasi dan catat frekuensi defekasi, karakteristik, jumlah dan faktor pencetus. (Membantu membedakan penyakit individu dan mengkaji beratnya episode).
- Tingkat tirah baring, berikan alat-alat disamping tempat tidur. (Istirahat menurunkan motilitas usus juga menurunkan laju metabolisme bila infeksi atau perdarahan sebagai komplikasi).

- Buang feses dengan cepat dan berikan pengharum ruangan. (menurunkan bau tidak sedap untuk menghindari rasa malu pasien).
 - Identifikasi makanan dan cairan yang mencetuskan diare (misalnya sayuran segar, buah, sereal, bumbu, minuman karnonat, produks susu). (Menghindarkan iritan meningkatkan istirahat usus).
 - Mulai lagi pemasukan cairan per oral secara bertahap dan hindari minuman dingin. (Memberikan istirahat kolon dengan menghilangkan atau menurunkan rangsang makanan/cairan. Makan kembali secara bertahap cairan mencegah kram dan diare berulang, namun cairan yang dingin dapat meningkatkan motilitas usus).
 - Berikan kolaborasi antibiotic. (Mengobati infeksi supuratif fokal).
- f) Nyeri berhubungan dengan proses penyakit (misal: ensefalopati, pengobatan.
- Tujuan : pasien tidak menunjukkan atau tidak ada bukti nyeri atau peka rangsang dengan kriteria hasil bukti-bukti atau peka rangsang yang ditunjukkan anak minimal atau tidak ada.
- Kaji nyeri dan gunakan strategi nonfarmakologis. (Teknik-teknik seperti relaksasi, pernapasan dalam berirama dan distraksi dapat membuat nyeri dapat lebih ditoleransi).
 - Untuk bayi dapat dicoba tindakan kenyamanan umum (misalnya: mengayun, menggendong, membuai, menurunkan stimulus lingkungan. (Dapat mengurangi nyeri atau mengalihkan nyeri anak).
 - Gunakan strategi farmakologis. (Rapat membantu mengurangi atau menghilangkan nyeri).

- Rencanakan jadwal awal pencegahan bila analgesik efektif dalam mengurangi nyeri yang terus menerus. (Untuk mempertahankan kadar analgesik mantap dalam darah).
 - Anjurkan penggunaan premedikasi untuk prosedur yang menimbulkan nyeri. (Dapat mengurangi nyeri pada saat dilakukan tindakan perawatan).
 - Gunakan catatan pengkajian nyeri. (Untuk mengevaluasi efektifitas intervensi keperawatan).
- g) Risiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan pemasukan dan pengeluaran sekunder karena kehilangan nafsu makan dan diare.

Tujuan : keseimbangan cairan tubuh adekuat dengan kriteria hasil : tidak ada tanda-tanda dehidrasi (tanda-tanda vital stabil, kualitas denyut nadi baik, turgor kulit normal, membran mukosa lembab dan pengeluaran urine yang sesuai).

- Ukur dan catat pemasukan dan pengeluaran. Tinjau ulang catatan intra operasi. (Dokumentasi yang akurat akan membantu dalam mengidentifikasi pengeluaran cairan/kebutuhan penggantian dan pilihan-pilihan yang mempengaruhi intervensi).
- Pantau tanda-tanda vital. (Hipotensi, takikardia, peningkatan pernapasan mengindikasikan kekurangan cairan).
- Letakkan pasien pada posisi yang sesuai, tergantung pada kekuatan pernapasan. (Elevasi kepala dan posisi miring akan mencegah terjadinya aspirasi dari muntah, posisi yang benar akan mendorong ventilasi pada lobus paru bagian bawah dan menurunkan tekanan pada diafragma).
- Pantau suhu kulit, palpasi denyut perifer. (Kulit yang dingin/lembab, denyut yang lemah mengindikasikan

penurunan sirkulasi perifer dan dibutuhkan untuk penggantian cairan tambahan).

- Kolaborasi, berikan cairan parenteral, produksi darah dan atau plasma ekspander sesuai petunjuk. Tingkatkan kecepatan IV jika diperlukan. (Gantikan kehilangan cairan yang telah didokumentasikan. Catat waktu penggantian volume sirkulasi yang potensial bagi penurunan komplikasi, misalnya ketidak seimbangan).

h) Risiko kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan dermatitis seboroik dan herpes zoster sekunder proses inflamasi sistem integument.

Tujuan : anak menunjukkan integritas kulit yang utuh dengan kriteria hasil : infeksi virus herpes tidak meluas, anak tidak menggaruk kulit yang terinfeksi dan orang tua mendemonstrasikan cara perawatan kulit untuk mencegah kerusakan kulit.

- Pasang alat pelembab dalam rumah untuk menghindari kulit terlalu kering. (Kulit yang kering dapat mempermudah terjadinya kerusakan kulit sehingga perlu dijaga kelembabannya sehingga kulit tidak mudah lecet).
- Bersihkan daerah yang tidak infeksi. (Membersihkan daerah yang tidak terinfeksi dapat mencegah terjadinya perluasan infeksi kulit).
- Sarankan klien untuk tidak menggaruk. (Menggaruk dapat mendorong terjadinya diskontinuitas jaringan kulit, apa bila jika dilakukan dengan keras/kuat).
- Kulit yang mengeras dan bersisik jangan dikupas, biarkan terkelupas sendir. (Berusaha mengelupas/melepas kulit yang bersisik dapat memicu terjadinya luka pada kulit yang bersisik).

- Pemberian antibiotik sistemik. (Pemberian antibiotik dapat membantu membasmi bakteri sehingga infeksi kulit tidak meluas).
- i) Perubahan proses keluarga berhubungan dengan mempunyai anak dengan penyakit yang mengancam hidup.
- Tujuan : pasien dan keluarga mendapat dukungan yang adekuat dan keluarga dapat terlibat dengan kelompok-kelompok khusus.
- Kenali masalah keluarga dan kebutuhan akan informasi dan dukungan. (Dengan mengkaji masalah yang dihadapi keluarga perawat dapat membuat rencana intervensi yang tepat serta dapat melakukan pendekatan dengan keluarga dengan cara yang tepat).
 - Kaji pemahaman keluarga tentang diagnosa dan rencana perawatan. (Tingkat pemahaman keluarga tentang penyakit dan terapinya sangat diperlukan perawat dapat menentukan intervensi yang tepat).
 - Tekankan dan jelaskan penjelasan profesional kesehatan tentang kondisi anak, prosedur dan terapi yang dianjurkan serta prognosanya. (Penjelasan yang tepat dari profesional akan mempertegas bahwa informasi yang didapatkan tentang penyakit dan terainya tersebut tepat).
 - Gunakan setiap kesempatan untuk meningkatkan pemahaman keluarga tentang penyakit dan terapinya dan ulangi informasi sesering mungkin. (Untuk memfasilitasi keluarga belajar dan meningkatkan kemampuannya dalam merawat klien).
 - Bantu orang tua menginterpretasikan perilaku dan respon bayi atau anak. (Mengintepretasikan perilaku dan respon bayi atau anak secara tepat dapat membantu keluarga

dalam mengambil keputusan kapan harus lapor perawat atau dokter).

- Sambut keberadaan keluarga tanpa batas. (Untuk meningkatkan hubungan keluarga).
- Dorong keluarga untuk memberikan barang-barang yang berarti dan dapat diatur pada anak. (Untuk memberikan rasa aman).
- Rujuk pada pelayanan kesehatan yang lebih lengkap atau pada kelompok pendukung dan lembaga–lembaga khusus. Misalnya yayasan HIV/AIDS Indonesia jika menemukan kendala asuhan. (Untuk dukungan interpersonal tambahan dan konkret, misalnya pelayanan sosial, rohaniawan dan yayasan HIV AIDS Indonesia).

6) Pelaksanaan

- a) Melakukan pembersihan jalan nafas sesuai dengan kebutuhan dan standar asuhan kebidanan.
- b) Melakukan pengkajian pola nafas dan memberikan oksigen tambahan agar pernafasan baik.
- c) Mengatasi agar tidak terjadi Hipertermi.
- d) Mengupayakan kebutuhan nutrisi yang baik.
- e) Mengatasi terjadinya gangguan eliminasi (diare) atau kekurangan cairan pada tubuh anak.
- f) Melakukan pengkajian luka/nyeri atau penyakit yang berkaitan dengan diagnosa yang ditegakkan.
- g) Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam upaya pemenuhan cairan tubuh.
- h) Melakukan perawatan kulit pada anak agar tidak terjadi iritasi akibat penyakit tersebut.
- i) Memberikan pemahaman kepada keluarga pasien terhadap penyakit yang di derita anak.

7) Evaluasi

- a) Jalan nafas anak telah bebas dari secret.
- b) Pola nafas anak telah teratur dengan bantuan oksigen yang diberikan.
- c) Suhu tubuh anak telah mulai normal kembali.
- d) Kebutuhan nutrisi untuk sementara tercukupi.
- e) Diare yang dialami anak sudah mulai berkurang dan kondisi anak sudah mulai membaik (tidak lemas lagi).
- f) Nyeri yang dirasakan akibat luka telah dapat diatasi dengan mengobatinya dan mengalihkan perhatian anak.
- g) Telah dilakukan kolaborasi dengan dokter dan infus terpasang untuk pemenuhan penambahan cairan tubuh.
- h) Perluasan infeksi di permukaan kulit telah dilakukan dan kulit tampak bersih walaupun di beberapa tempat terdapat luka.
- i) Keluarga pasien telah mengerti dan memahami tentang penyakit yang diderita anaknya.

2. TES HIV PADA ANAK

Tes HIV yang biasa dipakai pada orang dewasa mencari antibodi terhadap HIV, bukan virus sendiri. Antibodi terhadap HIV diserahkan dari ibu ke janin melalui plasenta. Jadi bayi yang terlahir oleh ibu terinfeksi HIV pasti terpajan HIV. Oleh karena itu, hasil tes HIV pada seorang bayi yang terlahir oleh ibu dengan HIV pasti reaktif (positif), walau kebanyakan bayi tersebut sebetulnya tidak terinfeksi HIV.

Oleh karena itu, sementara diagnosis HIV pada orang dewasa relatif mudah, menentukan apakah seorang bayi terinfeksi atau tidak adalah jauh lebih rumit. Tes yang canggih dibutuhkan, tetapi tidak terjangkau di Indonesia.

- a. Tes Anti Body.

Bayi yang terlahir oleh ibu terinfeksi HIV dapat tertular HIV selama kehamilan, waktu kelahiran, dan bila disusui. Namun kemungkinan bayi terinfeksi dalam kandungan atau dalam persalinan hanya kurang lebih 20%. Antibodi yang diwarisi ibu mulai hilang setelah enam bulan, tetapi dapat bertahan dalam jumlah yang cukup untuk ditemukan dengan tes antibodi sampai usia 18 bulan. Untuk memastikan apakah bayi ternyata terinfeksi HIV, dia dapat dites dengan tes antibodi pada usia di atas sembilan bulan. Kebanyakan bayi yang tidak terinfeksi HIV menunjukkan hasil tes non-reaktif pada usia 12 bulan. Namun bila hasil reaktif pada saat itu, tes harus diulang lagi, dan bayi baru dapat dipastikan terinfeksi HIV bila hasil tes tetap reaktif pada usia 18 bulan.

Bayi yang tidak terinfeksi saat lahir dapat tertular melalui air susu ibu (ASI) dari ibu terinfeksi HIV. Bila terinfeksi melalui ASI, antibodi yang dicari oleh tes HIV baru terbentuk dengan jumlah yang cukup untuk dideteksi setelah beberapa minggu. Jadi hasil tes antibodi yang non-reaktif pada bayi yang disusui harus diulang sedikitnya enam minggu setelah penyusuan dihentikan total, untuk memastikan bayi tetap tidak terinfeksi HIV. Hasil tes HIV yang reaktif pada seorang anak berusia 18 bulan ke atas berarti anak tersebut terinfeksi HIV.

b. Tes Virus.

Berbeda dengan tes antibodi, tes virus dapat menentukan apakah bayi terinfeksi dalam bulan-bulan pertama hidupnya. Tes RNA HIV dengan alat PCR, yang biasanya dilakukan untuk mengukur viral load, dapat mendeteksi virus dalam darah, dan dapat dipakai untuk diagnosis HIV pada bayi. Namun tes ini masih sangat mahal (umumnya lebih dari Rp 500 ribu) dan lebih sulit dilakukan dibandingkan tes antibodi. Tes ini masih hanya dapat dilakukan di sedikit laboratorium di Indonesia.

Sebagian kecil (20–40%) bayi yang terinfeksi dalam kandungan atau saat lahir akan menunjukkan hasil positif pada tes PCR baru setelah lahir, sementara kebanyakan akan menunjukkan hasil positif pada usia 14 hari. Virus pada 98% bayi terinfeksi HIV terdeteksi setelah empat minggu. Oleh karena itu, WHO mengusulkan tes *viral load* untuk mendiagnosis infeksi HIV pada bayi sebaiknya dilakukan pada usia 4–6 minggu ke atas.

Hasil positif palsu dapat terjadi, terutama bila laboratorium tidak berpengalaman dengan alat PCR, dan semua hasil positif sebaiknya langsung dikonfirmasi dengan contoh darah baru. Hasil *viral load* yang rendah (di bawah 10.000) kemungkinan positif palsu, karena *viral load* pada bayi biasanya sangat tinggi.

Hasil negatif palsu juga dapat terjadi. Sebaiknya dua tes virus dilakukan untuk konfirmasi bahwa anak tidak terinfeksi. Sebaiknya juga tes antibodi dilakukan setelah anak berusia 18 bulan sebagai konfirmasi ulang. Bila bayi disusui, hasil tes negatif melalui PCR harus diulang enam minggu setelah penyusuan dihentikan total.

c. Protokol tes yang diusulkan.

Penyakit yang diakibatkan HIV dapat berlanjut secara cepat pada bayi: angka kematian mendekati 50% pada anak terinfeksi HIV di bawah dua tahun bila HIV-nya tidak diobati. Jadi dengan semakin luasnya ketersediaan terapi antiretroviral (ART) untuk bayi dan anak, tujuan kita untuk menentukan apakah bayi terinfeksi secara dini terutama untuk bertemu bayi terinfeksi HIV yang membutuhkan perawatan dan pengobatan daripada sekadar untuk konfirmasi ketiadaan infeksi HIV.

Sementara hasil tes PCR yang positif (bila dikonfirmasi) membuktikan bahwa bayi terinfeksi HIV, seperti dibahas di atas, tes PCR yang negatif tidak membuktikan bahwa bayi tidak terinfeksi bila tes dilakukan sebelum usia empat minggu atau bayi diberi ASI. Namun, hasil PCR negatif menunjukkan bahwa bayi tersebut tidak

berisiko tinggi terhadap kelanjutan penyakit yang diakibatkan HIV (karena viral loadnya rendah).

Bayi dengan tes PCR negatif dan tetap tidak bergejala sebaiknya dites antibodinya setelah berusia 18 bulan atau enam minggu setelah penyusuan dihentikan, kalau disusui lebih dari 18 bulan. Sebaliknya seorang bayi dengan hasil tes PCR negatif tetapi bergejala sebaiknya mendapatkan tes diagnosis lanjutan. Walaupun gejala penyakit terkait HIV sering mirip dengan gejala penyakit umum pada masa kanak-kanak, dan harus dilakukan upaya untuk mengesampingkan diagnosis lain, tes PCR ulang diusulkan bila infeksi HIV dicurigai.

Sebelum dilakukan tes PCR pada bayi berusia di atas sembilan bulan, sebaiknya dilakukan tes antibodi. Bila hasil tes antibodi negatif, bayi tidak terinfeksi dan tes PCR tidak dibutuhkan. Bila bayi masih disusui, tes harus ditunda sampai enam minggu setelah penyusuan dihentikan.

Bila bayi di bawah usia 18 bulan terpajan HIV (menunjukkan hasil tes antibodi yang reaktif) mengalami tanda atau gejala yang mungkin disebabkan oleh HIV, dan tes viral load tidak mungkin dilakukan, dokter boleh mengambil diagnosis presumptif terinfeksi HIV agar bayi tersebut dapat segera mulai ART.

- d. Garis dasar hasil pemeriksaan.
- 1) Hasil tes antibodi HIV yang reaktif pada anak berusia 18 bulan ke atas berarti anak terinfeksi HIV.
 - 2) Hasil tes antibodi HIV yang reaktif pada anak di bawah usia 18 bulan tidak membantu membedakan anak terinfeksi HIV dari anak yang tidak terinfeksi.
 - 3) Hasil tes antibodi HIV yang non-reaktif enam minggu atau lebih setelah penyusuan dihentikan, atau kapan saja pada anak yang tidak disusui berarti anak tersebut tidak terinfeksi HIV.

- 4) Kebanyakan anak yang tidak terinfeksi HIV akan menunjukkan hasil tes antibodi non-reaktif (membuktikan tidak terinfeksi HIV) pada usia 9–12 bulan.
- 5) Hasil tes antibodi HIV yang non-reaktif pada anak yang masih disusui atau dengan penyusuan baru saja dihentikan tidak cukup untuk mengesampingkan infeksi HIV. Tes harus diulang sedikitnya enam minggu setelah penyusuan dihentikan.
- 6) Hasil tes PCR HIV yang positif dan langsung dikonfirmasi dengan tes ulang pada anak berusia 4–6 minggu atau lebih berarti anak tersebut terinfeksi HIV.
- 7) Hasil tes PCR HIV yang negatif pada anak belum berusia enam minggu tidak memastikan bahwa anak tidak terinfeksi HIV.
- 8) Anak dengan hasil tes PCR HIV yang negatif dan mengembangkan gejala penyakit terkait HIV sebaiknya dites PCR HIV ulang.
- 9) Dokter boleh mengambil diagnosis presumptif terinfeksi HIV pada bayi terpajan HIV (hasil tes antibodi reaktif) dengan gejala yang memberi kesan terkait HIV, agar bayi dapat segera mulai ART.

C. RANGKUMAN

Kasus HIV pada anak biasanya paling sering ditemukan akibat transmisi dari ibu yang sudah memiliki HIV ke anaknya. Kemungkinan besar perpindahan virus ini terjadi selama proses kehamilan dan juga persalinan.

Tes HIV yang biasa dipakai pada orang dewasa mencari antibodi terhadap HIV, bukan virus sendiri. Antibodi terhadap HIV diserahkan dari ibu ke janin melalui plasenta. Jadi bayi yang terlahir oleh ibu terinfeksi HIV pasti terpajan HIV. Oleh karena itu, hasil tes HIV pada seorang bayi yang terlahir oleh ibu dengan HIV pasti reaktif (positif), walau kebanyakan bayi tersebut sebetulnya tidak terinfeksi HIV.

Oleh karena itu, sementara diagnosis HIV pada orang dewasa relatif mudah, menentukan apakah seorang bayi terinfeksi atau tidak adalah jauh lebih rumit. Tes yang canggih dibutuhkan, tetapi tidak terjangkau di Indonesia.

D. LATIHAN SOAL

1. Penularan hiv dari ibu ke bayi dapat dicegah melalui
2. Sebutkan diagnosa potensial yang mungkin terjadi

E. REFERENSI

1. Departemen Kesehatan Indonesia: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, *Pedoman Tatalaksana Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada anak di Indonesia*. Jakarta: DepkeS RI, 2008.
2. Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI. *Pelayanan Kesehatan dan HIV/AIDS*. Jakarta:Depnakertrans,2005.
3. Nurs, Nursalam, M. Dan Ninuk Dian Kurniawati. *Asuhan Keperawatan pada Pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika, 2007.
4. ----- . *Asuhan Keperawatan pada Pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika, 2013.

BAB IX

PERILAKU REMAJA DAN PERILAKU BERISIKO

A. PENDAHULUAN

Remaja adalah pribadi yang terus berkembang menuju kedewasaan dan sebagai proses perkembangan yang berjalan natural, remaja mencoba berbagai perilaku yang terkadang merupakan perilaku yang berisiko. Beberapa masalah kesehatan yang terjadi pada remaja berkaitan dengan perilaku yang berisiko, yaitu merokok, minum minuman beralkohol, penyalahgunaan narkoba, dan melakukan hubungan seksual pranikah. Prevalensi perilaku berisiko pada remaja semakin meningkat dan dampak yang ditimbulkannya juga semakin mengkhawatirkan.

Pada bab ini diharapkan mahasiswa mampu menguasai konsep teoritis dan menerapkan pemikiran logis dalam pengembangan IPTEK dan menerapkan nilai humaniora perilaku remaja dan perilaku berisiko.

B. PENYAJIAN MATERI

1. PERTUMBUHAN FISIK DAN EMOSI SERTA PERANAN HORMON PADA REMAJA

a. Pertumbuhan Fisik Pada Remaja

1) Defenisi Remaja

Remaja didefinisikan sebagai tahap perkembangan transisi yang membawa individu dari masa kanak-kanak ke masa dewasa, yang ditandai dengan perubahan fisik karena pubertas serta perubahan kognitif dan sosial. Periode ini umumnya dimulai sekitar usia 12 tahun hingga akhir masa pertumbuhan fisik, yaitu sekitar usia 20 tahun.

2) Kriteria Remaja

Secara umum, kriteria remaja dikelompokkan menjadi 3 golongan yaitu:

a) Remaja awal : usia 10–14 tahun.

- b) Remaja madya : usia 15–18 tahun.
- c) Remaja akhir : usia 19–24 tahun.

3) Pertumbuhan Fisik

Pertumbuhan fisik remaja merupakan pertumbuhan yang paling pesat. Remaja tidak hanya tumbuh dari segi ukuran (semakin tinggi atau semakin besar), tetapi juga mengalami kemajuan secara fungsional, terutama organ seksual atau “pubertas”. hal ini ditandai dengan datangnya menstruasi pada perempuan dan mimpi basah pada laki-laki.

Pertumbuhan adalah suatu proses perubahan fisiologis yang bersifat progresif dan kontinyu dan berlangsung dalam periode tertentu. Perubahan ini berkisar hanya pada aspek-aspek fisik individu. Pertumbuhan itu meliputi perubahan yang bersifat internal maupun eksternal. Pertumbuhan internal meliputi perubahan ukuran alat pencernaan makanan, bertambahnya ukuran besar dan berat jantung dan paru-paru, bertambah sempurna sistem kelenjar kelamin, dan berbagai jaringan tubuh. Adapun perubahan eksternal meliputi bertambahnya tinggi badan, bertambahnya lingkar tubuh, perbandingan ukuran panjang dan lebar tubuh, ukuran besarnya organ seks, dan munculnya atau tumbuhnya tanda-tanda kelamin sekunder.

Sebenarnya tanpa ada tambahan kata “fisik” pun itu tidak menjadi persoalan, karena istilah “pertumbuhan” saja, sudah bermakna perubahan pada aspek-aspek fisiologis. Jadi, dapat dikatakan bahwa pertumbuhan fisik adalah perubahan-perubahan fisik yang terjadi dan merupakan gejala primer dalam pertumbuhan remaja. Perubahan-perubahan ini meliputi: perubahan ukuran tubuh, perubahan proporsi tubuh, munculnya ciri-ciri kelamin yang utama (primer) dan ciri kelamin kedua (sekunder).

4) Pengaruh Pertumbuhan Fisik Terhadap Tingkah Laku

Perubahan fisik hampir selalu diiringi dengan perubahan perilaku dan sikap. Keadaan ini seringkali menjadi sedikit parah karena sikap orang-orang yang berbeda di sekelilingnya dan sikapnya sendiri dalam menanggapi perubahan fisik itu. Konsisten dengan konsep dasar bahwa individu merupakan satu kesatuan psikofisik yang tidak dapat dipisah-pisahkan, maka pertumbuhan fisik mempunyai pengaruh terhadap tingkah laku.

Dalam masa remaja, perubahan yang terjadi sangat mencolok dan jelas sehingga dapat mengganggu keseimbangan yang sebelumnya sudah terbentuk. Perilaku mereka mendadak menjadi sulit diduga dan seringkali agak melawan norma sosial yang berlaku. Seberapa jauh perubahan pada masa remaja akan mempengaruhi perilaku seberapa besar tergantung pada kemampuan dan kemauan anak remaja untuk mengungkapkan keprihatinan dan kecemasannya kepada orang lain sehingga dengan begitu ia dapat memperoleh pandangan baru dan yang lebih baik.

Dunbar dalam Hurlock (1992) menjelaskan, reaksi efektif terhadap perubahan utama ditentukan oleh kemampuan untuk berkomunikasi. Karena berkomunikasi merupakan cara untuk mengatasi kecemasan yang selalu disertai tekanan. Perubahan pada masa remaja sering mempengaruhi sikap dan perilakunya. Hurlock (1992) mengemukakan perubahan yang terjadi, yaitu:

- a) Ingin menyendiri.
- b) Mudah merasa bosan.
- c) Inkoordinasi.
- d) Antagonis Sosial.
- e) Emosi yang meninggi.
- f) Hilangnya Kepercayaan Diri.
- g) Terlalu sederhana.

5) Karakteristik Pertumbuhan Fisik Remaja

Pesatnya pertumbuhan fisik pada masa remaja seringkali menimbulkan kejutan pada diri remaja. Pakaian yang dimilikinya seringkali menjadi cepat tidak muat dan harus membeli lagi. Terkadang remaja dikejutkan dengan perasaan bahwa tangan dan kakinya terlalu panjang sehingga tidak seimbang dengan besar tubuhnya. Pada remaja putri ada perasaan seolah bahwa tanpa dibayangkan sebelumnya kini buah dadanya membesar. Oleh karena itu, seringkali gerak-gerik remaja menjadi canggung dan tidak bebas.

Pada remaja pria, pertumbuhan jakun menyebabkan suara remaja menjadi parau atau membesar untuk beberapa waktu. Pertumbuhan kelenjar yang mencapai kematangan mulai memproduksi menghasilkan hormon. Akibatnya, remaja mulai merasa tertarik kepada lawan jenisnya. Ketertarikannya yang disebabkan oleh berkembangnya hormon menyebabkan remaja pria mengalami mimpi basah. Pada remaja putri, perkembangan hormon menyebabkan mereka mulai mengalami menstruasi yang seringkali pada pertama kali mengalaminya, menimbulkan kegelisahan.

a) Perubahan Fisik.

Datangnya masa remaja, ditandai oleh adanya perubahan-perubahan fisik. Hurlock (1992) menyatakan bahwa perubahan fisik tersebut, terutama dalam hal perubahan yang menyangkut ukuran tubuh, perubahan proporsi tubuh, perkembangan ciri-ciri seks primer, dan perkembangan ciri-ciri seks sekunder. Pertumbuhan yang terjadi pada fisik remaja dapat terjadi melalui perubahan-perubahan, baik internal maupun eksternal.

1) Perubahan Internal

Perubahan yang terjadi dalam organ dalam tubuh remaja dan tidak tampak dari luar. Perubahan ini nantinya sangat mempengaruhi kepribadian remaja. Perubahan tersebut adalah:

(1) Sistem Pencernaan.

Perut menjadi lebih panjang dan tidak lagi terlampaui berbentuk pipa, usus bertambah panjang dan bertambah besar, otot-otot di perut dan dinding-dinding usus menjadi lebih tebal dan kuat, hati bertambah berat dan kerongkongan bertambah panjang.

(2) Sistem Peredaran Darah.

Jantung tumbuh pesat selama masa remaja, pada usia tujuh belas atau delapan belas, beratnya dua belas kali lebih berat pada waktu lahir. Panjang dan tebal dinding pembuluh darah meningkat dan mencapai tingkat kematangan bilamana jantung sudah matang.

(3) Sistem Pernafasan.

Kapasitas paru-paru anak perempuan hampir matang pada usia tujuh belas tahun; anak laki-laki mencapai tingkat kematangan baru beberapa tahun kemudian, satu atau dua tahun setelah usia anak perempuan.

(4) Sistem Endokrin.

Kegiatan kelenjar kelamin yang meningkat pada masa remaja menyebabkan ketidakseimbangan sementara dari seluruh sistem kelamin pada masa awal remaja. Kelenjar-kelenjar seks berkembang pesat dan berfungsi, meskipun belum mencapai ukuran yang matang sampai akhir masa remaja atau awal masa dewasa.

(5) Jaringan Tubuh.

Perkembangan kerangka berhenti rata-rata pada usia delapan belas tahun. Jaringan selain tulang, khususnya bagi perkembangan otot, terus berkembang sampai tulang mencapai ukuran yang matang.

2) Perubahan Eksternal

Perubahan dalam tubuh seorang remaja yang mengalami datangnya masa remaja ini terjadi sangat pesat. Perubahan yang terjadi, dapat dilihat pada fisik luar anak. Perubahan tersebut ialah:

(1) Tinggi Badan.

Rata-rata anak perempuan mencapai tinggi matang pada usia antara tujuh belas dan delapan belas tahun, rata-rata anak laki-laki kira-kira setahun setelahnya. Perubahan tinggi badan remaja dipengaruhi asupan makanan yang diberikan, pada anak yang diberikan imunisasi pada masa bayi cenderung lebih tinggi dari pada anak yang tidak mendapatkan imunisasi. Anak yang tidak diberikan imunisasi lebih banyak menderita sakit sehingga pertumbuhannya terhambat.

(2) Berat Badan.

Perubahan berat badan mengikuti jadwal yang sama dengan perubahan tinggi badan, perubahan berat badan terjadi akibat penyebaran lemak pada bagian-bagian tubuh yang hanya mengandung sedikit lemak atau bahkan tidak mengandung lemak. Ketidakseimbangan perubahan tinggi badan dengan berat badan menimbulkan ketidakidealan badan anak, jika perubahan tinggi badan lebih cepat dari berat badan, maka bentuk tubuh anak menjadi jangkung (tinggi kurus), sedangkan jika perubahan berat badan

lebih cepat dari perubahan tinggi badan, maka bentuk tubuh anak menjadi gemuk gilik/gembrot (gemuk pendek).

(3) Proporsi Tubuh.

Berbagai anggota tubuh lambat laun, mencapai perbandingan tubuh yang baik. Ciri tubuh yang kurang proposional pada masa remaja tidak sama untuk seluruh tubuh, ada pula bagian tubuh yang semakin proposional. Ada tiga jenis bangun tubuh yang menggambarkan keanekaragaman perubahan proposisi tubuh, yaitu endomorfik, mesomorfik dan ektomorfik. Endomorfik banyak lemak sedikit otot (padded). Ektomorfik sedikit lemak sedikit otot (slender). Mesomorfik sedikit lemak banyak otot (muscular).

(4) Ciri-Ciri Sex Primer – Sekunder.

Baik laki-laki maupun perempuan organ seks mengalami ukuran matang pada akhir masa remaja, tetapi fungsinya belum matang sampai beberapa tahun kemudian (dewasa).

Ciri-ciri seks sekunder yang utama, perkembangannya matang pada masa akhir masa remaja. Ciri sekunder tersebut antara lain ditandai dengan tumbuhnya kumis dan jakun pada laki-laki sedangkan pada wanita ditanda dengan membesarnya payudara.

6) Kondisi–Kondisi yang Mempengaruhi Pertumbuhan Fisik Remaja

Pertumbuhan fisik erat hubungannya dengan kondisi remaja. Kondisi yang baik berdampak baik pada pertumbuhan fisik

remaja, demikian pula sebaliknya. Adapun kondisi-kondisi yang mempengaruhi sebagai berikut :

a) Pengaruh Keluarga

Pengaruh keluarga meliputi faktor keturunan maupun faktor lingkungan. Karena faktor keturunan seorang anak dapat lebih tinggi atau panjang dari anak lainnya, sehingga ia lebih berat tubuhnya, jika ayah dan ibunya atau kakeknya tinggi dan panjang. Faktor lingkungan akan membantu menentukan tercapai tidaknya perwujudan potensi keturunan yang dibawa dari orang tuanya.

b) Pengaruh Gizi

Anak yang mendapatkan gizi cukup biasanya akan lebih tinggi tubuhnya dan sedikit lebih cepat mencapai taraf dewasa dibandingkan dengan mereka yang tidak mendapatkan gizi cukup. Lingkungan juga dapat memberikan pengaruh pada remaja sedemikian rupa sehingga menghambat atau mempercepat potensi untuk pertumbuhan di masa remaja.

c) Gangguan Emosional

Anak yang sering mengalami gangguan emosional akan menyebabkan terbentuknya steroid adrenal yang berlebihan dan ini akan membawa akibat berkurangnya pembentukan hormon pertumbuhan di kelenjar pituitari (otak). Bila terjadi hal demikian pertumbuhan awal remajanya terhambat dan tidak tercapai berat tubuh yang seharusnya.

d) Jenis Kelamin

Anak laki cenderung lebih tinggi dan lebih berat dari pada anak perempuan, kecuali pada usia 12 – 15 tahun. Anak perempuan biasanya akan sedikit lebih tinggi dan lebih berat daripada laki-laki-laki. Hal ini terjadi karena bentuk tulang dan otot pada anak laki-laki berbeda dengan

perempuan. Anak perempuan lebih cepat kematangannya dari pada laki-laki.

e) Status Sosial Ekonomi

Umumnya anak yang berasal dari keluarga dengan status sosial ekonomi rendah, cenderung lebih kecil dari pada anak yang berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi rendah.

f) Kesehatan

Kesehatan amat berpengaruh terhadap pertumbuhan fisik remaja. Remaja yang berbadan sehat dan jarang sakit, biasanya memiliki tubuh yang lebih tinggi dan berat atau besar dibanding yang sering sakit.

g) Kecerdasan

Pada umumnya, anak yang kecerdasannya lebih tinggi atau berprestasi di sekolah biasanya lebih gemuk dan berat daripada anak yang kecerdasannya rendah.

h) Pengaruh bentuk tubuh

Perubahan psikologis muncul antara lain disebabkan oleh perubahan-perubahan fisik. Diantara perubahan fisik yang sangat berpengaruh adalah; pertumbuhan tubuh (badan makin panjang dan tinggi), mulai berfungsinya alat-alat reproduksi (ditandai dengan haid pada perempuan dan "mimpi pertama" pada anak laki-laki), dan tanda-tanda kelamin kedua yang tumbuh.

7) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan Fisik

Ada sejumlah faktor yang mempengaruhi pertumbuhan fisik individu, yaitu:

a) Faktor Internal.

- Sifat Jasmaniah yang diwariskan dari orang tuanya.

Anak cenderung dapat lebih tinggi atau panjang dari anak lainnya jika ayah dan ibunya atau kakeknya bertubuh tinggi dan panjang, begitupun sebaliknya.

- **Kematangan.**

Pertumbuhan fisik seolah-olah seperti sudah direncanakan oleh faktor kematangan. Meskipun anak itu diberi makanan yang bergizi, tetapi kalau saat kematangan belum sampai, pertumbuhan itu tetap seperti tertangguhkan.

b) **Faktor Eksternal.**

- **Kesehatan.**

Anak yang sering sakit-sakitan pertumbuhan fisiknya akan terhambat, sebaliknya anak yang sehat akan lebih bagus pertumbuhannya.

- **Makanan.**

Anak yang kurang gizi pertumbuhannya akan terhambat, sebaliknya yang cukup gizi pertumbuhannya akan lancar.

- **Stimulasi Lingkungan.**

Individu yang tubuhnya sering dilatih untuk meningkatkan percepatan pertumbuhannya akan berbeda dengan yang tidak pernah mendapat latihan.

8) Perbedaan Individual Dalam Pertumbuhan Fisik.

Secara umum, terjadi pertumbuhan dan perkembangan fisik yang sangat pesat dalam masa remaja awal (12/13 – 17/18 tahun). Menurut Dr. Zakiah Daradjat, bahwa diantara hal yang kurang menyenangkan remaja, adalah adanya beberapa bagian tubuh yang cepat pertumbuhannya, sehingga mendahului bagian yang lain seperti kaki, tangan dan hidung yang mengakibatkan cemasnya remaja melihat wajah dan tubuhnya yang kurang bagus. Hal lain yang dikhawatirkan

adalah bentuk badan yang terlalu gemuk, kurus, pendek, tinggi (jangkung). Wajah yang kurang tampan atau cantik, ada jerawatnya dan sebagainya.

Faktor-faktor internal dan eksternal yang semuanya ikut mempengaruhi pertumbuhan individu mudah dimengerti bahwa pertumbuhan fisik itu akan sangat bervariasi. Perbedaan faktor keturunan, kondisi kesehatan, gizi makanan, dan stimulasi lingkungan menyebabkan perbedaan pertumbuhan fisik individu. Anak yang selalu sehat dengan makanan yang mengandung gizi akan menunjukkan pertumbuhan fisik yang lebih cepat daripada anak yang sering sakit-sakitan.

Pertumbuhan fisik juga menunjukkan perbedaan yang mencolok antara remaja putri dan remaja putra. Pada umumnya, remaja putri lebih cepat pertumbuhan fisiknya daripada remaja putra. Namun demikian, pada suatu periode tertentu anak laki-laki menyusul dengan kecepatan melebihi anak perempuan. Ini tidak berarti bahwa semua anak laki-laki pasti lebih tinggi dan besar dari anak perempuan. Sebab, ada juga anak perempuan yang tinggi besar, dan ada juga anak laki-laki yang pendek dan kecil.

2. PERTUMBUHAN EMOSI PADA REMAJA.

a. Definisi Emosi

Kata emosi berasal dari bahasa latin, yaitu *emovere*, yang berarti bergerak menjauh. Arti kata ini menyiratkan bahwa kecenderungan bertindak merupakan hal mutlak dalam emosi. Emosi pada dasarnya adalah dorongan untuk bertindak. Biasanya emosi merupakan reaksi terhadap rangsangan dari luar dan dalam diri individu. Sebagai contoh emosi gembira mendorong perubahan suasana hati seseorang, sehingga secara fisiologi terlihat tertawa, emosi sedih mendorong seseorang berperilaku menangis.

Istilah emosi menurut Daniel Goleman (1995), seorang pakar kecerdasan emosional, yang diambil dari *Oxford English Dictionary* memaknai emosi sebagai setiap kegiatan atau pergolakan pikiran, perasaan, nafsu, setiap keadaan mental yang hebat dan meluap-luap. Lebih lanjut ia mengatakan bahwa emosi merujuk kepada suatu perasaan dan pikiran-pikiran yang khas, suatu keadaan biologis dan psikologis, dan serangkaian kecenderungan untuk bertindak.

Menurut Chaplin (1989) dalam *Dictionary of psychology*, emosi adalah sebagai suatu keadaan yang terangsang dari organisme mencakup perubahan-perubahan yang disadari, yang mendalam sifatnya dari perubahan perilaku. Chaplin (1989) membedakan emosi dengan perasaan. Perasaan (*feelings*) adalah pengalaman disadari yang diaktifkan baik oleh perangsang eksternal maupun oleh bermacam-macam keadaan jasmaniah.

Menurut Crow & Crow (1958), *an emotion is an affective experience that accompanies generalized inner adjustment and mental and physiological stirredup states in the individual, and that shows it self in his evert behaviour*. Jadi, emosi adalah warna afektif yang kuat dan ditandai oleh perubahan-perubahan fisik.

Emosi berkaitan dengan perubahan fisiologis dan berbagai pikiran. Jadi, emosi merupakan salah satu aspek penting dalam kehidupan manusia, karena emosi dapat merupakan sebuah motivator perilaku dalam arti meningkatkan, tapi juga dapat mengganggu perilaku intensional manusia.

b. Jenis Emosi

Beberapa tokoh mengemukakan tentang jenis-jenis emosi, antara lain Descrates. Menurut Descrates, emosi terbagi atas : *Desire* (hasrat), *Hate* (benci), *Sorrow* (sedih/duka), *Wonder* (heran), *Love* (cinta) dan *Joy* (kegembiraan). Sedangkan JB Watson mengemukakan

tiga macam emosi, yaitu : *Fear* (ketakutan), *Rage* (kemarahan), *Love* (cinta).

Daniel Goleman (2002 : 411) mengemukakan beberapa macam emosi yang tidak berbeda jauh dengan kedua tokoh di atas, yaitu :

- 1) Amarah : beringas, mengamuk, benci, jengkel, kesal hati.
- 2) Kesedihan : pedih, sedih, muram, suram, melankolis, mengasihi diri, putus asa.
- 3) Rasa takut : cemas, gugup, khawatir, was-was, perasaan takut sekali, waspada, tidak tenang, ngeri.
- 4) Kenikmatan : bahagia, gembira, riang, puas, riang, senang, terhibur, bangga.
- 5) Cinta : penerimaan, persahabatan, kepercayaan, kebaikan hati, rasa dekat, bakti, hormat, kemesraan, kasih.
- 6) Terkejut : terkesiap, terkejut.
- 7) Jengkel : hina, jijik, muak, mual, tidak suka.
- 8) Malu : malu hati, kesal.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa emosi adalah suatu respons terhadap suatu perangsang yang menyebabkan perubahan fisiologis disertai dengan perasaan yang kuat dan biasanya mengandung kemungkinan untuk meletus.

Emosi berkaitan dengan derajat perasaan. Derajat perasaan sebagai suatu sikap dapat dilihat sebagai penilaian terhadap suatu objek tertentu dengan istilah baik atau buruk. Semakin sentral suatu objek seseorang semakin besar kemungkinan seseorang menyimpan sejumlah besar informasi mengenai objek itu, Tingkah laku manusia tidak hanya responsif terhadap rangsangan dari situasi sesaat. Situasi sepintas lalu maka sepintas juga yang terekam diingatan. Kalau lebih kompleks, maka lebih kompleks yang terekam di ingatan.

Masa remaja secara tradisional dianggap sebagai periode “badai dan tekanan”, di mana pada masa itu emosi meninggi sebagai akibat

dari perubahan fisik dan kalenjar. Namun tidak semua remaja menjalani masa badai dan tekanan, namun benar juga bila sebagian besar remaja mengalami ketidakstabilan dari waktu ke waktu sebagai konsekuensi usaha penyesuaian diri terhadap pola perilaku baru dan harapan sosial baru.

Perkembangan emosi pada remaja ditandai dengan emosi yang tidak stabil dan penuh gejolak. Pada masa ini *mood* (suasana hati) bisa berubah dengan sangat cepat. Hasil penelitian di Chicago oleh Mihalyi dan Reed Larson (1984) menemukan bahwa remaja rata-rata memerlukan hanya 45 menit untuk berubah dari *mood* “senang luar biasa” ke “sedih luar biasa”, sementara orang dewasa memerlukan beberapa jam untuk hal yang sama. Perubahan emosi ini erat kaitannya dengan kemasakan hormon yang terjadi pada remaja. Stres emosional yang timbul berasal dari perubahan fisik yang cepat dan luas yang terjadi sewaktu pubertas.

Menurut Havighurst remaja bertugas mencapai kemandirian emosional dari orangtua dan orang-orang dewasa lainnya. Hal ini bisa membuat remaja melawan keinginan atau bertentangan pendapat dengan orangtuanya. Dengan ciri khas remaja yang penuh gejolak dan emosional, pertentangan pendapat ini seringkali membuat remaja menjadi pemberontak di rumah. Apabila masalah ini tidak terselesaikan, terutama orangtua bersikap otoriter, remaja cenderung mencari jalan keluar di luar rumah, yaitu dengan cara bergabung dengan teman-teman sebaya yang senasib. Seringkali karena yang dihadapi adalah remaja yang seusia yang punya masalah yang kurang lebih sama dan sama-sama belum berhasil mengerjakan tugas perkembangan yang sama, bisa jadi solusi yang ditawarkan kurang bijaksana. Kehadiran problem emosional tersebut bervariasi pada setiap remaja.

Salah satu ciri-ciri remaja menurut Allport (1961) adalah berkurangnya egoisme, sebaliknya tumbuh perasaan saling memiliki.

Salah satu tanda yang khas adalah tumbuh kemampuan untuk mencintai orang lain dan alam sekitarnya. Kemampuan untuk menenggang rasa dengan orang yang dicintainya, untuk ikut merasakan penderitaan yang dialami oleh orang yang dicintainya. Ciri lainnya adalah berkembangnya “ego ideal” berupa cita-cita, idola dan sebagainya yang menggambarkan bagaimana wujud ego (diri sendiri) di masa depan.

Pada dasarnya usia remaja merupakan masa kritis bagi pembentukan kepribadian. Remaja yang sedang dalam masa pancaroba ini apabila tidak mendapat bimbingan serta suasana lingkungan yang baik dapat menjurus pada berbagai kelainan tingkah laku, kenakalan, bahkan sampai melibatkan diri pada tindak kejahatan, termasuk penyalahgunaan obat narkotika serta perilaku seksual.

c. Pola Emosi Pada Remaja

Pola emosi masa remaja sama dengan pola emosi masa kanak-kanak. Jenis yang secara normal dialami adalah : cinta atau kasih sayang, gembira, amarah, takut, sedih dan lainnya lagi. Perbedaannya terletak pada macam dan derajat rangsangan yang membangkitkan emosinya dan khususnya pola pengendalian yang dilakukan individu terhadap ungkapan emosi mereka.

Biehler (1972) membagi ciri-ciri emosional remaja menjadi dua rentang usia, yaitu:

- 1) Ciri-ciri emosional usia 12-15 tahun.
 - a) Cenderung banyak murung dan tidak dapat diterka.
 - b) Bertingkah laku kasar untuk menutupi kekurangan dalam hal rasa percaya diri.
 - c) Kemarahan biasa terjadi.
 - d) Cenderung tidak toleran terhadap orang lain dan ingin selalu menang sendiri.

- e) Mulai mengamati orang tua dan guru-guru mereka secara objektif.
- 2) Ciri-ciri emosional remaja usia 15-18 tahun.
 - a) Pemberontakan” remaja merupakan ekspresi dari perubahan yang universal dari masa kanak-kanak menuju dewasa.
 - b) Banyak remaja mengalami konflik dengan orang tua mereka.
 - c) Sering kali melamun, memikirkan masa depan mereka.

d. Karakteristik Perkembangan Emosi Remaja

Adapun karakteristik untuk setiap periode adalah sebagaimana dipaparkan berikut ini.

1) Periode Pra Remaja

Selama periode ini terjadi gejala-gejala yang hampir sama antara remaja pria maupun wanita. Perubahan fisik belum begitu tampak jelas, tetapi pada remaja putri biasanya memperlihatkan penambahan berat badan yang cepat sehingga mereka merasa kegemukan. Gerakan-gerakan mereka mulai menjadi kaku. Perubahan ini disertai sifat kepekaan terhadap rangsang-rangsang dari luar, responnya biasa berlebihan sehingga mereka mudah tersinggung dan cengeng, tetapi juga cepat merasa senang atau bahkan meledak-ledak.

2) Periode Remaja Awal

Selama periode ini perkembangan gejala fisik yang semakin tampak jelas adalah perubahan fungsi alat-alat kelamin. Karena perubahan alat-alat kelamin serta perubahan fisik yang semakin nyata ini, remaja seringkali mengalami kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan itu. Akibatnya, tidak jarang mereka cenderung menyendiri sehingga tidak jarang pula merasa terasing, kurang perhatian dari orang lain, atau bahkan merasa tidak ada orang yang mau memperdukikannya. Kontrol terhadap dirinya bertambah sulit dan mereka cepat marah dengan

cara-cara yang kurang wajar untuk meyakinkan dunia sekitarnya. Perilaku seperti ini sesungguhnya terjadi kerana adanya kecemasan terhadap dirinya sehingga muncul dengan reaksi yang kadang-kadang tidak wajar.

3) Periode Remaja Tengah

Tanggung jawab hidup yang harus semakin ditingkatkan oleh remaja untuk dapat menuju ke arah mampu memikul sendiri seringkali menimbulkan masalah tersendiri bagi remaja. Karena tuntutan peningkatan tanggungjawab ini tidak hanya datang dari orang tua atau anggota keluarganya melainkan juga dari masyarakat sekitarnya, maka tidak jarang masyarakat juga terbawa-bawa menjadi masalah bagi remaja. Melihat fenomena yang sering terjadi dalam masyarakat seringkali juga menunjukkan adanya kontradiksi antara nilai-nilai moral yang mereka ketahui, maka tidak jarang pula remaja mulai meragukan apa yang disebut baik atau buruk. Akibatnya, remaja seringkali ingin membentuk nilai-nilai mereka sendiri yang mereka anggap benar, baik, dan pantas untuk dikembangkan di kalangan mereka sendiri. Lebih-lebih jika orang tua atau orang dewasa disekitarnya ingin memaksakan nilai-nilainya agar dipatuhi oleh remaja tanpa disertai dengan alasan yang masuk akal menurut mereka atau bahkan orang tua atau orang dewasa menunjukkan perikaku yang tidak konsisten dengan nilai-nilai yang dipaksakannya itu.

4) Periode Akhir Remaja

Selama periode ini remaja mulai memandang dirinya sebagai orang dewasa dan mulai mampu menunjukkan pemikiran, sikap dan perilaku yang semakin dewasa. Oleh sebab itu, orang tua dan masyarakat mulai memberikan kepercayaan yang selayaknya kepada mereka. Interaksi dengan orang tua juga menjadi semakin labih bagus dan lancar karena mereka sudah semakin memiliki kebebasan yang relative terkendali serta emosinyapun mulai stabil.

Pilihan arah hidup sudah semakin jelas dan mulai mampu mengambil pilihan serta keputusan tentang arah hidupnya secara lebih bijaksana meskipun belum bisa secara penuh. Mereka juga mulai memilih cara-cara hidup dipertanggungjawabkan terhadap dirinya sendiri, orang tua, dan masyarakat (M.Asrori, 2008).

e. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perkembangan Emosi Remaja

Perkembangan emosi seseorang pada umumnya tampak jelas pada perubahan tingkahlakunya. Demikian juga pada perkembangan emosi remaja. Kualitas atau fluktuasi gejala yang tampak dalam tingkah laku itu sangat tergantung pada tingkat fluktuasi emosi yang ada pada individu tersebut. Dalam kehidupan sehari-hari sering kita lihat beberapa tingkah laku emosional, misalnya: agresif, rasa takut yang berlebihan, sikap apatis, dan tingkah laku menyakiti diri seperti : melukai diri sendiri, memukul-mukul kepala sendiri, dan sejenisnya.

Ada sejumlah faktor yang mempengaruhi perkembangan emosi remaja yaitu sebagai berikut :

1) Perubahan Jasmani

Perubahan jasmani yang ditunjukkan dengan adanya pertumbuhan yang sangat cepat dari anggota tubuh memiliki pengaruh besar terhadap perkembangan emosi remaja. Pada tarap permulaan, pertumbuhan ini hanya terbatas pada bagian-bagian tertentu saja yang mengakibatkan postur tubuh menjadi tidak seimbang. Ketidakseimbangan tubuh ini sering mempunyai akibat yang tidak terduga pada perkembangan emosi remaja. Tidak setiap remaja dapat menerima perubahan kondisi tubuh seperti itu, lebih-lebih jika perubahan tersebut menyangkut perubahan kasar dan penuh jerawat. Hormon-hormon tertentu mulai berfungsi sejalan dengan perkembangan alat kelaminnya sehingga dapat menyebabkan

rangsangan di dalam tubuh remaja dan seringkali menimbulkan masalah dalam perkembangan emosinya.

2) Perubahan Pola Interaksi dengan Orang Tua.

Pola interaksi orangtua dengan anak, termasuk remaja, sangat bervariasi. Ada yang pola interaksinya menurut apa yang dianggap terbaik oleh dirinya sendiri saja sehingga ada yang bersifat memaksakan kehendak, memanjakan anak, acuh tak acuh, tetapi ada juga yang dengan penuh cinta kasih. Perbedaan pola interaksi orang tua seperti ini sangat berpengaruh terhadap perbedaan perkembangan emosi remaja. Cara memberikan hukuman, misalnya, ketika dulu masih anak-anak, orang tua bisa memukul anak jika anak berbuat nakal, tetapi pada saat remaja cara-cara semacam itu justru dapat menimbulkan ketegangan yang lebih berat antarremaja dengan orang tuanya. Dalam konteks ini Gardner (1992) mengibaratkan dengan kalimat: “*Too Big To Spank*” yang maknanya bahwa remaja itu sudah terlalu besar untuk terpukul.

Pemberontakan terhadap orang tua menunjukkan bahwa mereka berada dalam keadaan konflik dan ingin melepaskan diri dari pengawasan orang tua. Mereka tidak merasa puas kalau tidak pernah samasekali menunjukkan perlawanan terhadap orang tua karena ingin menunjukkan bahwa dirinya telah berhasil menjadi orang yang lebih dewasa. Jika mereka berhasil dalam perlawanan terhadap orang tua sehingga orang tuanya marah, maka mereka pun belum merasa puas karena orang tua tidak menunjukkan pengertian yang mereka inginkan. Keadaan semacam ini sangat berpengaruh terhadap perkembangan emosi remaja.

3) Perubahan interaksi dengan teman-teman.

Remaja seringkali membangun interaksi sesama teman sebayanya secara khas dengan cara berkumpul untuk melakukan aktivitas bersama dan membentuk semacam “gang”. Interaksi antar anggota

dalam suatu kelompok “gang” biasanya sangat intens serta memiliki kohesivitas dan solidaritas yang sangat tinggi.

Pembentukan kelompok dalam bentuk gang seperti ini sebaiknya diusahakan terjadi pada masa remaja awal saja karena biasanya bertujuan positif, yaitu untuk memenuhi minat mereka bersama. Usahakan dapat menghindari pembentukan kelompok gang itu ketika sudah memasuki masa remaja tengah atau remaja akhir karena masa ini para anggotanya biasanya membutuhkan teman-teman untuk melawan otoritas, melakukan perbuatan yang tidak baik, atau bahkan kejahatan bersama.

Faktor yang sering mendatangkan masalah emosi pada masa remaja adalah hubungan cinta dengan teman lawan jenis. Pada masa remaja tengah biasanya remaja benar-benar mulai jatuh cinta dengan lawan jenisnya. Gejala ini sebenarnya sehat bagi remaja, tetapi juga tidak jarang menimbulkan konflik atau gangguan emosi pada remaja jika tidak diikuti dengan bimbingan dari orang tua atau orang yang lebih dewasa. Oleh sebab itu, tidak jarang orang tua justru merasa tidak gembira atau bahkan cemas ketika anak remajanya jatuh cinta. Gangguan emosional yang mendalam dapat terjadi ketika cinta remaja tidak terjawab, ditolak, atau karena pemutusan hubungan cinta sepihak sehingga banyak mendatangkan kecemasan bagi orang tua dan bagi remaja itu sendiri.

4) Perubahan pandangan luar.

Faktor penting yang dapat mempengaruhi perkembangan emosi remaja selain perubahan-perubahan yang terjadi dalam diri remaja itu sendiri adalah pandangan dunia luar dirinya. Ada sejumlah perubahan pandangan dunia luar yang dapat menyebabkan konflik-konflik emosional dalam diri remaja, yaitu sebagai berikut:

a) Sikap dunia luar terhadap remaja sering tidak konsisten.

Kadang-kadang mereka dianggap sudah dewasa, tetapi mereka tidak mendapat kebebasan penuh atau peran yang wajar

sebagaimana orang dewasa. Seringkali mereka masih dianggap anak kecil sehingga berakibat timbulnya kejengkelan pada diri remaja. Kejengkelan yang mendalam dapat berubah menjadi tingkah laku emosional.

- b) Dunia luar atau masyarakat masih menerapkan nilai-nilai yang berbeda untuk remaja laki-laki dan perempuan.

Kalau remaja laki-laki memiliki teman banyak perempuan, mereka mendapat predikat “populer” dan mendatangkan kebanggaan. Sebaliknya, apabila remaja putri mempunyai banyak teman laki-laki sering dianggap tidak baik atau bahkan mendapat predikat yang kurang baik juga. Penerapan nilai yang berbeda semacam ini jika tidak disertai dengan pemberian pengertian secara bijaksana dapat menyebabkan remaja bertingkah laku emosional.

- c) Seringkali kekosongan remaja dimanfaatkan oleh pihak luar yang tidak bertanggung jawab yaitu dengan cara melibatkan remaja tersebut kedalam kegiatan-kegiatan yang merusak dirinya dan melanggar nilai-nilai moral; seperti : penyalahgunaan obat terlarang, minum-minuman keras, atau tindak kriminal dan kekerasan. Perlakuan dunia luar semacam ini akan sangat merugikan bagi perkembangan emosional remaja.

f. Permasalahan Remaja Terkait Dengan Emosi

Saat ini generasi muda khususnya remaja, telah digembleng berbagai disiplin ilmu. Hal itu tak lain adalah persiapan mengemban tugas pembangunan pada masa yang akan datang, masa penyerahan tanggung jawab dari generasi tua ke generasi muda. Sudah banyak generasi muda yang menyadari peranan dan tanggung jawabnya terhadap negara di masa yang akan datang. Tetapi, dibalik semua itu ada sebagian generasi muda yang kurang menyadari tanggung

jawabnya sebagai generasi penerus bangsa. Disatu pihak remaja berusaha berlomba2 dan bersaing dalam menimba ilmu, tetapi dilain pihak remaja berusaha menghancurkan nilai2 moralnya sebagai manusia. Hal ini sangat memprihatinkan bagi kita semua. Memang tingkah laku mereka hanyalah merupakan masalah kenakalan remaja, tetapi lama-kelamaan menuju suatu tindakan kriminalitas yang sangat meresahkan.

Pada umumnya kenakalan remaja ini dilakukan oleh anak yang berumur antara 15-18 tahun. Masa remaja merupakan masa dimana sedang beralihnya masa anak2 menuju masa kedewasaan. Pada masa ini jiwa mereka masih labil dan mereka tidak memiliki pegangan yang pasti. Mereka berbuat sesuai dengan pikiran dan nalar, perbuatan itu mereka lakukan dalam mencari jati diri mereka sebenarnya.

Kenakalan remaja itu harus diatasi, dicegah dan dikendalikan sedini mungkin agar tidak berkembang menjadi tindak kriminal yang lebih besar yang dapat merugikan dirinya sendiri, lingkungan masyarakat dan masa depan bangsa. Masalah remaja sebagai usia bermasalah. Setiap periode hidup manusia punya masalahnya sendiri2, termasuk periode remaja. Remaja seringkali sulit mengatasi masalah mereka. Ada dua alasan hal itu terjadi, yaitu:

Ketika masih anak2, seluruh masalah mereka selalu diatasi oleh orang2 dewasa. Hal inilah yang membuat remaja tidak mempunyai pengalaman dalam menghadapi masalah.

Karena remaja merasa dirinya telah mandiri, maka mereka mempunyai gengsi dan menolak bantuan dari orang dewasa.

Remaja pada umumnya mengalami bahwa pencarian jati diri atau keutuhan diri itu suatu masalah utama karena adanya perubahan2 sosial, fisiologi dan psikologis di dalam diri mereka maupun di tengah masyarakat tempat mereka hidup. Perubahan2 ini dipergencar dalam masyarakat kita yang semakin kompleks dan berteknologi modern. Arus perubahan kehidupan yang berjalan amat cepat

cenderung membuat individu merasa hanya seperti sebuah sekrup dalam mesin raksasa daripada seorang makhluk utuh yang memiliki di dalam dirinya suatu keyakinan akan identitas diri sebagai seorang pribadi. Adapun masalah yang dihadapi remaja masa kini antara lain :

1) Kebutuhan akan figur teladan.

Remaja jauh lebih mudah terkesan akan nilai2 luhur yang berlangsung dari keteladanan orang tua mereka daripada hanya sekedar nasihat2 bagus yang tinggal hanya kata2 indah.

2) Sikap apatis.

Sikap apatis merupakan kecenderungan untuk menolak sesuatu dan pada saat yang bersamaan tidak mau melibatkan diri di dalamnya. Sikap apatis ini terwujud di dalam ketidakacuhannya akan apa yang terjadi di masyarakatnya.

3) Kecemasan dan kurangnya harga diri.

Kata stress atau frustrasi semakin umum dipakai kalangan remaja. Banyak kaum muda yang mencoba mengatasi rasa cemasnya dalam bentuk “pelarian” (memburu kenikmatan lewat minuman keras, obat penenang, seks dan lainnya).

4) Ketidakmampuan untuk terlibat.

Kecenderungan untuk mengintelektualkan segala sesuatu dan pola pikir ekonomis, membuat para remaja sulit melibatkan diri secara emosional maupun efektif dalam hubungan pribadi dan dalam kehidupan di masyarakat. Persahabatan dinilai dengan untung rugi atau malahan dengan uang.

5) Perasaan tidak berdaya

Perasaan tidak berdaya ini muncul pertama-tama karena teknologi semakin menguasai gaya hidup dan pola berpikir masyarakat modern. Teknologi mau tidak mau menciptakan masyarakat teknokratis yang memaksa kita untuk pertama-tama berpikir tentang keselamatan diri kita di tengah2 masyarakat. Lebih jauh

remaja mencari “jalan pintas”, misalnya menggunakan segala cara untuk tidak belajar tetapi mendapat nilai baik atau ijazah.

6) Pemuda akan pengalaman.

Sebagian besar tindakan2 negatif anak muda dengan minumam keras, obat2an dan seks pada mulanya berawal dari hanya mencoba-coba. Lingkungan pergaulan anak muda dewasa ini memberikan pandangan yagn keliru tentang pengalaman.

3. PERANAN HORMON PADA REMAJA

a. Konsep Dasar Hormon.

Asal kata hormon berasal dari bahasa Yunani yakni *hormaen* yang berarti menggerakkan. Hormon merupakan suatu zat yang dihasilkan oleh suatu bagian dalam tubuh. Organ yang berperan dalam sekresi hormon dinamakan kelenjar endokrin. Disebut demikian karena hormon yang disekresikan diedarkan ke seluruh tubuh oleh darah dan tanpa melewati saluran khusus. Di pihak lain, terdapat pula kelenjar eksokrin yang mengedarkan hasil sekresinya melalui saluran khusus.

Hormon adalah zat kimia dalam bentuk senyawa organik yang dihasilkan oleh kelenjar endokrin. Hormon mengatur aktivitas seperti : metabolisme, reproduksi, pertumbuhan, dan perkembangan. Hormon mengatur aktivitas seperti metabolisme, reproduksi, pertumbuhan dan perkembangan. Pengaruh hormon dapat terjadi dalam beberapa detik, hari, minggu, bulan, dan bahkan beberapa tahun.

Walaupun jumlah yang diperlukan sedikit, namun keberadaan hormon dalam tubuh sangatlah penting. Ini dapat diketahui dari fungsinya yang berperan antara lain dalam proses pertumbuhan dan perkembangan tubuh, proses reproduksi, metabolisme zat, dan lain sebagainya. Begitu banyak jenis kelenjar penghasil hormone dan jenis hormone yang dihasilkan, namun hanya sebagian hormone yang identik berfungsi pada fase remaja yang biasa dikenal dengan masa

pubertas. Pada masa pubertas ini hormone yang mempengaruhi system reproduksi yang sering dibicarakan sehubungan dengan masa pubertas.

b. Konsep Dasar Pubertas.

1) Defenisi Pubertas.

Pubertas adalah masa ketika seorang anak mengalami perubahan fisik, psikis, dan pematangan fungsi seksual. Masa pubertas dalam kehidupan kita biasanya dimulai saat berumur 8 hingga 10 tahun dan berakhir lebih kurang di usia 15 hingga 16 tahun. Pada masa ini memang pertumbuhan dan perkembangan berlangsung dengan cepat. Pada wanita pubertas ditandai dengan menstruasi pertama (*menarche*), sedangkan pada laki-laki ditandai dengan mimpi basah.

2) Ciri-Ciri Pubertas.

Seorang anak akan menunjukkan tanda-tanda awal dari pubertas, seperti suara yang mulai berubah, tumbuhnya rambut-rambut pada daerah tertentu dan payudara membesar untuk seorang gadis. Untuk seorang anak perempuan, tanda-tanda itu biasanya muncul pada usia 10 tahun ke atas dan pada anak laki-laki, biasanya lebih lambat, yaitu pada usia 11 tahun ke atas. Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas bertanggung-jawab atas munculnya dorongan seks. Pemuasan dorongan seks masih dipersulit dengan banyaknya tabu sosial, sekaligus juga kekurangan pengetahuan yang benar tentang seksualitas. Namun sejak tahun 1960-an, aktivitas seksual telah meningkat di antara remaja; studi akhir menunjukkan bahwa hampir 50 persen remaja di bawah usia 15 dan 75 persen di bawah usia 19 melaporkan telah melakukan hubungan seks. Hal ini dikarenakan masa pubertas yang menyimpang. Hormon yang mempengaruhi pada masa pubertas ini adalah :

- a) Follicle-Stimulating-Hormone (FSH).
- b) Luteinizing Hormone – LH.
- c) Progesterone.
- d) Estrogen.
- e) Hypothalamus.
- f) Pituitary Gland.
- g) Ovary.
- h) Pregnancy - HCG (Human Chorionic Gonadotropin)

Ketiak remaja laki-laki yang mulai menumbuhkan rambut ketiak. Seorang anak akan menunjukkan tanda-tanda awal dari pubertas, seperti suara yang mulai berubah, tumbuhnya rambut-rambut pada daerah tertentu dan payudara membesar untuk seorang gadis. Untuk seorang anak perempuan, tanda-tanda itu biasanya muncul pada usia 10 tahun ke atas dan pada anak laki-laki, biasanya lebih lambat, yaitu pada usia 11 tahun ke atas. Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas bertanggung jawab atas munculnya dorongan seks. Pemuasan dorongan seks masih dipersulit dengan banyaknya tabu sosial, sekaligus juga kekurangan pengetahuan yang benar tentang seksualitas. Namun sejak tahun 1960-an, aktivitas seksual telah meningkat di antara remaja; studi akhir menunjukkan bahwa hampir 50 persen remaja di bawah usia 15 dan 75 persen di bawah usia 19 melaporkan telah melakukan hubungan seks.

3) Penyebab Munculnya Pubertas.

Penyebab munculnya pubertas ini adalah hormon yang dipengaruhi oleh hipofisis (pusat dari seluruh sistem kelenjar penghasil hormon tubuh). Berkat kerja hormon ini, remaja memasuki masa pubertas sehingga mulai muncul ciri-ciri kelamin sekunder yang dapat membedakan antara perempuan dan laki-laki. Dengan kata lain, pubertas terjadi karena tubuh mulai

memproduksi hormon-hormon seks sehingga alat reproduksi telah berfungsi dan tubuh mengalami perubahan. Hormon seks yang mempengaruhi perempuan adalah estrogen dan progesteron yang diproduksi di indung telur, sedangkan pada laki-laki diproduksi oleh testis dan dinamakan testosteron. Hormon-hormon tersebut ada di dalam darah dan memengaruhi alat-alat dalam tubuh sehingga terjadilah beberapa pertumbuhan.

4) Hormon Yang Mempengaruhi Sistem Reproduksi.

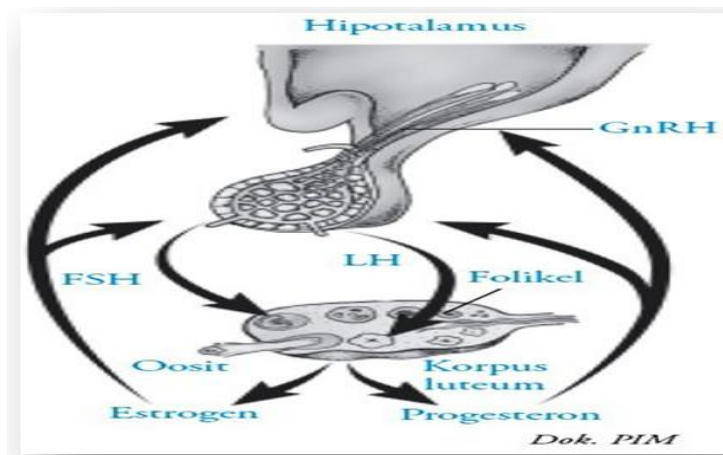
Berjalannya sistem reproduksi manusia tidak terjadi dengan sendirinya, namun dipengaruhi oleh beberapa hormon. Hormon-hormon tersebut adalah :

a) Hormon Yang Mempengaruhi Sistem Reproduksi Wanita.

Hipotalamus akan menyekresikan hormon gonadotropin. Hormon gonadotropin merangsang kelenjar pituitari untuk menghasilkan hormon FSH (*Follicle Stimulating Hormone*). Hormon FSH merangsang pertumbuhan dan pematangan folikel di dalam ovarium. Pematangan folikel ini merangsang kelenjar ovarium mensekresikan hormon estrogen. Hormon estrogen berfungsi membantu pembentukan kelamin sekunder seperti tumbuhnya payudara, panggul membesar, dan ciri lainnya. Selain itu, estrogen juga membantu pertumbuhan lapisan endometrium pada dinding ovarium. Pertumbuhan endometrium memberikan tanda pada kelenjar pituitari agar menghentikan sekresi hormon FSH dan berganti dengan sekresi hormon LH (*Luteinizing Hormone*).

Oleh stimulasi hormon LH, folikel yang sudah matang pecah menjadi korpus luteum. Saat seperti ini, ovum akan keluar dari folikel dan ovarium menuju uterus (terjadi ovulasi). Korpus luteum yang terbentuk segera menyekresikan hormon progesteron. Progesteron berfungsi menjaga pertumbuhan endometrium seperti pembesaran pembuluh

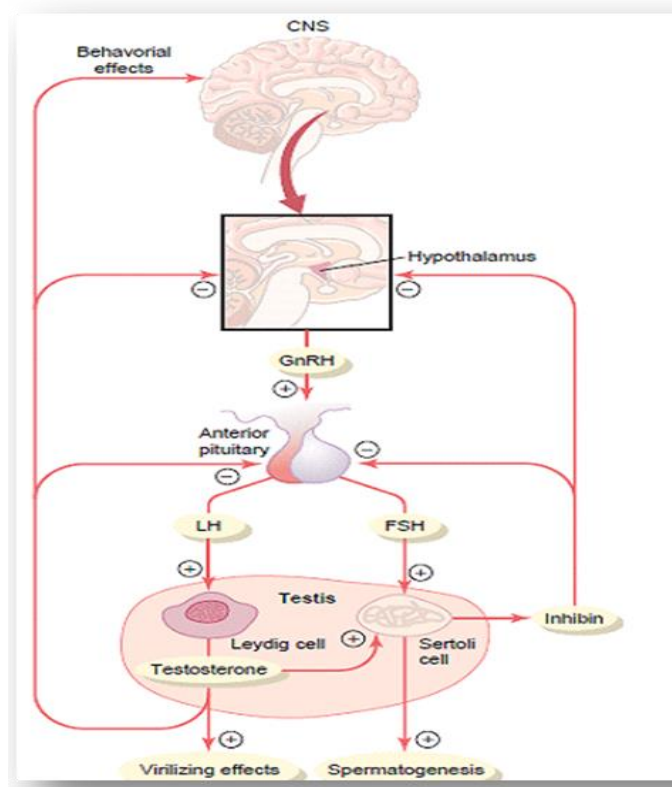
darah dan pertumbuhan kelenjar endometrium yang menyekresikan cairan bernutrisi. Apabila ovum pada uterus tidak dibuahi, hormon estrogen akan berhenti. Berikutnya, sekresi hormon LH oleh kelenjar pituitari juga berhenti. Akibatnya, korpus luteum tidak bisa melangsungkan sekresi hormon progesteron. Oleh karena hormon progesteron tidak ada, dinding rahim sedikit demi sedikit meluruh bersama darah. Darah ini akan keluar dari tubuh dan kita biasa menamakannya dengan siklus menstruasi.



b) Hormon Yang Mempengaruhi Sistem Reproduksi Pria.

Ada sejumlah hormon yang berperan dalam sistem reproduksi laki-laki terutama saat proses pembentukan sperma. Di bawah kontrol hipotalamus, sebuah hormon dikeluarkan untuk merangsang hipofisis anterior. Hormon yang disekresikan hipotalamus yakni hormon gonadotropin. Hormon ini merangsang hipofisis anterior untuk menghasilkan hormon LH dan hormon FSH. Hormon LH menstimulasi sel-sel Leydig untuk menyekresikan hormon testosteron. Hormon testosteron ini berfungsi saat spermatogenesis, pematangan sperma, dan pertumbuhan kelamin sekunder pada pria. Sementara itu, hormon FSH berperan merangsang sel-sel sertoli menghasilkan ABP (*Androgen Binding Protein*) yang akan memacu spermatogonium untuk memulai proses spermatogenesis. Selain itu, estrogen dibentuk oleh sel-sel

Sertoli ketika distimulasi oleh FSH. Kedua hormon ini tersedia untuk pematangan sperma. Proses pemasakan spermatosit menjadi spermatozoa disebut spermiogenesis. Spermiogenesis terjadi di dalam epididimis dan membutuhkan waktu selama 2 hari.



5) Ciri-Ciri Pubertas.

a) Ciri-Ciri Pubertas Pada Anak Perempuan.

- (1) Pada anak perempuan, perubahan fisik pubertas dimulai pada usia sekitar 10 atau 11 tahun. Sebagian besar memperlihatkan beberapa tanda perkembangan di usia 13 tahun dan cenderung tak ada perubahan selanjutnya setelah usia 16 tahun. Pubertas terjadi lebih awal dari yang terjadi di masa lalu. Di tahun 1980, sebagian besar

anak perempuan mendapat menstruasi pertamanya di usia 15 tahun, saat ini menstruasi dimulai pada usia 12-13 tahun.

- (2) Perubahan tubuh wanita disebabkan oleh kerja dua hormon, estrogen dan progesteron. Belum diketahui apa penyebab hipotalamus mulai melepas GnRH, hormon pemicu pubertas, tapi faktor sosial dan psikologis, serta pola makan turut berperan.
- (3) Tanda pertama pubertas adalah berkembangnya payudara, lalu rambut mulai tumbuh di daerah ketiak dan pubis. Rambut kaki menebal dan bentuk tubuh berubah, dengan penambahan lemak tubuh. Rambut dan kulit mulai berminyak, yang dapat menimbulkan jerawat. Akhirnya menstruasi (haid) dimulai. Anak perempuan merasa dapat merasa lelah, serta memiliki suasana hati yang berubah-ubah, dan perasaan sensitif.
- (4) Tinggi badan anak perempuan mencapai setengah tinggi dewasanya tepat sebelum ulang tahun kedua mereka; pertumbuhan cepat saat pubertas dimulai dua tahun lebih cepat pada anak perempuan daripada laki-laki.
- (5) Rambut Ketiak berbulu.
- (6) Perkembangan Payudara.
Daerah di sekitar puting membesar dengan sejumlah kecil jaringan payudara di dalamnya.
- (7) Pinggul Melebar. Pelvis dan pinggul melebar dan pinggang menyempit akibat penyebaran lemak yang dipengaruhi oleh hormon wanita.
- (8) Tumbuh Rambut Pubis di kemaluan.
- (9) Perubahan Dalam Tubuh.
- (10) Tingkat pertumbuhan lebih cepat di awal pubertas, sebelum mulai menstruasi, dan mencapai puncaknya

pada usia sekitar 12 tahun, saat pertumbuhan mencapai 9 cm dalam setahun. Pertumbuhan melambat, biasanya berhenti pada usia 14 dan 16, saat hormon membuat pertumbuhan epifisis di tulang panjang beresifikasi sehingga tidak lagi dipengaruhi oleh hormon pertumbuhan.

c) Ciri-Ciri Pubertas Pada Anak Laki-Laki.

- (1) Pada anak laki-laki, perubahan fisik pubertas dimulai lebih lambat daripada anak perempuan, sekitar usia 12 atau 13 tahun. Sebagian besar menunjukkan tanda perkembangan di usia 14 tahun, dan menyelesaikan seluruh pertumbuhan pubertas di usia 17 atau 18 tahun.
- (2) Perubahan pertama adalah testis dan penis yang membesar, lalu rambut tumbuh di daerah pubis dan ketiak. Massa otot bertambah, dan jaringan payudara juga berkembang.
- (3) Testosteron menyebabkan tulang rawan dalam kotak suara tumbuh lebih besar dan lebih tebal, yang menjadikan pita suara memanjang dan menebal. Ini menyebabkan pita suara bergetar di frekuensi yang lebih rendah sehingga suara menjadi lebih dalam.
- (4) Akhirnya, rambut wajah tumbuh, yang disertai dengan jerawat. Anak laki-laki cenderung mengalami masalah dengan kulit berminyak dan keringat daripada anak perempuan.
- (5) Tanda pematangan seksual anak laki-laki adalah ejakulasi. Walau mampu ereksi sejak lahir, anak laki-laki hanya menghasilkan sperma saat hormon testosteron mulai bersirkulasi dalam tubuh mereka. Pada saat ini mereka dapat berejakulasi untuk pertama kalinya.

- (6) Wajah ditumbuhi rambut. Berawal dari rambut halus tipis, menjadi lebih kasar.
- (7) Dada Melebar.
- (8) Rambut dada terus-menerus tumbuh sampai usia 30 tahun; sebagian pria hanya memiliki sedikit atau tidak memiliki rambut dada sama sekali.
- (9) Rambut pubis mulai tumbuh.
- (10) Genital Membesar.
- (11) Tubuh Lebih Berotot. Massa otot bertambah secara signifikan.
- (12) Perubahan Dalam Tubuh. Anak laki-laki tumbuh lebih lambat daripada anak perempuan. Namun, begitu mulai tumbuh, mereka tumbuh lebih cepat dan lebih lama sehingga memperoleh tinggi dewasa yang lebih maksimal. Pada usia 14 atau 15 tahun, anak laki-laki rata-rata lebih tinggi, berat, dan kuat daripada anak perempuan dan masih dapat tumbuh.
- (13) Produksi Sperma. Sperma berkembang dalam testis - sel sperma perlahan bergerak menjauhi sel penyangga dan menjadi matang saat melewati tubulus seminiferus dan epididimis. Proses ini membutuhkan waktu 74 hari.

4. PENCARIAN JATI DIRI REMAJA.

a. Defenisi Jati Diri Remaja.

Masa remaja adalah masa dimana mereka melalui proses pencarian jati diri, kerap diartikan sebagai identitas diri, pada masa itu para remaja dituntut untuk memiliki rasa percaya diri. Masa pencarian identitas adalah masalah yang sangat penting, dan dalam masa ini melibatkan peran dari banyak orang.

Ada beberapa pengertian secara luas tentang jati diri, yaitu sebagai berikut :

- 1) Jati diri adalah kepribadian yang muncul pada diri seseorang secara alami dengan kronologi tertentu.
- 2) Jati diri adalah suatu proses penumbuhan dan pengembangan nilai-nilai luhur yang terpancar dari hati nurani melalui mata hati.
- 3) Jati diri adalah suatu pengetahuan tentang siapa kita sebenarnya.
- 4) Jati diri adalah ciri-ciri atau gambaran seseorang yang dilihat dari jiwa dan daya gerak dari dalam.
- 5) Menurut psikologi anak dan remaja dari *Empati Development Center*, Dra. Roslina Verauli, MPsi, “Identitas diri sebetulnya cara bagaimana seseorang melihat dirinya, identitas diri juga dikenal dengan istilah konsep diri.”

Dari beberapa uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa, jati diri adalah ekspresi batin mengenai tempat dan peran kita di dunia ini, guna menemukan arti kehidupan yang hakiki, sebagai tuntunan hidup dalam menemukan kebahagiaan sejati di hidup kita.

b. Cara Mendapatkan Jati Diri yang Baik.

Supaya remaja dapat memahami jati dirinya dengan benar dan menemukan hakikat yang didambakannya serta tercerahkan dalam sistem pendidikan yang tepat, maka hendaknya ia memperhatikan hal-hal berikut ini :

1) Belajar.

Menuntut ilmu merupakan kewajiban mutlak bagi setiap remaja. Ilmu yang luas merupakan mutiara yang paling berharga bagi pemuda yang dapat membantunya dalam mengarungi kehidupan yang benar. Pengetahuan adalah instrumen penting dalam kehidupan. Oleh karena itu, membaca kitab-kitab agama adalah jalan untuk menambah dan memantapkan akidah. Manusia yang kurang pengetahuan tidak akan mampu mengetahui tugas dan

kewajiban yang Tuhan bebaskan padanya dan pada akhirnya ia tidak dapat memahami makna kehidupan yang hakiki.

2) Berfikir.

Ilmu adalah alat untuk memahami banyak hal, baik yang tertulis maupun yang tidak tertulis. Kemampuan memahami dan menjawab problematika kehidupan sangat tergantung kepada kadar pemikiran seseorang. Dengan kata lain, kekuatan dan keluasan berpikir seseorang akan menempatkannya pada posisi yang mulia. Jadi, berpikir secara sehat adalah pembimbing ideal dalam mengatasi setiap kejadian dan problematika kehidupan.

3) Iman.

Yang dimaksud dengan iman adalah keyakinan hati terhadap keberadaan pencipta alam semesta dan menerima serta mentaati segala perintah dan firman-Nya. Semakin kuat keimanan seseorang, maka manifestasinya semakin jelas dalam berbagai dimensi wujud manusia. Oleh karena itu, barangsiapa yang dalam kehidupannya menempatkan Tuhan sebagai pengawasnya maka ia semakin percaya diri, termotivasi dan memiliki pelindung.

4) Berbuat baik.

Berbuat baik menjadikan manusia mudah dalam meraih tujuan dan cita-citanya sebagaimana disinggung dalam Al Qur'an bahwa perbuatan baik menyebabkan perkembangan dan penyempurnaan berbagai potensi orang mukmin yang terpendam. Kita mengetahui dengan baik bahwa pendidikan agama memiliki pengaruh kuat terhadap perbuatan baik dan juga terhadap ilmu serta iman. Karena untuk itu, perbuatan yang terbaik adalah mengamalkan kewajiban agama kita, dan hendaknya kita memotivasi orang lain untuk berbuat baik dan mencegah dari perbuatan amoral. Dengan meningkatkan dasar iman, kiranya dapat menjadi modal penting bagi seseorang untuk mendapatkan jalan yang benar dalam

menghadapi berbagai perubahan penting kehidupan dengan tawakal kepada Allah sehingga ia berhasil meraih tujuannya.

c. Pengembangan Jati Diri Remaja.

Ada beberapa pokok pemikiran yang melandasi perlunya pembinaan dan pengembangan jati diri remaja, antara lain :

- 1) Jati diri remaja selaku generasi muda penerus bangsa, jati diri ini penting untuk dibangun karena remaja memerlukan pemahaman tentang sosok dirinya yang dilahirkan dan dibesarkan sebagai insan bangsa. Rasa memiliki kebangsaan yang terpatri dikalangan remaja akan menumbuhkan persepsi dan sikap berbangsa yang tangguh atas pentingnya menjunjung martabat keberadaan bangsanya sendiri dihadapkan pada atmosfir globalisasi yang diwarnai dengan persaingan antar bangsa di dunia, yang merambah tanpa sekat. Kepekaan dan kewaspadaan atas potensi infiltrasi budaya dan perilaku yang dapat merusak jati diri bangsa, melemahkan daya saing bangsa, dan bahkan cenderung mengeksploitasi sumber daya bangsa, harus dapat dipahami oleh remaja.
- 2) Jati diri remaja selaku insan muda yang sepatutnya memiliki percaya diri untuk membangun masa depan yang gemilang. Kegamangan dan kegelisahan remaja yang muncul sebagai akibat mengikuti arus gaya hidup, kelompok panutan, dan konsumerisme harus dapat digantikan dengan kesadaran mempersiapkan dan menumbuhkan kompetensi diri sehingga timbul keyakinan diri mampu dan membentuk kehidupan masa depan bangsa yang lebih baik.
- 3) Jati diri remaja selaku insan muda yang sepatutnya memiliki kepekaan sosial dan gagasan untuk melakukan rekayasa sosial masyarakat di lingkungannya. Kepekaan sosial merupakan elemen jati diri yang penting untuk dibina dan dikembangkan bagi remaja, bahkan sepatutnya kepekaan sosial ini harus diasah dan

ditumbuhkan sejak dini, dalam membentuk tatanan hidup bermasyarakat dan berbangsa yang bermartabat.

d. Krisis Jati Diri.

Saat ini, banyak sekali para remaja yang mengalami krisis jati diri. Mereka tidak tahu harus bersikap, berprinsip, berharap dan berbuat apa di tengah arus kehidupan yang mewarnai mereka dengan keragaman pola pikir yang menawarkan sebuah kebenaran mereka masing-masing. Banyak sekali para remaja hanyut dalam apa yang mereka sebut pencarian jati diri, tanpa memahami bentuk jati diri itu sendiri dalam kehidupan. Hasilnya, beberapa dari mereka malah kehilangan jati diri mereka dan terus tersesat didalamnya. Krisis jati diri seringkali disebabkan oleh :

1) Merasa hidupnya selalu diatur.

Seringkali kita merasa hidup kita selalu dijalani dengan aturan yang dibuat oleh orang lain, entah itu orang tua kita, guru kita, norma masyarakat dan agama. Hasilnya, yang tumbuh malah pembangkangan terhadap semua aturan tersebut, dengan alasan mencari jati diri. Kita beranggapan bahwa jati diri kita mengatakan “tidak” pada semua aturan itu. Padahal hal ini sebenarnya tidak perlu terjadi, yang perlu kita lakukan adalah mencari nilai kebenaran dari aturan yang ada, sembari menimbang kembali proporsi antara hak dan kewajiban kita dalam sistem kehidupan yang kita jalani sekarang.

2) Mengejar penghargaan dari lingkungan.

Pendapat bahwa jati diri seringkali dibentuk oleh lingkungan bisa jadi bumerang bagi yang mengutarakannya. Karena lingkungan kita juga belum tentu menemukan jati diri mereka. Yang benar, lingkungan menawarkan sebetuk pola pikir yang sering hadir di kehidupan seseorang, sosial jati diri seseorang, itu menolaknya atau mengikuti pola pikir lingkungan. Itulah yang mengubah pola

pikir seseorang. Jadi, lebih tepat untuk dikatakan bahwa lingkungan memberikan sebuah pertanyaan untuk dijawab oleh jati diri seseorang. Bila seseorang gagal menjawabnya dengan cara yang baik, maka orang tersebut akan mengalami krisis jati diri dan hanya mengejar pengakuan atas nilai-nilai dari orang lain yang belum tentu telah menemukan jati dirinya seumur hidupnya.

3) Memiliki pandangan sempit dan terbatas dalam kehidupan.

Ini adalah penyebab krisis jati diri paling krusial untuk diberantas. Tidak jarang kita hanya menerima kehidupan dalam 3 golongan, yaitu hidup enak, tidak enak dan biasa-biasa saja. Sekalipun penggolongan tersebut tidaklah sepenuhnya salah, akan tetapi parameter yang digunakannya sering kali menyesatkan, yaitu harta. Jadi, cara paling cepat untuk menemukan jati diri adalah dengan mencari kebenaran yang tanpa cacat, bukan hanya terlihat baik saat ini, tapi juga nanti, sampai kita keliang lahat sekalipun. Dan kunci untuk menuntun kita pada jati diri adalah dengan membiarkan nurani kita hidup, dan jangan pernah berhenti mempertanyakan kebermanfaatan hidup kita.

e. Peran Orang Tua Dalam Pencarian Jati Diri Remaja.

Masa remaja adalah masa di mana mereka melalui proses pencarian jati diri, kerap diartikan sebagai identitas diri, pada masa itu para remaja dituntut untuk memiliki rasa percaya diri. Masa pencarian identitas diri adalah masa yang sangat penting. Untuk itu peran orangtua sangat penting membantu mereka menghadapi masa-masa ini dengan membantu mereka mengenali dirinya secara mendalam.

Peran orangtua bisa dilakukan dengan memberikan stimulasi, menemukan dan mengenali bakat serta potensi anak. Orangtua juga bisa membantu anak mengenali temperamen dan kepribadiannya agar ia bisa beradaptasi dengan lingkungan sosialnya dan mampu memecahkan masalah. Anak juga dituntut mulai menyadari bakat yang

dimilikinya, menyadari bahwa ia akan punya tujuan hidup berupa cita-cita. Orangtua bisa membantunya dengan mengenalkan model atau tokoh idolanya. Orangtua juga harus memberi nilai-nilai kehidupan (*living values*) yang positif.

Umumnya, yang terjadi di masa ini adalah anak memperoleh pemahaman tentang seperti apa dirinya, melalui aktivitas yang ia lakukan, prestasi yang ia capai, pengembangan diri yang ia lalui, hingga hubungan bersama orang lain disekitarnya. Misalnya saja seperti apa dirinya menurut teman-teman dan orang disekitarnya.

Menurut praktisi *emotional intelligence parenting*, Hanny Muchtar Darta El PSYCH-K SET dari Radani Emotional Intelligence Center, “Peran orangtua dalam masa-masa pencarian jati diri anak adalah sebagai pendukung (*supporter*) atau pemberi motivasi (*motivator*) serta sebagai pelatih”.

Di masa remaja, anak-anak sedang senang bereksperimen, dan orangtua hanyalah mengarahkan bukan menentukan anak. Bantu anak mengenali diri dan berikan pemahaman bahwa setiap orang memiliki kualitas positif dalam dirinya yang tinggal menunggu untuk ditemukan akan dikembangkan.

5. PERGESERAN NILAI DALAM KEHIDUPAN REMAJA.

a. Konsep Dasar Pergeseran Nilai.

Nilai merupakan sesuatu yang diyakini oleh seseorang atau sekelompok orang dalam berperilaku menjalani kehidupannya sehingga dipercayai dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap orang lain. Biasanya, nilai selalu dihubungkan dengan moral. Moral merupakan istilah manusia menyebut ke manusia atau orang lainnya dalam tindakan yang memiliki nilai positif. Manusia yang tidak memiliki moral disebut amoral artinya dia tidak bermoral dan tidak memiliki nilai positif di mata manusia lainnya. Sehingga moral adalah hal mutlak yang harus dimiliki oleh manusia. Moral secara

ekplisit adalah hal-hal yang berhubungan dengan proses sosialisasi individu tanpa moral manusia tidak bisa melakukan proses sosialisasi.

Dalam perjalanannya, suatu nilai ataupun moral tidak selamanya terukur dengan baik, banyak faktor penyebab yang dapat mempengaruhinya, pada saat itulah terjadinya pergeseran atau kemerosotan nilai dan moral dalam diri seseorang atau dalam masyarakat yang biasanya disebut dengan Dekadensi Nilai atau Moral. Pengertian Dekadensi dalam kamus bahasa Indonesia berarti penurunan, kemunduran, kemerosotan. Sedangkan moral itu sendiri memiliki arti baik buruknya suatu perbuatan. Jadi dekadensi moral remaja adalah menurun atau merosotnya segala perbuatan (moral) remaja yang mengarah pada perbuatan yang negatif. Hal tersebut juga karena disebabkan oleh beberapa macam faktor.

Seiring dengan perkembangan teknologi dan perkembangan jaman, moral remaja justru mengalami penurunan yang cukup drastis, walaupun masih ada remaja yang bisa menjaga dan mengembangkan moralnya kearah yang lebih baik. Remaja yang mengalami penurunan moral biasanya akan mengabaikan nilai-nilai yang berlaku dan melanggar norma-norma yang ada didalam lingkungannya.

b. Macam-Macam Bentuk Pergeseran Nilai (Dekadensi Moral).

Ada beberapa bentuk dekadensi moral yang merupakan perilaku yang menyimpang dari norma-norma moral dan sosial, bahkan sampai pada penyimpangan terhadap norma-norma hukum, antara lain:

- 1) Bentuk-bentuk kenakalan biasa yang merupakan penyimpangan etika seperti pergi dari rumah tanpa pamit, suka keluyuran, berkelahi, menonton pornografi. Juga kenakalan anak-anak sekolah

(pelanggaran terhadap tata tertib sekolah) seperti datang terlambat dan berbohong, suka membolos, corat coret dinding sekolah dan lain-lain.

- 2) Bentuk kenakalan yang menjurus kepada pelanggaran terhadap norma hukum seperti melanggar aturan lalu lintas (tidak memiliki SIM, tidak pakai helm, menerobos lampu merah, kebut-kebutan dan lain-lain), mengambil barang orangtua tanpa ijin, dan sebagainya.
- 3) Bentuk-bentuk kenakalan berat yang bersifat khusus seperti miras dan penyalahgunaan narkoba dan obat terlarang (narkoba), pergaulan bebas (free sex), pemerkosaan, tawuran hingga terjadi penganiayaan dan pembunuhan, geng motor, dan lain-lain.
- 4) Sering terjadinya tawuran (kekerasan) yang dilakukan remaja terutama pada kalangan pelajar baik yang dilakukan oleh anak SMP, SMA, maupun Mahasiswa. Terlebihnya lagi dilakukan oleh anak pelajar di kota besar. Faktor penyebabnya berupa ejekan terhadap kelompok pelajar ke pelajar lainnya. Ini begitu memilukan bagi kita semua, pelajar yang diharapkan akan menjadi penerus bangsa, yang akan memajukan negara kearah yang lebih baik ternyata aktifitas sebagai pelajar hanya digunakan untuk bertawuran (melakukan kekerasan) saja.
- 5) Cara berpakaian banyak remaja kita yang berdandan seperti selebritis yang cenderung ke budaya barat. Mereka menggunakan pakaian yang minim badan yang memeperlihatkan bagian tubuh yang seharusnya tidak kelihatan. Padahal cara berpakaian itu jelas-jelas tidak sesuai dengan kebudayaan kita. Tak ketinggalan gaya rambut mereka dicat beraneka warna. Pendek kata orang lebih suka jadi menjadi orang lain dengan cara menutupi identitasnya. Tidak banyak remaja yang mau mel;estarikan budaya bangsa dengan mengenakan pakaian yang sopan sesuai kepribadian bangsa.

- 6) Selain cara berpakaian, cara bersikap terhadap sesama khususnya terhadap yang lebih tua sudah tidak dihiraukan. Kesopanan, ketatakramaan, kepedulian, tolong-menolong, kegotong-royogan dan keramahan yang merupakan ciri khas kebudayaan kita kini sudah memudar pada diri sebagian besar anak muda. Mereka bangga terhadap keadaan diri mereka sekarang dan kini mereka bersifat individualis. Cara bersikap kepada orang tuapun kebanyakan anak lebih banyak membantah dari pada membantu orang tua. Yang dipentingkan mereka hanya kesenangan dan eksistensi mereka sendiri tanpa bertanggung jawab untuk kedepan atas eksistensinya.
- 7) Tidak malu-malu para remaja dan pelajar kini mengumbar kebebasan pergaulan. Jangan heran jika melihat dua orang anak remaja atau pelajar berlain jenis berboncengan motor sambil pelukan. Tak tanggung-tanggung pemandangan seperti ini sengaja mereka tampilkan di jalanan dan didepan umum. Tidak ada kesan canggung ataupun malu ndari raut wajah mereka. Bahkan senda gurau dan celoteh bernada mesum pun seolah bukan hal baru lagi.
- 8) Remaja sekarang labih suka atau senang dengan hal-hal yang bersifat modern, gaya kebarat-baratan, musik-musik yang tidak jelas makna maupun kata-katanya, film yang tidak bermanfaat, game online yang membuat mereka betah berhari-hari untuk bermain, nongkrong di pinggir-pinggir jalan dengan tujuan tidak jelas, main kediskotik dan masih banyak lagi aktifitas yang sedang digandrungi oleh anak muda jaman sekarang. Dari pada hal yang bermanfaat bagi mereka kelak seperti belajar, membaca buku, mengembangkan potensi, melakukan kajian-kajian yang bermanfaat dan belajar lebih dalam agama yang dianut. Khususnya agama islam yang dalam ibadahnya mengutamakan shalat lima waktu, bersedekah, berpuasa, membaca Al-Qur'an,dsb. Kini sudah jarang dilakukan oleh anak muda jaman sekarang.

- 9) Seringnya anak muda yang melakukan pornoaksi dan pornografi, yang dipengaruhi oleh pergaulan bebas dengan gaya hidup masyarakat jaman sekarang ini. Berita tentang pemerkosaan, pelecehan seksual dan kejahatan lainnya hampir setiap hari dikabarkan media massa. Belum lagi video-video porno yang terus diproduksi, baik yang dibuat secara profesional maupun amatir. Baik video yang memang diproduksi untuk kepentingan komersial maupun video yang pada awalnya hanya untuk kepentingan pribadi tapi terpublikasikan secara umum. Video-video tersebut dapat diakses sangat mudah di warnet-warnet yang ada. Hal yang memilukan lagi adalah anak muda (remaja) sampai anak kecil(SD) dengan mudah mengakses situs-situs porno tersebut dan menjadi kegemaran bagi mereka. Bahkan pernah ada kasus pornoaksi yang dilakukan segerombolan anak SD.
- 10) Kebanyakan anak muda yang mencandu miras dan narkoba. Mereka dengan mudah terjerumus pada barang yang haram dikonsumsi itu, karena mereka merasakan kesenangan yang sementara setelah mengkonsumsi barang tersebut. Sementara itu akibat dari mengkonsumsi miras dan narkoba sangat besar seperti mengakibatkan gangguan mental, kecacatan bagi anak muda bahkan terjadi kematian.
- 11) Maraknya penjualan terhadap anak muda (remaja) untuk dijadikan pelayan seks bagi laki-laki hidung belang, hal tersebut biasa terjadi baik melalui internet maupun langsung. Kebanyakan faktor yang mempengaruhi mereka untuk melakukan hal tersebut adalah uang untuk membiayai kebutuhan hidup.
- 12) Banyaknya kelompok pemuda yang aktivitasnya melakukan kesenangan yang tidak jelas yang meresahkan masyarakat sekitar dan menimbulkan banyak korban, seperti geng motor

Remaja yang melakukan perbuatan yang menyimpang dari norma pasti akan dikucilkan banyak orang. Remaja tersebut hanya dianggap sebagai pengganggu dan orang yang tidak berguna. Akibat dari dikucilkannya remaja dari pergaulan sekitar, remaja tersebut akan mengalami gangguan kejiwaan. Yang dimaksud gangguan kejiwaan bukan berarti gila, tapi ia akan merasa terkucilkan dalam hal sosialisasi, merasa tertekan, takut atau malah membenci orang-orang disekitarnya.

Masa depan yang suram dan tidak menentu bisa menunggu para remaja yang mengalami penurunan moral. Bayangkan bila ada seorang remaja yang kemudian terpengaruh pergaulan bebas dan pecandu narkoba, hampir bisa di pastikan dia tidak akan memiliki masa depan cerah. Hidupnya akan hancur perlahan dan tidak sempat memperbaikinya.

c. Penyebab Dekadensi Remaja.

Ada cukup banyak faktor yang menjadi penyebab terjadinya dekadensi moral di kalangan remaja, baik faktor dari remaja itu sendiri (internal) maupun faktor dari luar (eksternal). Faktor internal misalnya krisis identitas (perubahan biologis dan sosiologis pada diri remaja) dan kontrol diri yang lemah (tidak mampu mengembangkan kontrol diri untuk bertingkah laku sesuai dengan pengetahuannya), dan adanya masalah yang dipendam akibat perlakuan buruk yang pernah diterimanya. Sedangkan faktor eksternal antara lain: kurang merasakan kasih sayang dari orangtua/keluarga, kurang intensnya pengawasan dari orangtua, dampak negatif dari perkembangan teknologi khususnya teknologi komunikasi dan internet, kurang tersedianya media penyalur bakat/hobi remaja, keluarga broken home, pengaruh negatif dari teman bermain, dan utamanya juga kurangnya dasar-dasar pendidikan agama yang diterima dan dipahaminya.

d. Cara Mengatasi Dekadensi Pada Remaja.

Apabila dicermati pegeseran nilai yang terjadi di kalangan remaja kita dewasa ini tentu sangat diharapkan andil lima kelompok masyarakat sebagai berikut:

1) Orangtua.

Orangtua merupakan pendidik pertama dan utama. Jika dilihat dalam perspektif Islam, maka peran orangtua adalah sentral bagi terbentuknya sikap dan perilaku anak, yang kelak menjadi remaja yang selanjutnya menjadi warga masyarakat. Artinya, pola didikan dan penanaman prinsip-prinsip etika dan budi pekerti yang menjadi acuan dan prinsip hidup orangtua sangat menentukan bagi terbentuknya sikap dan perilaku anak di manapun ia berada. Jika lingkup kehidupan orangtua cenderung permisif dengan berbagai hal yang kurang mendidik maka dipastikan anak yang menjadi peniru pertama dan utama dalam kehidupan keluarga akan tumbuh menjadi remaja yang permisif pula, dengan segala pola perilaku (baik dan buruk) yang berkembang, terutama di luar rumah. Dalam hal ini diharapkan, antara lain, orangtua dapat selalu memberikan perhatian dan kasih sayang kepada anaknya, menjadi tempat curhat yang nyaman sehingga masalah yang ada pada anak dapat segera terselesaikan. Orangtua juga perlu melakukan pengawasan yang intensif kepada anaknya, misalnya dalam pemanfaatan media komunikasi seperti televisi, internet, handphone, dan lain-lain. Orangtua juga perlu semaksimal mungkin mendukung bakat dan hobi anak yang bernilai positif. Dan yang utama, orangtua harus menanamkan dasar-dasar agama yang cukup kepada anak dan dilakukan sedini mungkin.

2) Masyarakat.

Agen kedua yang besar pengaruhnya terhadap pola etika dan moral remaja adalah masyarakat. Masyarakat dalam konteks ini adalah lingkungan di mana remaja hidup dan bergaul sehari-hari. Bila

lingkungannya memberikan nilai-nilai yang baik dalam arti bahwa pola kehidupannya sarat dengan nilai pendidikan dan etika maka tentu akan mempengaruhi cara berpikir dan perilaku remaja ketika bergaul di luar lingkungannya. Demikian pula jika sebaliknya, tentu lambat laun akan berdampak negatif pada pola perilaku anak baik ketika berada di sekolah atau di tempat lain.

3) Guru.

Sosok guru adalah anggota masyarakat yang paling sering disebut memiliki andil sangat vital dalam diskursus pergeseran nilai dan dekadensi moral di kalangan remaja usia sekolah. Memang posisi guru cukup dilematis karena mereka adalah tokoh sentral yang menjadi parameter dalam pola etika dan moral bagi remaja tersebut. Jika kita lihat dari sisi waktu (30% sehari) yang digunakan oleh guru untuk mendidik anak di sekolah tentu tidaklah arif jika kita mencoba menimpakan secara sepihak kemerosotan moral remaja kita saat ini kepada guru semata. Meski demikian, guru tetap dituntut untuk mencitrakan dirinya sebagai pribadi yang memiliki integritas, mandiri dan beretika tinggi sehingga pantas menjadi acuan atau tauladan baik bagi anak didiknya. Guru juga dituntut untuk lebih kreatif dalam menciptakan aktivitas-aktivitas yang menarik bagi pelajar di sekolah, yang dapat berdampak positif, terutama pada domein pembentukan sikap dan perilaku anak.

4) Ulama.

Para tokoh agama termasuk kelompok masyarakat yang memegang peran penting dalam menanamkan etika dan moral di tengah-tengah masyarakat secara umum. Dalam pandangan Islam, posisi ulama adalah posisi yang sangat mulia. Mereka adalah parameter anutan serta contoh bagi warga masyarakat.

5) Pemerintah.

Sebenarnya kunci dari segala perubahan yang terjadi, baik secara politis maupun sosial karena ia merupakan kelompok elit yang memegang kekuasaan, adalah pemerintah (dalam arti luas). Peran mereka sangat menentukan mengingat mereka yang membuat dan melaksanakan peraturan-peraturan hukum itu, dilengkapi dengan sanksi-sanksi yang bersifat mengikat. Masalahnya adalah, sejauh mana aturan-aturan itu telah mengakomodir kepentingan remaja khususnya remaja usia sekolah. Selain itu, tindakan seperti apa yang telah diambil oleh pemerintah dalam menghadapi tingkat degradasi moral dan etika remaja kita yang hampir sampai pada titik nadir.

6. Konflik Remaja Dalam Keluarga.

Masa remaja awal adalah waktu dimana konflik remaja dengan orang tua meningkat lebih dari konflik anak dengan orang tua. Peningkatan ini bisa terjadi karena beberapa faktor yang telah dibicarakan yang melibatkan pendewasaan remaja dan pendewasaan orang tua. Perubahan biologis pubertas, perubahan kognitif termasuk meningkatnya idealisme dan penalaran logis, perubahan sosial yang berpusat pada kebebasan dan jati diri, harapan yang tak tercapai, dan perubahan fisik, kognitif dan sosial orang tua sehubungan dengan usia paruh baya.

Walaupun konflik dengan orang tua meningkat di masa awal remaja, namun konflik ini kebanyakan konflik melibatkan kejadian sehari-hari dalam kehidupan keluarga, seperti merapikan kamar tidur, berpakaian yang rapi, pulang sebelum jam tertentu, tidak terlalu lama bicara di telpon, dan sebagainya (Santrock. 2003). Kebanyakan konflik terjadi dengan ibu dan mayoritas terjadi antara ibu dengan putrinya.

Konflik kebanyakan bermula dari kejadian sehari-hari, tetapi tetap saja, remaja dan orang tua yang terlibat dalam konflik yang berulang-ulang tanpa pernah ada kesepakatan akan menjadikan rumah serasa penjara. Orang tua mungkin dapat menekan perilaku menentang anak-anak karena secara fisik anak-anak lebih kecil dari pada orang tua. Tetapi pada masa remaja peningkatan ukuran dan tenaga bisa berakibat pada ketidakpedulian atau konfrontasi terhadap pendiktean orang tua.

a. Penyebab Konflik Remaja Dengan Orangtua.

1) Standar Perilaku.

Remaja sering menganggap standar perilaku orang tua yang kuno dan yang modern berbeda, dan standar perilaku orang tua yang kuno harus menyesuaikan dengan yang modern

2) Metode Disiplin

Remaja akan memberontak apabila metode disiplin yang digunakan orang tua dianggap “tidak adil “ atau “kekanak-kanakan”.

3) Hubungan Saudara Kandung.

Remaja menganggap orang tua melakukan pilih kasih dengan saudara, sehingga perasaan membenci saudara muncul.

4) Merasa Menjadi Korban.

Remaja sering merasa benci kalau status sosial ekonomi keluarga tidak memungkinkan mempunyai simbol-simbol status yang sama dengan yang dimiliki teman-teman, seperti pakaian, mobil, rumah dll. tidak menyukai bila harus memikul tanggung jawab rumah tangga seperti; merawat adik-adik, atau bila orang tua tiri masuk kerumah dan mencoba “memerintah”. Hal seperti itu tidak sukai dan hanya menambah ketegangan hubungan dengan orang tua.

5) Sikap Yang Sangat Kritis.

Anggota keluarga tidak menyukai sikap yang terlampau kritis terhadap diri mereka dan terhadap pola kehidupan keluarga pada umumnya.

6) Besarnya Keluarga.

Dalam keluarga yang terdiri dari tiga atau empat anak lebih sering terjadi konflik dibandingkan dengan keluarga kecil.

7) Perilaku Yang Kurang Matang.

Remaja membenci sikap orang tua yang sering menghukum bila mengabaikan tugas-tugas sekolah, melalihkan tanggung jawab, atau membelanjakan uang semauanya.

8) Masalah Palang Pintu.

Kehidupan sosial sebagai remaja yang baru dan yang lebih aktif akan mengakibatkan pelanggaran peraturan keluarga mengenai waktu pulang dan mengenai teman-teman dengan siapa berhubungan.

b. Strategi Mengurangi Konflik Remaja Dengan Orangtua.

Suatu cara terbaik untuk mengatasi konflik orang tua –remaja adalah dengan cara pemecahan masalah secara bersama, yang tujuannya adalah untuk menemukan pemecahan masalah yang bisa memuaskan kedua belah pihak, orang tua – remaja (Santrock, 2003). Pendekatan ini bisa berjalan dengan baik jika orang tua dan remaja memusatkan perhatiannya pada masalah tersebut, ketika diskusi dibatasi hanya pada satu masalah, dan ketika remaja sebelumnya telah setuju untuk mencoba mencari pemecahan masalah bersama. Menurut Santrock (2003) pendekatan pemecahan masalah bersama terdiri dari enam tahap dasar, seperti berikut;

1) Menetapkan Aturan-Aturan Dasar Penyelesaian Konflik.

Aturan-aturan ini pada dasarnya adalah aturan untuk bermain secara jujur. Kedua belah pihak orang tua dan remaja sepakat

untuk memperlakukan satu sama lain dengan hormat, tidak ada hujatan, makian dan tidak merendahkan yang lain, seperti; memperhatikan pemikiran atau pendapat orang lain. Ketika saat diskusi orang tua memberikan catatan yang positif dengan mengatakan keinginan untuk bersikap adil.

2) Cobalah Mencapai Saling Pengertian.

Maksud dari saling pengertian disini adalah orang tua dan remaja sama-sama mendapat kesempatan mengutarakan duduk permasalahannya, dan bagaimana perasaan mereka tentang masalah itu. Dalam diskusi ini, penting sekali untuk tetap fokus pada permasalahan yang dibahas, bukan pada kepribadian.

3) Cobalah Melakukan Brainstorming.

Orang tua dan remaja mencari jalan keluar sebanyak mungkin untuk permasalahan yang sedang dihadapi. Pada titik ini, jangan ada gagasan yang di tolak karena terlalu gila, terlalu mahal, atau terlalu bodoh. Tentukan batas waktu, misalnya 5 atau 10 menit dan hasilkanlah kemungkinan penyelesaian sebanyak mungkin.

4) Cobalah Mencapai Kesepakatan Mengenai Satu Pemecahan Atau Lebih.

Orang tua dan remaja memilih pilihan yang paling mereka sukai. Setiap pilihan tidak boleh dibahas karena akan menghasilkan perdebatan yang berkepanjangan, dan kadang kala tidak membuahkan apapun. Pada tahap ini orang tua dan remaja bisa melihat ke mana arah minat mereka. Beberapa tarik ulur, beberapa negosiasi mungkin akan diperlukan pada tahap ini. Orang tua maupun remaja tidak seharusnya menyetujui dengan hal yang menurut mereka tidak bisa diterima.

5) Catatlah Persetujuannya.

Meskipun kelihatan formal, tapi tahap ini harus dilakukan karena kadang-kadang ingatan seseorang bisa lupa. Jika suatu saat orang tua atau remaja melanggar persetujuan, catatan ini dapat dijadikan pegangan.

6) Tentukan Waktu Untuk Membicarakan Kelanjutannya Untuk Memeriksa Perkembangannya.

Jika orang tua atau remaja tidak mematuhi persetujuan, atau jika pemecahan yang disepakati bersama tidak berjalan sebagaimana yang diharapkan, permasalahan tersebut harus ditinjau lagi.

C. RANGKUMAN

D. LATIHAN SOAL

E. REFERENSI

BAB X

PROGRAM PENCEGAHAN DAN PROMOSI PADA HIV/AIDS

A. PENDAHULUAN

Capaian pembelajaran pada bab ini adalah mahasiswa mampu menguasai konsep teoritis, menerapkan implementasi IPTEK dan mengaplikasikan keilmuan dan menganalisis alternatif pemecahan masalah melalui program pencegahan dan promosi pada HIV/ AIDS.

B. PENYAJIAN MATERI

1. PROGRAM PENCEGAHAN HIV/AIDS DALAM BIDANG KEBIDANAN

Sesuai dengan Kepmenkes No.900/Menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktik bidan, bahwa bidan berperan dalam kesehatan reproduksi dan penanggulangan IMS termasuk HIV/AIDS, yaitu: pemberi pelayanan; Antenatal, persalinan, dan masa nifas; Keluarga berencana; Pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang mencakup Deteksi Dini yaitu merujuk dan Konselor HIV/AIDS.

Berikut ini adalah peran bidan dalam memberikan asuhan pada pasien HIV/AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan :

a. Memberi Pelayanan.

1) Masa Ante Natal

Penularan HIV dari ibu ke bayi selama masa kehamilan dapat terjadi melalui hubungan transplasenta dengan risiko 5 sampai 10%. Plasenta merupakan sumber bagi bayi untuk mendapatkan nutrisi selama berada di dalam kandungan. Jika plasenta telah terinfeksi virus HIV, darah ibu yang sudah terinfeksi tersebut akan bercampur dengan darah bayi sehingga resiko tertular HIV pada bayi sangat besar. Oleh karena itu, asuhan kebidanan komprehensif pada ibu

hamil trimester I, II dan III dengan status HIV + sangat diperlukan diantaranya:

- 1) Kepatuhan terhadap obat ARV.
- 2) Pendidikan kesehatan mengenai nutrisi.
- 3) Pendidikan kesehatan mengenai tanda dan gejala penyakit oportunistik HIV/AIDS dan IMS.
- 4) Persiapan persalinan dan laktasi.
- 5) Dukungan psikologis ibu.
- 6) Perujukan apabila ada tindakan di luar kewenangan bidan.
- 7) Informasi kelompok.

2) Persalinan

Risiko penularan HIV/AIDS dari ibu ke bayi pada masa persalinan terjadi sekitar 10 sampai 20%. Hal ini terjadi akibat:

- 1) His sehingga tekanan pada plasenta meningkat maka terjadi sedikit pencampuran antara darah ibu dengan darah bayi, lebih sering terjadi jika plasenta meradang atau terinfeksi.
- 2) Bayi terpapar darah dan lendir serviks pada saat melewati jalan lahir.
- 3) Bayi kemungkinan terinfeksi karena menelan darah dan lendir serviks pada saat resusitasi.

Peran bidan dalam memberikan asuhan persalinan komprehensif untuk mewujudkan persalinan yang aman, yaitu:

- 1) Ibu, pasangan dan keluarga perlu dikonseling sehubungan cara persalinan.
 - a) Seksio sesarea

Keuntungan : risiko penularan rendah dan terencana.

Kerugian : perawatan ibu lama, memerlukan fasilitas pendukung, sarana pendukung, dan biaya yang mahal.

b) Pervaginam.

Keuntungan : mudah dilakukan di sarana kesehatan terbatas dan biaya yang diperlukan murah.

Kerugian : risiko penularan tinggi (kecuali bila ibu minum ARV teratur lebih dari 4 minggu dan Viral Load tidak terdeteksi).

2) Bidan harus memperhatikan kondisi fisik ibu dalam persalinan, Pertolongan persalinan harus memperhatikan kewaspadaan universal standar. Hal-hal yang harus diperhatikan oleh bidan dalam asuhan persalinan pada wanita dengan HIV + :

- a) Menganggap semua ibu bersalin yang datang dengan HIV +.
- b) Meminimalkan pemeriksaan dalam atau vaginal toucher.
- c) Hindari partus lama.
- d) Memberikan oksitosin untuk mempersingkat persalinan pada saat yang tepat.
- e) Hindari pecah ketuban lebih dari 4 jam sebelum kala II dimulai.
- f) Hindari tindakan episiotomi.
- g) Hindari trauma pada bayi yaitu dengan persalinan buatan dengan vacuum atau forcep.
- h) Gunakan praktik transfusi aman dan minimalkan penggunaan transfusi darah

3) Masa Nifas.

- 1) Pemeriksaan rutin ginekologi yaitu pap smear sangat penting dilakukan karena perempuan HIV+ dengan kadar CD4 < 200 cells/mikroliter memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mengalami *cervical dysplasia* dan *maligna*, sehingga disarankan melakukan pap smear setiap 6 bulan. Apabila fasilitas tidak ada

maka lakukan perujukan. Bidan hanya berwenang untuk mengambil apus vagina/serviks saja.

- 2) Melakukan kajian ulang dan dukungan pemilihan makanan untuk bayi.
 - a) Ibu tidak menyusui: Berikan saran untuk menggunakan obat yang dapat mengurangi produksi ASI.
 - b) Ibu yang menyusui: Pastikan ibu mengetahui teknik menyusui yang benar, ibu membersihkan payudaranya 1 hari 1 x untuk mencegah masalah-masalah saat menyusui yang dapat meningkatkan transmisi HIV melalui air susu.
 - c) Mendiskusikan rencana untuk VCT ibu dan pasangannya.
 - d) Mendiskusikan mengenai aktivitas seksual pada masa postpartum dan perlindungan melawan infeksi HIV.
 - e) Mendiskusikan alat KB dan menyarankan penggunaan kondom bila diperlukan.
 - f) Memberikan rujukan untuk pemberian ARV untuk bayi.
 - g) Memberikan pendidikan dan dorongan untuk pengasuhan bayinya.
 - h) Melakukan kajian ulang tentang pencegahan infeksi dan berikan perhatian terhadap kondisi kesehatan yang memerlukan penanganan segera.
 - i) Melakukan pemeriksaan lengkap.
 - j) Menjadwalkan kunjungan ulang.

4) Keluarga Berencana.

Perencanaan penggunaan KB yang tepat harus didiskusikan sejak masa antenatal care dan sebelum ibu pulang. Di area dimana praktik menyusui dilakukan dalam jangka waktu yang lama, beberapa perempuan mengandalkan KB MAL (Metode Amenorea Laktasi) dan ini dapat hilang dengan perubahan pola makan bayi. Pemilihan alat kontrasepsi pada pasien HIV/AIDS disesuaikan dengan kondisi

pasien. Pemilihan KB hormonal tidak memberikan perlindungan terhadap penyakit HIV yang diderita. Alat kontrasepsi yang dapat dipilih untuk menghindari transmisi HIV/ AIDS yakni kondom.

5) Kesehatan Reproduksi Remaja.

Pada remaja yang telah terinfeksi virus HIV, asuhan komprehensif yang dapat dilakukan: Konseling setelah testing HIV. Konseling ini berisikan upaya meningkatkan kualitas hidup remaja tersebut, kepatuhan terhadap ARV untuk menghambat replikasi virus HIV, serta upaya mencegah penularan virus HIV ke orang lain. Kemudian memberikan dukungan moral, tidak melakukan diskriminasi, dan stigma; Menjaga kerahasiaan penderita HIV bersama pasangannya; Perujukan untuk pemberian ARV.

b. PENDIDIKAN KESEHATAN.

a. Pendidikan Kesehatan Reproduksi oleh Bidan melalui Sekaa Teruna Teruni (STT).

Teruna-teruni berasal dari kata teruna. Kamus Besar Bahasa Indonesia yang diakses secara online memberikan informasi mengenai arti kata teruna. Teruna memiliki arti pemuda. (Setiawan, 2012). Clifford Geertz dalam penelitiannya di Desa Tihingan, Klungkung, Bali, menemukan sekaa sebagai lembaga atau kelompok sosial. Sekaa itu merupakan suatu organisasi yang dibentuk untuk mencapai suatu tujuan atau maksud yang khusus. Sekaa didirikan untuk sementara waktu bahkan hingga bertahun-tahun. Kelompok ini dapat berfungsi untuk membantu melakukan satu tugas atau berlangsung dari tugas satu ke lainnya. Adapun sekaa tidak pernah sejajar tetapi selalu melintang batas-batas kesatuan sosial yang lain, seolah-olah mempersatukan orang-orang dari berbagai golongan, semata-mata atas dasar pertalian persahabatan yang memiliki persamaan kebutuhan (Sanjaya, 2010). Berdasarkan hal tersebut

Sekaa Teruna Teruni merupakan suatu organisasi pemuda dan pemudi dari berbagai golongan yang dibentuk semata-mata atas dasar pertalian persahabatan dan memiliki persamaan kebutuhan untuk mencapai tujuan.

Kegiatan dalam Sekaa Teruna-Teruni hanya meliputi kegiatan yang ada dalam suatu desa adat atau banjar namun tetap memiliki peranan yang sangat penting. Keberadaan dari Seka Teruna-Teruni di Bali lumayan banyak dan mulai menyebar (Adnyana, 2011). Keberadaan dari organisasi ini dapat dimanfaatkan oleh bidan sesuai dengan tugasnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada remaja. Pemberian informasi mengenai pendidikan kesehatan kepada remaja dapat diberikan melalui penyuluhan atau pamflet. Penyuluhan ini dapat diberikan dengan cara diadakannya pertemuan antara remaja, tokoh masyarakat dan bidan. Bidan dapat langsung memberikan penyuluhan mengenai kesehatan reproduksi remaja terutama mengenai HIV/AIDS. Bidan dapat menggunakan perantara foto atau video karena remaja akan lebih tertarik apabila remaja dapat melihat secara lisan melalui foto atau video tersebut. Jadi diharapkan penyampaian informasi lebih dapat diterima dengan baik oleh remaja dan dapat diterapkan atau remaja tersebut dapat menyebarkan informasi tersebut kepada orang-orang yang ada disekitarnya.

b. Pendidikan Kesehatan Reproduksi oleh Bidan melalui Organisasi Pendukung di Instansi Pendidikan.

KSPAN (Kelompok Siswa Peduli AIDS dan Narkoba) dan PIK (Pusat Infomasi Konseling) telah dibentuk di sekolah seperti PIK-KRR dan PIK juga dibentuk di perguruan tinggi seperti PIK-M Yowana Bhakti. KSPAN merupakan sebuah kelompok yang biasanya ada di sekolah-sekolah terutama di tingkat SMP (Sekolah Menengah Pertama) dan SMA (Sekolah Menengah Atas). Kelompok

KSPAN ini bertujuan untuk mencegah penularan HIV/AIDS dan penggunaan narkoba dalam masyarakat terutama kalangan remaja. Tugas-tugas anggota KSPAN adalah memahami narkoba dan HIV dan memberikan penyuluhan kepada orang lain seperti warga sekolah atau bahkan masyarakat sekitar (Roger, 2010). PIK KRR (Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja) adalah suatu wadah kegiatan program KRR yang dikelola dari, oleh, dan untuk remaja guna memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang kesehatan reproduksi remaja serta kegiatan-kegiatan penunjang lainnya (BKKBN, 2008) Selain KSPAN dan PIK, juga terdapat UKS (Unit Kesehatan Siswa) di setiap sekolah mulai dari SD (Sekolah Dasar) hingga SMA. UKS, KSPAN, dan PIK dalam dunia anak, remaja dan dewasa muda dapat membantu tenaga kesehatan untuk merangkul masyarakat agar terselamatkan dari bahaya HIV/AIDS dan Narkoba serta hidup sesuai dengan PHBS.

Bidan memiliki ruang lingkup pelayanan yang bersifat menyeluruh mulai dari remaja, keluarga berencana, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi, balita dan anak usia prasekolah serta masa menopause. Dalam tugasnya menangani remaja, bidan dapat menjadi pelaksana dan pendidik. Bidan dapat memberikan pendidikan dan informasi mengenai kesehatan reproduksi remaja dan sebagainya. Pemberian pendidikan dapat dilakukan bidan dengan masuk ke perkumpulan yang telah dibentuk dan diikuti oleh para remaja dan dewasa muda. Bidan dapat memberikan penyuluhan-penyuluhan terkait HIV dan AIDS. Kelompok yang telah dibentuk disebut instansi pendidikan seperti UKS, KSPAN, PIK dapat memberikan pemahaman kepada siswa mengenai HIV dan AIDS, tanda dan gejala, pencegahan, penularan, penatalaksanaan HIV dan AIDS serta informasi kesehatan lainnya.

Bidan dalam hal ini bertugas untuk memberikan edukasi kepada siswa-siswa dalam organisasi tersebut, sehingga mereka paham dan mengerti dengan HIV/AIDS dan dapat mengimplementasikan dalam kehidupan bermasyarakat. Dengan edukasi ini diharapkan siswa-siswa tersebut dapat menyalurkan informasi yang diperolehnya kepada orang lain khususnya teman sebaya bahkan masyarakat umum, sehingga dengan menyebarnya informasi HIV AIDS tersebut dapat menurunkan angka kejadian penularan HIV/AIDS.

c. Pendidikan Kesehatan Reproduksi oleh Bidan melalui PKK (Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga).

PKK (Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga) merupakan sebuah gerakan yang tumbuh dari bawah dengan perempuan sebagai penggerak dan dinamisatornya dalam membangun, membina, dan membentuk keluarga guna mewujudkan kesejahteraan keluarga sebagai unit kelompok terkecil dalam masyarakat. PKK ini sebagai salah satu wadah organisasi perempuan dimasyarakat Desa dan Kelurahan (Bapemas, 2009). Peran bidan dalam pemberantasan PMS juga ditegaskan dalam kompetensi ke-2 Permenkes No. 900/MENKES/SK/VII/2002 (Dhyna, 2012): Penyuluhan kesehatan mengenai PMS, HIV/AIDS, dan kelangsungan hidup anak; Tanda dan gejala infeksi saluran kemih dan penyakit menular seksual yang lazim terjadi.

Peran bidan dalam sebagai upaya pemberantasan penyakit HIV/AIDS disamping ditujukan pada penanganan penderita yang ditemukan. Peran bidan lainnya diarahkan juga kepada upaya pencegahan yang dilakukan melalui skrining HIV/AIDS terhadap darah donor, mengetahui persentasi donor darah yang discreening terhadap HIV-AIDS, upaya pemantauan dan pengobatan penderita penyakit menular seksual (PMS) serta meningkatkan cakupan

penanganan kasus HIV-AIDS, infeksi menular seksual. Organisasi PKK dapat membantu peran bidan dalam deteksi dini unyuk menvegah meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas dari infeksi HIV. Bidan dapat berperan sebagai: Role model yaitu memberi contoh sikap yang baik pada masyarakat; Memberikan konseling pada ibu-ibu kelompok PKK tentang kesehatan reproduksi sehingga kompetensi menjadi konselor hendaknya dimiliki bidan untuk mengambil peran ini; Memberikan konseling pada ibu-ibu kelompok PKK tentang penyebab dan akibat PMS; Bekerjasama dengan tokoh masyarakat dan tokoh agama dalam pelaksanaan penyuluhan pada masyarakat; Mewaspadaai gejala – gejala dan mendeteksi dini adanya PMS.

d. Pendidikan Kesehatan Reproduksi oleh Bidan melalui Posyandu.

Bidan juga berperan sebagai bidan pendidik di Pos Pelayanan Terpadu. Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) adalah salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Abduh, 2012). Angka kematian ibu dan bayi salah satunya disebabkan oleh HIV-AIDS. Selain memberikan pelayanan kesehatan di posyandu seperti pemeriksaan tekanan darah, pemberian vitamin pada bayi dan balita, penimbangan berat badan, tenaga kesehatan seperti bidan juga dapat memberikan penyuluhan mengenai HIV-AIDS di posyandu. Bidan dapat berkolaborasi dengan dokter untuk memberikan penyuluhan tersebut. Bidan memberikan pendidikan pengertian, tanda dan gejala, cara penularan, pencegahan penularan HIV-AIDS

dan program pemeriksaan HIV-AIDS. Adanya pemberian penyuluhan seperti ini dapat menyadarkan warga untuk tetap setia pada pasangan agar nantinya saat wanita hamil, dapat menjaga kehamilannya dan bayi tidak tertular virus tersebut. Informasi tersebut dapat membuat warga yang datang ke posyandu terutama ibu bersedia secara sukarela menjalani tes HIV.. Hal ini dapat membantu menurunkan angka penularan, mortalitas dan morbiditas dari infeksi HIV-AIDS.

e. Pendidikan Kesehatan Reproduksi oleh Bidan melalui Dasa Wisma.

Dasa (sepuluh) dan wisma (rumah). Dasawisma, yakni unit terkecil kelompok PKK yang terdiri dari 10 anggota rumah tangga. Dari 10 anggota itu, ada seorang penanggung jawab untuk memantau kondisi rumah tangga yang lain. Pengumpulan dana, kuesioner, tertib administrasi adalah beberapa contoh tanggung jawab ketua dawis, untuk kemudian hasilnya diteruskan ke ketua PKK.

Prinsip dasawisma adalah pengawasan dan pemberdayaan hingga ke masyarakat bawah dan menyentuh unit masyarakat terkecil, yakni keluarga. Dasawisma sebagai kelompok terkecil dari kelompok-kelompok PKK memiliki peran strategis mewujudkan keluarga sejahtera. Untuk itu, di harapkan agar dasawisma menjadi ujung tombak pelaksanaan 10 program pokok PKK dan program pemerintah karena sebagai mitra. Sepuluh Program PKK tersebut antara lain: Penghayatan dan Pengamalan Pancasila; Gotong royong; Pangan; Sandang; Perumahan dan Tata Laksana Rumah Tangga; Pendidikan dan Keterampilan; Kesehatan; Pengembangan Kehidupan Berkoperasi; Kelestarian Lingkungan Hidup; Perencanaan Sehat.

Tugas kader dasawisma seperti mencatat setiap data anggota keluarga, data ibu melahirkan, data kelahiran bayi, data kematian bayi serta kegiatan lainnya, data tersebut didata melalui kelompok sesuai buku catatan yang telah ditentukan. Tugas lain dari kader dasawisma adalah menyampaikan informasi dari tim penggerak PKK kelurahan dan desa kepada kelompok atau sebaliknya, serta menyampaikan usulan maupun saran warga berkaitan dengan kegiatan. Tugas tersebut sangat bermanfaat bagi perencanaan dan evaluasi dalam mengetahui keadaan penduduk. Keberadaan Dasa Wisma dapat membantu bidan dalam mengetahui kondisi perkembangan setiap anggota masyarakat, membantu pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan sumber daya manusia.

Disinilah bidan dapat berperan aktif dan menyatu bersama masyarakat dengan memberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan terkait penyebaran penyakit HIV/AIDS yang sedang merajalela saat ini. Pemberian informasi kepada dasa wisma mengenai HIV-AIDS sangat penting mengingat tugas dari kelompok ini sendiri yang selalu bersentuhan dengan lingkungan.

C. KEBIJAKAN DAN STRATEGI NASIONAL PENANGGULANGAN HIV/AIDS.

1. Visi

Anak Indonesia terlindungi dari HIV/AIDS.

2.

Misi

Mencegah atau membatasi penularan HIV/AIDS dan meningkatkan kualitas hidup ODHA dan keluarga serta mengurangi dampak sosial ekonomi dari penyakit tersebut.

3. Tujuan.

a. Tujuan Umum

Mencegah dan mengurangi risiko penularan HIV. Meningkatkan kualitas hidup ODHA serta mengurangi dampak social dan

ekonomi akibat HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat agar setiap individu menjadi produktif dan bermanfaat untuk pembangunan.

b. Tujuan Khusus.

- 1) Meningkatkan upaya pencegahan HIV dan AIDS pada semua populasi kunci.
- 2) Menyediakan dan meningkatkan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan yang bermutu, terjangkau dan bersahabat bagi ODHA.
- 3) Meningkatkan akses dan dukungan sosial ekonomi bagi anak dan keluarga terdampak serta ODHA yang miskin.
- 4) Menciptakan dan memperluas lingkungan kondusif yang memberdayakan masyarakat sipil untuk berperan secara bermakna, sehingga stigma dan diskriminasi terhadap populasi kunci, ODHA dan orang-orang yang terdampak oleh HIV dan AIDS berkurang. Hal ini termasuk pengembangan kebijakan, koordinasi program, manajemen, monitoring, dan evaluasi termasuk pemantauan epidemic, perilaku serta riset operasional.

4. Sasaran.

Sasaran dalam penanggulangan HIV/AIDS adalah:

a. Bayi.

Bayi dapat terkena HIV/AIDS dari ibu yang positif melalui perinatal

b. Balita.

Kelompok Balita dapat tertular HIV/AIDS kemungkinan melalui transfusi darah yang tidak aman ketika balita tersebut sakit, kemudian pada kelompok ini sering menjadi yatim piatu disebabkan karena orang tua mereka meninggal karena AIDS.

c. Anak usia pra-sekolah.

Kelompok pra-sekolah dapat tertular HIV/AIDS kemungkinan melalui tranfusi darah yang tidak aman ketika anak tersebut sakit, kemudian pada kelompok ini sering menjadi yatim piatu disebabkan karena orang tua mereka meninggal karena AIDS.

d. Anak usia sekolah.

Pada kelompok ini masih rendahnya pengetahuan tentang pencegahan penularan HIV/AIDS dan pada kelompok ini rawan

e. Remaja.

Pada kelompok ini masih rendahnya pengetahuan tentang pencegahan penularan HIV/AIDS dan pada kelompok ini rawan akan adanya Narkoba khususnya Napza suntik serta kekerasan seks.

f. Wanita pranikah.

Disebabkan pada kelompok ini masih rendah pengetahuan tentang pencegahan akan penularan HIV/AIDS.

g. Ibu hamil.

Yang menjadi sasaran dalam kelompok ini adalah ibu hamil yang positif HIV, dimana ibu tersebut dapat menularkan HIV pada bayinya.

5. Target dalam rangka mencapai Goal 2015 adalah :

a. 50 persen pada tahun 2005, 70 persen tahun 2010 dan 90 persen tahun 2015 remaja dan pemuda memperoleh KIE untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku positif dalam mencegah penularan HIV.

b. 50 persen tahun 2005, 70 persen tahun 2010 dan 90 persen tahun 2015 orang mampu melindungi dirinya dari penularan IMS dan HIV/AIDS.

c. 50 persen tahun 2005, 70 persen tahun 2010 dan 90 persen tahun 2015 keluarga yang mempunyai anak dan remaja mendapat informasi penanggulangan HIV/AIDS.

- d. Semua darah donor, produk darah dan jaringan transplantasi bebas dari pencemaran HIV/AIDS.
- e. 80 persen ibu hamil yang datang ke klinik ANC mendapat informasi dan konseling serta pelayanan pencegahan HIV, termasuk PMTCT.
- f. Setiap ODHA dapat memperoleh pelayanan pengobatan, perawatan dan dukungan yang dibutuhkan mulai tahun 2005.
- g. Tersedianya pelayanan komprehensif dimana semua ODHA yang memenuhi syarat dapat menerima ARV, pengobatan, perawatan dan dukungan yang manusiawi, professional dan tanpa diskriminasi, serta di dukung oleh system rujukan dan pembinaan serta pengawasan yang memadai.
- h. Semua ibu hamil HIV positif dan anak yang dilahirkan menerima ARV prophylaksis.
- i. Semua ODHA dan orang-orang terdampak oleh HIV dan AIDS terutama anak yatim piatu dan janda yang miskin mempunyai akses terhadap dukungan social dan ekonomi.
- j. Terciptanya lingkungan yang memberdayakan, dimana masyarakat sipil berperan secara bermakna dan hilangnya stigma serta diskriminasi terhadap ODHA dan orang-orang yang rawan tertular dan populasi kunci yang terdampak oleh HIV dan AIDS. Perubahan ini perlu di ukur sejauh mana kondisi ini sudah membaik terhadap orang yang terinfeksi HIV dan populasi kunci.
- k. Meningkatnya komitmen pemerintah dan anggaran dalam negeri untuk upaya penanggulangan HIV dan AIDS secara berkesinambungan.

6. Dasar Kebijakan.

- a. Penanggulangan HIV/AIDS merupakan upaya terpadu dari peningkatan perilaku hidup sehat (*promotif*), pencegahan penyakit HIV/AIDS (*preventif*), serta pengobatan dan perawatan (kuratif) dan dukungan hidup (*support*) terhadap pengidap HIV/AIDS. Upaya preventif dan promotif merupakan upaya prioritas yang diselenggarakan secara berimbang dengan upaya kuratif dan dukungan terhadap pengidap HIV/AIDS.
- b.

Penanggulangan

HIV/AIDS didasari kepada nilai luhur kemanusiaan dan penghormatan terhadap harkat hidup manusia. Para pengidap HIV/AIDS memiliki hak asasi sebagai manusia dan berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial yang diperlukan serta hidup layak sebagai anggota masyarakat lainnya.
- c.

Penanggulangan

HIV/AIDS merupakan bagian integral dari pembangunan nasional dan pemberantasan kemiskinan serta pembangunan kesehatan yang dalam penyelenggaraannya senantiasa menghormati atau mendasarkan kepada nilai-nilai budaya dan agama yang hidup dalam masyarakat Indonesia.
- d.

Penanggulangan

HIV/AIDS dilakukan secara bersama- sama oleh pemerintah, masyarakat, sektor swasta dan para pengidap HIV/AIDS dengan dukungan organisasi internasional. Masyarakat termasuk LSM merupakan pelaku utama dalam pelaksanaan penanggulangan sedangkan pemerintah berkewajiban memberdayakan masyarakat serta memberikan bantuan arahan, bimbingan dan menciptakan suasana yang menunjang.
- e.

Pemerintah

berkewajiban untuk memimpin dan memberi arah penanggulangan HIV/AIDS (*leadership*) dengan menetapkan komitmen kebijakan (*political commitment*), memberikan prioritas kepada

penanggulangan HIV/AIDS, dan memobilisasi sumber daya penanggulangan. Pemerintah berkewajiban menciptakan suasana kondusif guna mencegah timbulnya stigmatisasi, penyangkalan (*denial*), dan praktek diskriminasi karena HIV/AIDS .

- f. Kerjasama
internasional melalui badan- badan PBB, organisasi regional, lembaga donor dan LSM internasional perlu ditingkatkan guna memperoleh:
- 1) Manfaat dari mobilisasi sumberdaya internasional,
 - 2) Menerapkan pengalaman dalam menurunkan prevalensi HIV/AIDS dari negara lain dan
 - 3) Meningkatkan kerjasama penanggulangan penyakit di daerah perbatasan.

Strategi Nasional ini merupakan kerangka acuan dan panduan untuk setiap upaya penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia, baik oleh pemerintah, masyarakat, lembaga-lembaga swadaya masyarakat (LSM), keluarga, perorangan, perguruan tinggi dan lembaga-lembaga penelitian, donor dan badan-badan internasional agar dapat bekerjasama dalam kemitraan yang efektif dan saling melengkapi dalam lingkup keahlian dan kepedulian masing-masing dengan tujuan mencegah penularan virus HIV/AIDS, mengurangi sebanyak mungkin penderitaan perorangan, serta dampak sosial dan ekonomis dari HIV/AIDS diseluruh Indonesia, menghimpun dan menyajikan upaya-upaya nasional untuk penanggulangan HIV/AIDS. Strategi Nasional ini disusun dengan sistematika yang meliputi: Prinsip-prinsip dasar penanggulangan HIV/AIDS, Lingkup program, Peran dan Tanggung jawab, Kerjasama Internasional dan Pendanaan.

Strategi dan Rencana aksi dibuat berdasarkan peraturan perundangan terkait dengan masalah dan atau faktor-faktor yang berpengaruh dan mewarnai upaya penanggulangan HIV dan AIDS di

Indonesia. Prinsip-prinsip utama kebijakan dalam strategi dan rencana aksi penanggulangan HIV dan AIDS adalah sebagai berikut :

1. Prinsip-prinsip dan Dasar Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS.

- b. Upaya penanggulangan HIV/AIDS dilaksanakan oleh masyarakat dan pemerintah. Masyarakat adalah pelaku utama dan pemerintah berkewajiban untuk mengarahkan membimbing, serta menciptakan suasana yang menunjang.
- c. Setiap upaya penanggulangan harus mencerminkan nilai-nilai agama dan budaya yang ada di Indonesia.
- d. Setiap kegiatan diarahkan untuk mempertahankan dan memperkuat ketahanan dan kesejahteraan keluarga, serta sistem dukungan sosial yang mengakar dalam masyarakat.
- e. Pencegahan HIV/AIDS diarahkan pada upaya pendidikan dan penyuluhan untuk memantapkan perilaku yang tidak memberikan kesempatan penularan dan merubah perilaku yang beresiko tinggi.
- f. Setiap orang berhak untuk mendapat informasi yang benar untuk melindungi diri dan orang lain terhadap infeksi HIV/AIDS.
- g. Setiap kebijakan, program, pelayanan dan kegiatan harus tetap menghormati harkat dan martabat dari para pengidap HIV/penderita AIDS dan keluarganya.
- h. Setiap pemeriksaan untuk mendiagnosa HIV/AIDS harus didahului dengan penjelasan yang benar dan mendapat persetujuan yang bersangkutan (informed consent). Sebelum dan sesudahnya harus diberikan konseling yang memadai dan hasil pemeriksaan wajib dirahasiakan.
- i. Diusahakan agar peraturan perundang-undangan mendukung dan selaras dengan Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS di semua tingkat.

- j. Setiap pemberi layanan berkewajiban memberikan layanan tanpa diskriminasi kepada pengidap HIV/penderita AIDS.
- k. Mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dan keluarganya.
- l. Peningkatkan akses obat ARV (*Anti Retro Viral*) yang murah dan dapat dijangkau.
- m. Mengintegrasikan pendidikan pencegahan HIV/AIDS ke dalam kurikulum baik ekstra maupun intra kurikuler.

2. Strategi Penanggulangan HIV/AIDS.

Untuk mencapai kebijakan diatas perlu ditempuh strategi sebagai berikut:

- a. Diperlukan komitmen politik yang tinggi.
- b. Mengembangkan dan menerapkan strategi nasional multi-pihak dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS.
- c. Mengintegrasikan kegiatan pencegahan dengan kegiatan pelayanan, dukungan dan pengobatan.
- d. Mengintegrasikan program VCT bagi ibu hamil yang berisiko.
- e. Meningkatkan akses terhadap pelayanan, dukungan dan pengobatan.
- f. Mengembangkan program perawatan, pengobatan dan dukungan bagi ODHA pada program *community/family based care* penanggulangan HIV/AIDS.
- g. Meningkatkan keadilan dan kesetaraan gender.
- h. Sosialisasi human right dalam penyediaan pelayanan dan pengobatan ODHA.

3. Kegiatan Yang Dilaksanakan.

<i>Kegiatan pokok</i>	<i>Indikator</i>
1. Advokasi pada pengambil	1. adanya dukungan dari pengambil

<p>kebijakan dan pembentuk opini baik di tiap level administrasi dalam rangka penanggulangan HIV/AIDS bagi anak.</p> <p>2. Peyusunan strategi nasional penanggulangan HIV/AIDS</p> <p>3. Kerjasama dengan Badan POM dan pabrik farmasi untuk penyediaan obat murah dan terjangkau.</p> <p>4. Meningkatkan pengetahuan siswa, warga belajar maupun mahasiswa mengenai bahaya HIV/AIDS (<i>Life Skill Education</i>).</p> <p>5. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman para tenaga pendidik, guna mendukung pelaksanaan tugas sebagai ujung tombak pencegahan HIV/AIDS (<i>Life Skill Education</i>).</p> <p>6. Promosi dan KIE peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja dan keluarganya dalam</p>	<p>keputusan pada tiap level administrasi.</p> <p>2. telah tersusunnya strategi nasional penanggulangan HIV/AIDS</p> <p>3. Tersedianya obat yang murah dan mudah dijangkau oleh masyarakat.</p> <p>4. Mengembangkan Pusat Pelayanan Informasi dan Konsultasi KRR termasuk HIV/AIDS di setiap kabupaten/kota</p> <p>5. 90 persen tahun 2005, 95 persen tahun 2010, 100 persen tahun 2015, guru/tenaga pendidik telah dilatih gaya hidup sehat untuk pencegahan HIV/AIDS.</p> <p>6. 90 persen tahun 2005, 95 persen tahun 2010, 100 persen tahun 2015, kelompok umur 15 –24 tahun mendapat informasi, pendidikan termasuk <i>peer education</i> tentang pencegahan dan penularan HIV/AIDS</p> <p>7. 90 persen tahun 2005, 95 persen tahun 2010, 100 persen tahun 2015, kelompok umur 15–24 tahun mendapat informasi, kesehatan reproduksi.</p>
--	--

<p>penanggulangan HIV/AIDS melalui <i>broadcasting</i> (media elektronik, cetak, tradisional) dan narrow casting (kelompok keluarga/seminar dan Komunikasi Inter-Personal/Konseling (KIP/K).</p>	<p>8 Melakukan skrining antibodi HIV terhadap seluruh darah donor.</p> <p>9 90 persen tahun 2005, 95 persen tahun 2010, 100 persen tahun 2015 kelompok remaja mendapat KIE tentang dampak buruk akibat Napza suntik..</p>
<p>7. Promosi perilaku seksual aman</p>	<p>10 15 Kab/kota tahun 2005, 25 kab/kota tahun 2010, 50 kab/kota tahun 2015 Tersedianya layanan VCT.</p>
<p>8. Penyediaan darah transfusi yang aman (Skrining seluruh darah donor)</p>	<p>11 30 persen tahun 2005, 40 persen tahun 2010, 50 persen tahun 2015 ibu hamil dengan HIV(+) di kab/kota prevalensi tinggi mendapat PMTCT</p>
<p>9. <i>Harm reduction</i>/ mengurangi dampak buruk akibat Napza suntik</p>	<p>12 Tahun 2005, terdapat kemajuan yang bermakna dalam pelaksanaan perawatan dan pengobatan ODHA, termasuk perawatan oleh keluarga dan masyarakat (<i>Medical, paliative</i> dan psikososial)</p>
<p>10.Penyediaan layanan VCT bagi mereka yang berisiko</p>	<p>13 80 persen ibu hamil memiliki akses terhadap perawatan sebelum lahir dan informasi serta konseling pelayanan pencegahan HIV termasuk pencegahan penularan dari ibu kepada bayinya (PMTCT).</p>
<p>11.Melaksanakan pengobatan pencegahan penularan infeksi HIV dari ibu kepada bayinya (PMTCT)</p>	
<p>12.Peyananan, dukungan dan Pengobatan ODHA</p>	
<p>13.Pelayanan kesehatan reproduksi</p>	

<p>14. Memperkuat perawatan keluarga dan masyarakat termasuk disediakan oleh sektor informal dan pelayanan kesehatan baik medis, paliatif dan psiko-sosial dan monitor pengobatan ODHA termasuk anak</p>	<p>14 Th 2003 mengesahkan, mendukung atau menegakkan peraturan anti diskriminasi terhadap ODHA (terhadap pendidikan, pemilikan, pekerjaan, perawatan kesehatan, layanan sosial dan kesehatan, pencegahan dukungan dan pengobatan).</p>
<p>15. Hukum perlindungan yang berkaitan dengan HIV/AIDS/ peraturan perundangan</p>	<p>15 Menurunkan prevalensi HIV pada kelompok umur 15 – 24 sebesar 20 persen tahun 2007 dan 25 persen pada tahun 2010 dan 30 persen pada tahun 2015.</p> <p>16. Menurunkan proporsi bayi yg terinfeksi HIV sebesar 20 persen pada tahun 2005 dan 50 persen pada tahun 2010 dan 70 persen pada tahun 2015.</p>

4. Perkiraan Investasi.

Diperkirakan biaya untuk sektor kesehatan sebesar 0,7 persen GNP (Data Bappenas). Perkiraan biaya penanggulangan HIV/AIDS secara keseluruhan 1 persen dari biaya sektor kesehatan. Perkiraan biaya penanggulangan HIV/AIDS pada anak sebesar 10 persen dari biaya penanggulangan HIV/AIDS keseluruhan.

5. Lingkup Program.

Program Nasional Penanggulangan HIV/AIDS mempunyai tiga kepedulian utama yang tak terpisahkan dan saling mengisi :

- a. Mengamankan upaya peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM) dari dampak negatif HIV/AIDS.
- b. Menggerakkan kegiatan perorangan, keluarga dan masyarakat di seluruh Indonesia untuk pencegahan penyebaran virus HIV/AIDS secara luas.
- c. Menjamin pengobatan, perawatan dan pelayanan pendukung (support services) yang secara teknis dapat dipertanggung jawabkan, manusiawi, berkeadilan dan tidak diskriminatif bagi mereka yang hidup dengan dan yang meninggal karena AIDS serta lingkungan terdekatnya (keluarga, teman sekerja dan sepergaulan).

Hal ini membutuhkan serangkaian kegiatan yang dapat dilaksanakan oleh pemerintah, lembaga-lembaga dan kelompok-kelompok non-pemerintah termasuk organisasi masyarakat dan lembaga swadaya masyarakat dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kondisi sosial budaya masyarakat setempat. Perjalanan penyakit dari saat sebelum infeksi sampai kematian membutuhkan intervensi beraneka ragam. Untuk itu, lingkup program yang utama adalah sebagai berikut :

- a. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE).

Kegiatan ini bertujuan untuk :

- 1) Melaksanakan pendidikan dan memberikan informasi yang tepat dan benar tentang HIV/AIDS kepada masyarakat luas agar dapat mengembangkan sikap dan perilaku positif untuk melindungi dirinya dan orang lain dari penularan HIV;
- 2) Mengembangkan jiwa dan semangat saling membantu dan non diskriminasi terhadap para mengidap HIV/penderita AIDS serta lingkungannya yang terdekat : isteri/suami, keluarga, teman sekerja dan sepergaulan;
- 3) Memberikan penjelasan luas tentang Kebijakan dan Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia serta pelaksanaannya sesuai situasi dan kondisi setempat.

Dalam hal ini, yang menjadi kelompok sasaran KIE adalah :

1) Masyarakat Umum.

Masyarakat umum perlu dibekali dengan informasi dasar tentang HIV/AIDS yang pada hakekatnya sama untuk semua orang, mencakup cara-cara penularan, kemungkinan dampaknya (bagi perorangan, keluarga dan bangsa), cara-cara pencegahan untuk melindungi diri dan orang lain. Informasi dasar tersebut perlu keanekaan dalam metoda dan penekanan tertentu agar sesuai untuk rakyat Indonesia yang beraneka ragam keadaan sosial budayanya. Kelompok-kelompok masyarakat dan LSM berperan khusus dan sangat penting dalam upaya memenuhi kebutuhan masyarakat luas akan pendidikan dan informasi yang tepat dan benar.

2) Petugas kesehatan (pemerintah, swasta dan masyarakat)

Petugas kesehatan mempunyai peran majemuk dan menentukan dalam program penanggulangan HIV/AIDS yang meliputi : pemberian informasi dasar tentang penularan dan penyebaran HIV serta cara pencegahannya, pemeriksaan untuk deteksi dini, motivasi pasien untuk pemeriksaan HIV sukarela dan melakukan konseling yang tepat. Selain itu, mereka juga harus melaksanakan kewaspadaan (universal precautions) dalam perawatan penderita untuk melindungi dirinya dan penderita lain. Untuk itu mereka secara khusus perlu mendapat latihan dan dibekali dengan informasi yang tepat.

3) Perorangan dan Lembaga-lembaga.

Perorangan/lembaga-lembaga yang mempunyai peranan khusus dan penting dalam gerakan pendidikan pencegahan HIV/AIDS misalnya, para guru dan pemimpin/pemuka-pemuka agama dan masyarakat, lembaga keagamaan dan media massa.

4) Wanita dan remaja.

Wanita dan remaja penting sekali baik sebagai anggota masyarakat yang dalam hidup sehari-hari rawan terhadap penularan HIV/AIDS tetapi juga berpotensi sebagai pendidik dan motivasi yang sangat ampuh.

5) Orang beresiko tinggi.

Orang-orang yang pekerjaan atau gaya hidupnya menyebabkan mereka menghadapi kemungkinan resiko lebih tinggi untuk ketularan dan menularkan HIV seperti misalnya : para tuna susila, pasangan dari suami/isterinya, pecandu narkotika suntikan dan orang-orang tertentu yang karena pekerjaannya menyebabkan dia terpisah dari keluarga untuk waktu lama dan melibatkan diri dalam hubungan seksual dengan "pasangan sementara".

6) Para pengidap HIV dan penderita AIDS.

Para pengidap HIV dan penderita AIDS penting untuk diberi pengetahuan tentang hidup dengan penyakitnya dan cara-cara untuk mencegah penularan kepada orang lain.

b. Tindakan Pencegahan.

- 1) Tujuan utama kegiatan dalam lingkup program tindakan pencegahan ini adalah : menjamin tersedianya peralatan, pelayanan, informasi dan dukungan untuk setiap orang yang ingin melindungi dirinya dan orang lain terhadap penularan HIV. Kegiatan lingkup ini merupakan tindak lanjut dari program Komunikasi Informasi Edukasi yaitu untuk membantu orang melangkah dari "mengerti" kepada "berbuat". Kerjasama

yang erat antara pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, organisasi masyarakat dan badan internasional terkait mutlak dibutuhkan.

- 2) Kaitan yang erat antara penyakit hubungan seksual (PHS) lainnya dengan kepekaan terhadap infeksi HIV telah terbukti di seluruh dunia. Karena itu identifikasi dan pengobatan PHS merupakan aspek yang sangat penting dalam strategi nasional penanggulangan HIV/AIDS.
- 3) Salah satu tindakan yang penting untuk pencegahan penularan virus HIV adalah pemeriksaan darah setiap donor, agar darah yang ditransfusikan bebas "HIV". Bilamana ternyata ada yang HIV positif, donor yang bersangkutan berhak untuk diberitahukan disertai konseling yang tepat.

Berbagai permasalahan seperti meningkatkan kemampuan dan ketrampilan wanita untuk mendiskusikan serta ber "negoisasi" tentang hal-hal yang berkaitan dengan hubungan seksual, perlindungan anak-anak terhadap eksploitasi seksual, penyediaan dan pemanfaatan kondom dan lain-lain, merupakan unsur-unsur penting dalam pelaksanaan yang efektif dari kebijaksanaan ini, karena masalahnya sangat kompleks dan sensitif, maka penelitian dari kegiatan penanggulangan harus berjalan bersama dan saling mendukung.

c. Pengujian (*testing*) dan konseling.

Tujuan dari lingkup program ini adalah untuk menentukan apakah seseorang telah terkena infeksi HIV dan membantu memberikan informasi dan nasehat praktis serta dukungan moral kepada orang yang membutuhkan, baik mereka yang takut, sudah ketularan maupun kepada keluarga dan lingkungan pergaulannya yang terdekat.

Pada prinsipnya, testing untuk diagnosa HIV selalu harus secara sukarela, hasilnya dirahasiakan, dan disertai dengan konseling sebelum dan sesudah testing. Konseling memegang peranan yang sangat penting untuk membantu mereka yang takut (baik beralasan maupun tidak), mereka yang sudah terinfeksi (HIV positif), isteri/suami/pasangannya, dan bila perlu keluarga dan lingkungan pergaulannya yang terdekat. Pada dasarnya konseling harus dilaksanakan pada saat testing untuk diagnosa pertama kali dan setiap kali dibutuhkan sepanjang perjalanan penyakit guna membantu penderita dan keluarganya untuk menjalani hidup dengan HIV/AIDS sampai tiba saat ajalnya.

Kualitas konseling sangat penting untuk keberhasilan upaya penanggulangan HIV/AIDS yang manusiawi di Indonesia, oleh karena itu, harus dilaksanakan upaya untuk menjamin agar metoda dan isi konseling tepat guna, konsisten berkuaitas, dirahasiakan dan dilaksanakan dalam lingkungan dan suasana yang mendukung.

Program testing dan konseling dilaksanakan oleh pemerintah, swasta maupun LSM. Secara selektif LSM di dorong untuk mendirikan klinik umum sebagai sarana testing dan konseling yang efektif. Supervisi untuk menjamin kualitas pelaksanaan dan hasil testing, maupun koordinasi informasi hasil-hasilnya akan berada ditangan lembaga yang independen yang ditetapkan khusus untuk itu. Testing dan konseling keduanya merupakan lingkup program yang membutuhkan staf, ketrampilan dan perlengkapan yang khusus. Karena itu perlu disediakan latihan, anggaran dan sarana yang memadai sesuai kebutuhan.

d. Pengobatan, pelayanan dan perawatan.

Tujuan kegiatan-kegiatan dalam lingkup program ini adalah :

- 1) Menjamin pengobatan, pelayanan dan perawatan yang berkelanjutan pada saat dibutuhkan dengan ciri-ciri : berperikemanusiaan, tidak diskriminatif, cepat dan tepat;
- 2) Merijamin keamanan pribadi bagi mereka yang memberikan pelayanan kepada para pengidap HIV dan penderita AIDS.

Yang menjadi kepedulian dalam program ini adalah:

- 1) Pengidap HIV dan penderita AIDS dari awal sakit sampai kematiannya, termasuk pelayanan jenazah dan penguburannya;
- 2) Lingkungannya yang terdekat yaitu keluarga, teman sekerja dan sepergaulannya;
- 3) Pemberi layanan/perawatan baik tenaga-tenaga profesional maupun keluarga yang merawat/melayani di rumah; bidang kesehatan, ekonomi, sosial, psikologis dan lain-lain. Konseling yang sudah dimulai saat testing, dilanjutkan dan diberikan sesuai kebutuhan penderita dan keluarganya. Sedapat mungkin, kegiatan dalam lingkup program ini juga berusaha mengembangkan ketrampilan dan komitmen dari keluarga dan anggota masyarakat untuk memberikan perawatan dan layanan di rumah dan dalam masyarakat (“home and community based care”).

Penyusunan peraturan perundang-undangan dan standar untuk perawatan dan pengelolaan kasus “case management”) yang etis, teknis tepat, tidak diskriminatif dan berperikemanusiaan perlu segera diupayakan sesuai prinsip-prinsip dasar Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS ini.

e. Penelitian dan Kajian.

Tujuan kegiatan-kegiatan dalam lingkup program ini adalah melaksanakan penelitian dan kajian yang berkualitas (objektif, bertanggungjawab dan andal) serta mengupayakan penyebarluasan

dan pemantauan hasil-hasilnya secara tepat dan bertanggung jawab, untuk mendukung Strategi Nasional.

Penanggulangan HIV/AIDS dan pelaksanaannya baik lokal, nasional maupun internasional. Penelitian dan kajian dalam strategi nasional ini diarahkan antara lain untuk :

- 1) Pengembangan/penyempurnaan kebijaksanaan, strategi maupun program; untuk ini dibutuhkan penelitian/kajian untuk memahami penyebab dan perjalanan penyakit, mengetahui cara-cara/metodologi upaya penanggulangan yang efektif dan efisien, menemukan terobosan baru, serta cara untuk mengatasi masalah teknis operasional;
- 2) Monitoring perkembangan epidemi diseluruh wilayah Indonesia;
- 3) Memahami dan mengembangkan cara-cara untuk mengatasi berbagai masalah teknis medis, sosial, hukum, agama, ekologis dan lain-lain.

Penelitian dan kajian dibutuhkan dalam skala nasional, regional dan internasional maupun dalam lingkup yang lebih kecil seperti kelompok orang atau wilayah dengan gaya hidup, perilaku dan kepercayaan tertentu. Untuk itu perlu keterlibatan dan kepedulian sektor pemerintah dan swasta.

Koordinasi penyebarluasan dan pendayagunaan hasil-hasil penelitian baik lokal, nasional, regional maupun internasional sangat penting untuk menghindari biaya yang tinggi dan duplikasi kegiatan. Berbagai lembaga penelitian di Indonesia memegang peranan penting dalam upaya ini.

f. Monitoring dan evaluasi.

Tujuan kegiatan monitoring dan evaluasi adalah untuk :

- 1) memantau perkembangan penyebaran HIV/AIDS dan pelaksanaan upaya-upaya/kegiatan dalam lingkup strategi ini di seluruh Indonesia;
- 2) Mengadakan penilaian dan analisa terhadap situasi epidemi dan pelaksanaan Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS untuk dimanfaatkan bagi penyempurnaan rencana dan kegiatan selanjutnya. “Sentinel seroprevalence surveillance” adalah program testing selektif pada kelompok tertentu untuk mendapatkan informasi tentang skala, distribusi dan kecenderungan (‘trend’) perkembangan infeksi HIV dalam masyarakat. Hal ini dibutuhkan untuk perencanaan dan pengembangan kebijaksanaan, dan program yang efektif, dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS secara nasional maupun lokal.

Karena pentingnya kegiatan monitoring dan evaluasi dalam strategi ini, maka dalam penyusunan setiap rencana kegiatan dari semua organisasi dan kelompok, harus dianggarkan waktu, dana dan tenaga untuk monitoring dan evaluasi. Komisi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS bertanggung jawab untuk monitoring dan evaluasi secara nasional.

6. Peran dan Tanggung Jawab Pemerintah dan Masyarakat.

Efektivitas upaya nasional untuk menanggulangi ancaman HIV/AIDS di Indonesia tergantung pada kerjasama semua pihak. Rencana yang rinci dan tanggung jawab operasional akan dikembangkan untuk masing-masing kegiatan namun secara garis besar pembagian tugas dan tanggung jawab adalah sebagai berikut :

- a. Pemerintah.
 - 1) Tingkat Pusat.

Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat sebagai Ketua Komisi dibantu oleh beberapa Menteri sebagai Wakil Ketua dan Anggota, mengkoordinasikan penyusunan rencana kebijakan nasional tentang pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dengan titik berat pada ketahanan keluarga. Tugas dan tanggung jawab Komisi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS secara rinci adalah :

- a) Membina dan menyediakan layanan teknis dan layanan sosial yang dibutuhkan program penanggulangan HIV/AIDS berada di luar jangkauan/kemampuan masyarakat;
 - b) Bekerjasama dengan para mitra dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS, dengan mengembangkan petunjuk-petunjuk yang tepat untuk menjamin pengelolaan kasus dan pelayanan langsung yang merata dan berkualitas, sesuai kebutuhan;
 - c) Mengembangkan dan memelihara lingkungan dan tata cara kerja yang mendorong, memudahkan dan mendukung kegiatan penanggulangan HIV/AIDS yang kreatif dan bertanggung jawab dilakukan oleh berbagai kelompok masyarakat dan lembaga non pemerintah.
- 2) Tingkat Propinsi dan Kabupaten/Kotamadya.

Upaya penanggulangan HIV/AIDS di daerah dipimpin oleh Gubernur Kepala Daerah Tingkat I, Bupati/Walikota KDH TK II, dengan peran aktif para pejabat Pemerintah dari sektor terkait, wakil-wakil dari lembaga dan Organisasi Non Pemerintah serta universitas/lembaga pendidikan tinggi di daerah. Tugas dan tanggung jawab Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Daerah adalah :

- a) Memimpin, mengelola dan mengkoordinasikan kegiatan penanggulangan HIV/AIDS di daerah;
- b) Mengidentifikasi lokasi/wilayah yang potensial untuk penyebaran HIV/AIDS yang lebih cepat;
- c) Menghimpun, menggerakkan dan memanfaatkan sumber-sumber daya secara efektif;
- d) Menjamin alokasi anggaran/dana untuk penanggulangan HIV/AIDS dari sumber-sumber lokal;
- e) Secara efektif dan efisien memanfaatkan sumber daya dan dana baik yang berasal dari tingkat pusat, daerah, masyarakat maupun luar negeri;
- f) Membantu dan memudahkan upaya masyarakat, lembaga dan Organisasi Non Pemerintah dalam memobilisasi sumber daya dan dana untuk kegiatan penanggulangan HIV/AIDS.

3) Tingkat Kecamatan.

Upaya pananggulangan HIV/AIDS di Tingkat Kecamatan dipimpin oleh Camat,dengan kerjasama para pelaksana sektor terkait, wakil-wakil dari masyarakat lembaga dan Organisasi Non Pemerintah setempat. Tugas dan tanggung jawab Camat dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS di Kecamatan adalah:

- a) Memimpin, mengelola dan mengkoordinasikan kegiatan penanggulangan HIV/AIDS di kecamatannya.
- b) Mengidentifikasi lokasi/wilayah yang potensial untuk penyebaran HIV/AIDS yang lebih cepat.
- c) Menghimpun menggerakkan dan memanfaatkan sumber daya dan dana setempat secara efektif dan membantu kelancaran upaya masyarakat dan lembaga/Organisasi Non Pemerintah dalam kegiatan penanggulangan HIV/ AIDS.

4) Tingkat Kelurahan dan desa.

Lurah/Kepala Desa memegang peran kunci dalam memimpin pelaksanaan pencegahan/penanggulangan HIV/AIDS dalam wilayahnya masing-masing. Tugas dan fungsinya adalah :

- a) Mendorong upaya masyarakat dan memberikan kemudahan untuk kegiatan kelompok-kelompok masyarakat sesuai jiwa dan semangat Strategi Nasional.
- b) Bekerjasama dengan perangkat pemerintah untuk menjamin pelaksanaan kegiatan yang efektif dan efisien program penanggulangan HIV/AIDS ditingkat Kelurahan dan Desa.

b. Masyarakat.

1) Rumah tangga dan keluarga.

Keluarga merupakan unit sosial yang sangat penting untuk mengembangkan pola perilaku yang sehat dan bertanggung jawab dan yang memberikan pelayanan dan dukungan pertama dan utama bagi mereka yang hidup dengan HIV/AIDS.

Keluarga sebagai unit terkecil masyarakat perlu ditingkatkan ketahanannya dengan meningkatkan dan memantapkan peran serta fungsi-fungsi keluarga agar ikut bertanggung jawab membina anggotanya untuk mencegah penularan HIV/AIDS serta tidak bersikap diskriminatif terhadap pengidap HIV/serta penderita AIDS.

2) Lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan Organisasi/Lembaga Non Pemerintah.

LSM dan Organisasi/lembaga Non Pemerintah memainkan peranan yang penting dan diakui sebagai mitra setara dalam usaha nasional untuk penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Untuk menjangkau orang-orang dan kelompoknya, dengan kebutuhan khusus antara lain kelompok remaja, agama, wanita,

profesi yang biasanya tidak atau sulit-terjangkau oleh petugas pemerintah. Untuk mendukung kegiatan LSM, Organisasi/Lembaga Non Pemerintah secara optimal dapat dikembangkan pusat data dan informasi serta jaringan kerjasama yang efektif.

c. Dunia usaha/swasta.

Peranan dunia usaha/swasta sebagai mitra setara dalam usaha Nasional Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia sangat penting untuk mempercepat dan memperluas jangkauan upaya penanggulangan HIV/AIDS dalam lingkungan sendiri serta menunjang dana, sarana, tenaga ahli dan lain-lain upaya penanggulangan HIV/AIDS Nasional.

7. Kerjasama Internasional.

Indonesia mendukung sepenuhnya upaya penanggulangan HIV/AIDS secara global. Sebagai negara anggota WHO, kebijaksanaan nasional AIDS Indonesia dikembangkan sesuai dan selaras dengan "WHO Global AIDS Strategy".

Pengalaman negara-negara tetangga Indonesia, ASEAN dan Australia dalam penanggulangan HIV/AIDS sangat luas dan penting, sehingga bermanfaat untuk dipelajari oleh Indonesia. Karena lalu lintas dan mobilitas manusia yang tinggi, maka penting sekali dilakukan kerjasama dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS secara regional dan internasional.

Badan-badan Internasional, Donor dan NGO (Non Governmental Organization) internasional berperan penting sebagai mitra dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Koordinasi kerjasama Internasional dilakukan oleh Komisi Penanggulangan HIV/AIDS dengan kerjasama Bappenas.

8. Pendanaan

Pendanaan untuk kegiatan yang dikembangkan dalam Strategi Nasional ini, bersumber pada APBN, APBD Tk I, APBD Tk II, sumbangan masyarakat, dunia usaha dan bantuan kerjasama luar negeri.

D. MEDIA PENCEGAHAN DAN PROMOSI KESEHATAN / STRATEGI KOMUNIKASI DALAM UPAYA PENANGGULANGAN HIV/AIDS.

1. Alasan Indonesia Memerlukan Strategi Komunikasi untuk Penanggulangan HIV dan AIDS.

Sejak kasus pertama HUV ditemukan di Indonesia pada tahun 1987, telah banyak usaha untuk mencegah penyebaran infeksi. Namun, pada era tahun 1990an, pemangku kepentingan di pemerintahan Indonesia dan masyarakat sipil kurang memahami sifat dasar dari epidemic HIV dan AIDS sehingga respons awalnya adalah dengan mengadakan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) untuk mengontrol HIV dan AIDS. Pada tahun 1996, Komisi Nasional AIDS membangun pedoman nasional untuk informasi, edukasi dan komunikasi dalam pengendalian HIV dan AIDS. Akan tetapi implementasi dari program ini masih bersifat sporadis, terbatas, kurang terarah dan kurang terkoordinasi.

Walaupun upaya komunikasi mengenai HIV dan AIDS telah dilakukan lebih dari 10 tahun, tetapi sumber daya yang diberikan pada tugas dan pekerja strategis ini belum cocok dengan inti permasalahannya. Kasus HIV juga terus meningkat di sebagian besar daerah. Penyebab langsung dari infeksi HIV umumnya adalah perilaku manusia yang menggunakan jarum secara bergantian oleh penasun dan seks yang tidak terproteksi kondom, bahkan seringkali dengan beberapa pasangan. Termasuk di dalamnya adalah laki-laki yang berhubungan Penjaja Seks Perempuan (PSP) dan Penjaja seks

Laki-laki (PSL), serta waria. Terkait dengan fakta bahwa HIV pertama kali muncul dalam kelompok tersebut, maka muncullah stigma dan diskriminasi terhadap mereka. Mereka diidentikkan dengan orang yang hidup dengan HIV dan AIDS (ODHA). Hal ini meningkatkan keengganan petugas pemerintah dan masyarakat untuk ikut berperan aktif. HIV dan AIDS terlihat sebagai hasil dari perilaku yang bersifat amoral dari kelompok-kelompok tersebut. Opini ini menciptakan lingkungan yang tidak menyenangkan bagi pengembangan dan pelaksanaan upaya-upaya komunikasi baru dalam mencegah penyebaran HIV dan AIDS di Indonesia. Dahulu terdapat kondisi, dan dalam beberapa kasus masih ada, kurangnya dialog antara petugas pemerintah Indonesia dengan kelompok-kelompok yang paling mengalami dampaknya. Selain itu banyak upaya komunikasi yang dilakukan pemerintah Indonesia, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan pihak lainnya yang hanya memiliki skala kecil dan tidak berdasarkan pada penelitian dan data yang akurat.

2. Faktor yang Menyebabkan Kurang Suksesnya Upaya Komunikasi.

Terdapat beberapa faktor yang menyumbangkan kurang suksesnya upaya komunikasi ini, yaitu :

- a. Program biasanya didesain kurang tepat dan dilaksanakan dengan cara yang bersifat *ad hoc*.
- b. Kurangnya partisipasi dari populasi kunci yang paling terkena dampak, dalam mendefinisikan dan menentukan strategi komunikasi-media, saluran, materi dan metoda.
- c. Upaya yang dilakukan tidak memperhatikan budaya, status sosio ekonomi dan kondisi dari sasarannya serta rintangan yang mereka hadapi untuk merubah keadaan. Hal ini sebenarnya dapat diidentifikasi melalui penelitian formatif dan penelitian baseline.

- d. Oleh karenanya pesan yang disampaikan oleh program-program ini sering kali tidak tepat.
- e. Program yang ada biasanya tidak terhubung dengan upaya pemberian layanan yang lebih baik.
- f. Umumnya tidak ada indicator, rancangan serta metode pengawasan dan evaluasi yang jelas.

Selain itu, terdapat pula beberapa tantangan dalam mengkomunikasikan HIV dan AIDS, yakni :

- a. Kurangnya konsistensi antara pesan, perencanaan materi dan metode komunikasi.
- b. Kesulitan dalam melakukan identifikasi secara akurat atas rentang dan cakupan program, serta problem yang harus ditangani.
- c. Kesulitan dalam merencanakan, mengarahkan dan mensinkronisasikan program-program yang ada agar memiliki sinergi.

3. Peran Komunikasi Dalam Respons Nasional.

Komunikasi memiliki peran mendasar yang harus dijalankan untuk mencapai tujuan dari Strategi Nasional. Komunikasi strategi terdiri dari 3 komponen penting, yaitu : advokasi, mobilisasi social dan komunikasi perubahan perilaku (Behavior Change Communication/ BCC). Advokasi ditujukan khususnya untuk para pembuat kebijakan dan mengambil keputusan serta organisasi dan lembaga yang relevan, agar mereka merubah sikap dan cara pandang mereka untuk mengembangkan dan mengimplementasikan kebijakan baru yang dapat mempengaruhi upaya pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV dan AIDS. Mobilisasi social adalah proses mendapatkan mitra dan mengembangkan aliansi untuk memperluas respons terhadap HIV dan AIDS. Komunikasi perubahan perilaku meliputi pendekatan-pendekatan yang terarah dan terancang

baik untuk mengubah perilaku pihak-pihak yang paling terkena dampak dan kelompok yang paling rawan.

4. Media/Saluran dan Materi/Metoda.

Media/saluran dan materi/metoda yang paling baik adalah yang mungkin untuk diaplikasikan. Program-program terlalu sering langsung meletakkan focus pada penciptaan materi, tanpa mempertimbangkan peserta program ataupun cara penyampaian materi dan pesan. Terdapat ketergantungan yang berlebihan terhadap pesan yang disampaikan. Diperlukan penekanan yang lebih dalam metoda dan materi yang melibatkan pembahasan yang dalam, serta interaksi dengan para penentu keputusan dan populasi kunci, termasuk peserta sekunder dan tersier. Metoda-metoda ini memiliki kemungkinan lebih besar untuk memicu dan menghasilkan perubahan social dan perubahan perilaku. Berikut ini adalah beberapa rekomendasi untuk advokasi dan komunikasi perubahan perilak, yang apabila digabungkan dengan rekomendasi-rekomendasi dalam analisis partisipasi, dapat membantu untuk membentuk pilihan akhir:

a. Advokasi Rekomendasi Umum.

Aktivitas advokasi di Indonesia selama ini dilakukan secara sporadic. Kesuksesan program pencegahan HIV dan AIDS sangat bergantung pada hasil advokasi-advokasi tersebut. Hambatan utama yang sering dihadapi oleh program, penyedia jasa dan ODHA di Indonesia adalah kurangnya dukungan dan komitmen dari pada pembuat kebijakan, khususnya para pembuat kebijakan di tingkat nasional dan juga di beberapa provinsi. Hal ini mungkin disebabkan oleh pemahaman yang kurang mengenai HIV dan AIDS, dan mengenai bagaimana penyakit epidemic ini mempengaruhi pembangunan dan masa depan di Indonesia, jika tidak ada tindakan serius untuk menghentikan penyebarannya.

Oleh karena itu diperlukan program advokasi yang begitu mengena sasaran yang ditargetkan untuk :

- 1) Mempromosikan pemahaman tentang HIV dan AIDS, dan kesadaran dikalangan pembuat kebijakan tentang dampak kurangnya usaha melawan HIV dan AIDS.
- 2) Mempromosikan komitmen yang nyata untuk pencegahan HIV dan AIDS dengan cara menyediakan dana, menciptakan hokum dan regulasi yang berkaitan, fasilitas serta mendukung program-program yang berhubungan dengan pencegahan HIV dan AIDS.
- 3) Mendukung para pembuat kebijakan, terutama pada bidang eksekutif, untuk mengundang partisipasi masyarakat, komunitas bisnis, media dan badab-badan internasional.
- 4) Mendukung partisipasi aktif dan terbuka dari pada pembuat kebijakan dalam kampanye public yang berhubungan dngan pencegahan HIV dan AIDS untuk menghapus stigma dan diskriminasi. Serta meningkatkan kesadaran dalam pencegahan dan perlindungan dalam lingkungannya masing-masing, baik dalam rumah maupun tempat kerja.

Berikut beberapa strategi komunikasi dalam upaya advokasi diantaranya adalah:

- 1) Komunikasi antar pribadi yang terarah.

Strategi ini juga dikenal dengan “melobi” yang tergolong paling efektif secara biaya. Para pemimpin lebih sering terpengaruh oleh cara-cara antar pribadi dibandingkan dengan cara-cara lain. Namun, jika pembuat kebijakan atau penjaga gerbang adalah objek kunci advokasi, diperlukan identifikasi yang seksama mengenai individu yang mungkin mempengaruhi beliau. Seorang advocator seharusnya

mengikuti rapat yang bertujuan untuk meningkatkan komitmen politik untuk kebijakan dan Program HIV/AIDS, dengan mengetahui respon untuk pertanyaan “apa yang anda inginkan yang mesti saya lakukan?”

2) Presentasi Tentang Dampak AIDS.

Salah satu cara untuk mendapatkan perhatian pemimpin politik maupun social, adalah dengan menunjukkan dampak HIV dan AIDS terhadap demografi secara keseluruhan, ekonomi makro, dan trend perkembangan social di Indonesia. Ketika dihadapkan dengan proyeksi masalah yang jelas, berdasarkan data yang baik, para pemimpin lebih mungkin untuk terajak untuk memberikan dukungan mereka untuk suatu tujuan tertentu. Sebaliknya, presentasi slide yang terlalu teknis dan panjang, lebih mungkin untuk membuat para pemimpin tidak tertatik.

3) Bahan Cetakan yang Sederhana.

Cetakan materi yang sederhana dan disain dengan baik akan efektif untuk memperjelas poin-poin yang ingin disampaikan termasuk tindakan-tindakan yang dapat dilakukan oleh pemimpin tersebut. Salah satu bentuk materi yang paling efektif adalah yang seukuran kantong (berukuran kecil), warna-warni dan terjilid dengan rapi, tulisan di dalamnya mengandung poin-poin inti dengan bulletin dan gambar atau grafik yang mudah difahami. Para pemimpin membutuhkan informasi yang dapat diakses. Tujuan dari upaya ini adalah mengadvokasikan kepada mereka, agar mereka dalam waktu dekat juga akan menjadi advocator untuk pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Jika para pemimpin dihormati, mereka akan memiliki dampak dan pengaruh yang besar terhadap pernyataan public dan bawahan mereka yang

secara lebih lanjut dapat mempengaruhi public dalam skala besar.

- 4) **Jumpa Pers dan Pelatihan Media Elektronik dan Cetak.**
Strategi ini disebut juga dengan “advokasi media”, yang dianjurkan untuk memperluas dukungan politik dan social. Para pemimpin mengetahui bahwa media memiliki peran yang besar dalam membentuk opini public. Media yang baik dan komprehensif seperti Koran, radio, televisi, dan program opini public akan mempengaruhi para pemimpin dengan cara memaparkan fakta dan opini yang baru. Akan muncul persepsi dalam diri para pemimpin bahwa rakyat yang mereka wakili juga mengetahui fakta-fakta baru tersebut.
- 5) **Menyelenggarakan Pertemuan Umum.**
Acara umum, termasuk konferensi, workshop dan rapat yang mendiskusikan kebijakan umum atau hasil riset telah terlalu sering digunakan dalam program HIV dan AIDS. Jika acara-acara tersebut dirancang dengan baik, akan tercipta sebuah acara untuk para pemimpin politik dan social untuk menyatakan atau menegaskan komitmen mereka untuk melawan HIV dan AIDS. Para pemimpin mengetahui bahwa masyarakat ingin mendengarkan posisi mereka dalam isu-isu tertentu. Pemanfaatan yang strategis dari acara-acara tersebut, meliputi pemilihan tempat, peserta dan pemberiyahuan yang tepat kepada para pemimpin. Sebuah konferensi pers yang berbobot, teratur, dipersiapkan dan disampaikan dengan baik, dapat memperluas advokasi kepada para pemimpin pada level yang lebih rendah maupun kepada masyarakat umum.
- 6) **Bekerja Sama dengan ODHA Untuk Sebuah Perubahan.**
Bekerja sama dengan ODHA sebagai juru bicara untuk program-program HIV dan AIDS dan melibatkan mereka dalam perencanaan intervensi, dapat menjadi salah satu

strategi paling efektif untuk memecahkan keheningan dan mengatasi stigma., juga untuk meningkatkan komitmen/keinginan politis untuk perubahan kebijakan dan lingkungan yang mendukung. Akan sangat menguntungkan jika para juru bicara tersebut adalah orang-orang yang dihormati, yang tidak diduga terjangkit HIV dan AIDS. Menggunakan politis, pemimpin agama atau selebriti dalam panggung yang sama dengan ODHA dapat mengirimkan pesan yang kuat untuk para pemimpin politik, agama atau komunitas level rendah, juga kepada masyarakat umum. Para pemimpin dapat tergugah untuk ikut tertlibat dengan mengetahui pengalaman pribadi seseorang yang hidup dengan HIV dan AIDS positif, ataupun yang sudah meninggal akibat HIV dan AIDS.

7) Isu-isu Kunci yang Harus Disampaikan.

Dalam advokasi, isu-isu kunci yang harus disampaikan mungkin banyak dan bervariasi, bergantung pada mitra, aliansi atau penjaga gerbang yang terlibat. Berikut adalah beberapa contoh umum:

- a) Bertindak sebelum terlambat, atau sebelum virus menyebar lebih luas ke masyarakat secara umum dan berdampak terhadap kehidupan social, ekonomi dan budaya.
- b) Menyadari konsekuensi biaya dan biaya potensial bagi kesempatan dari beberapa intervensi yang berbeda dan hubungannya dengan layanan-layanan yang sudah ada, maupun kebutuhan akan layanan-layanan baru.
- c) Mengharapkan dampak positif dari tindakan-tindakan tersebut, berdasarkan proyeksi sosio-ekonomi, serta biaya yang harus dibayar dari ketiadaan tindakan yang berkepanjangan.

- d) Mengambil tindakan yang menghasilkan perubahan, termasuk mempengaruhi pihak-pihak tertentu untuk mengubah hukum dan kebijakan.
- e) Menyampaikan masalah “perilaku berisiko”, bukan “kelompok berisiko” untuk menghindari terbentuknya stigma terhadap kelompok masyarakat yang banyak terkenal HIV dan AIDS.
- f) Menggunakan pendekatan “ABC” yang seimbang, di tempat-tempat yang mungkin diaplikasikan.
- g) Penting untuk memecahkan keheningan pada tabu-tabu social dan membuka diskusi pada isu-isu tersebut.
- h) Respon gabungan yang bersifat multi sektoral itu sangat penting. Kita perlu menghadapi dan menyelesaikan masalah ini bersama.
- i) Layanan kesehatan dan sosial perlu mengembangkan kemampuannya untuk menghadapi tantangan yang baru ini, umumnya dengan tingkat pendanaan dan pelatihan yang lebih tinggi.
- j) Hubungan baik dengan ODHA sangat penting dan ODHA harus dilibatkan dalam seluruh aspek dari respon nasional.

b. Komunikasi Perubahan Perilaku (Rekomendasi Umum)

Tujuan umum dari komunikasi perubahan perilaku dalam program-program HIV/AIDS adalah untuk menghasilkan perubahan perilaku individu juga perubahan sosial pada tingkat komunitas. Berikut merupakan beberapa bentuk komunikasi perubahan perilaku :

1) Media Massa.

Hiburan edukatif; music, video music, video pendidikan, televise, program radio, dan hiburan berbasis komunitas adalah hal-hal yang populer pada semua kalangan umur. Sinetron

dalam radio dan TV lebih populer pada kalangan dewasa. Hal tersebut menjadi alat yang sangat baik untuk program-program pencegahan HIV/AIDS melalui penggunaan drama, variety show, kuis dan game show. Banyak program telah menggunakan alat-alat media tersebut untuk memberika informasi tentang HIV/AIDS kepada para pemuda, dan juga motivasi untuk menerpkan perilaku sehat dan mencegah risiko, hiburan pendidikan juga dapat digunakan untuk mengarahkan masyarakat pada layanan tertentu. Di Indonesia, seri drama radio yang dipersiapkan dengan baik bertemakan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS harus mulai difikirkan. Hal tersebut dapat diciptakan dalam Bahasa Indonesia dan bahasa-bahasa daerah dengan biaya yang wajar.

2) Iklan Layanan Masyarakat (ILM).

Hampir semua tujuan komunikasi dapat di dukung dengan iklan layanan masyarakat yang dipersiapkan dan dirancang dengan baik. Program tersebut harus dilambangkan dengan sebuah logo yang memberikan tingkat keterlihatan dan identifikasi yang baik untuk program tersebut. Namun, jika ILM digunakan secara salah malah akan meningkatkan stigma.

3) **Media Massa Khusus yang Berhubungan dengan Media Lokal.**

Hal ini memfokuskan pada poin-poin kunci infeksi, dengan menggunakan serangkaian promosi dan kegiatan pendidikan – hiburan yang meliputi pendidikan pencegahan, penguatan pesan-pean inti, termasuk pemasangan poster, tanda-tanda dan acara promosional bertarget lainnya. Ini seharusnya terjadi bersamaan dengan proses kelompok pendidikan serta distribusi kondom dan pelicin, juga konseling/bimbingan individu.

4) Koran dan Majalah.

Produksi dan distribusi Koran dan majalah khusus yang ditargetkan pada pemuda atau kelompok-kelompok lain tentang HIV/ AIDS, kesehatan reproduksi dan tema-tema pemuda yang populer, harus dipikirkan. Yang diinginkan adalah untuk menarik perhatian pembaca-pembaca muda untuk memperhatikan isu-isu dan perlindungan, mulai dari HIV melalui sesuatu yang mereka baca dengan senang hati sebagai hiburan.

5) Internet.

Internet dapat menjadi alat bagi orang-orang untuk bertemu dan bersosialisasi. Internet telah digunakan sebagai alat memperluas jaringan terutama di kalangan pemuda dan kelompok-kelompok yang ingin tetap undercover. Internet juga dapat digunakan untuk menyebarkan informasi tentang pencegahan HIV dan lokasi pelayanan.

6) Short Message Service

Perjanjian dapat dibuat dengan perusahaan dan provider telepon seluler untuk mengirimkan SMS tentang isu-isu social yang penting, seperti pencegahan HIV.

5. Beberapa Saluran, Materi dan Metode Lain.

a. Pendidikan Sebaya.

Alasan menggunakan pihak sebaya dibandingkan dengan tenaga professional untuk menyampaikan pesan-pesan pencegahan adalah bahwa kawan sebaya sering lebih mampu mendapatkan kepercayaan peserta/pendengar, suatu hal yang sulit didapatkan oleh pihak-pihak luar. Pihak sebaya yang terlatih dengan baik dari kalangan pemuda dan ODHA, biasanya akan cenderung untuk tidak menilai atau menghakimi orang berdasarkan perilaku seks dan pilihan hidup, dibandingkan dengan tenaga professional.

Pendidik dari pihak sebaya dapat membagi pengetahuan dan keahlian kepada peserta sebaya mengenai pentingnya menahan diri untuk berhubungan, pengurangan pasangan, penggunaan kondom yang tepat, cara persuasi menggunakan kondom, serta strategi mengatasi kekerasan dan stigma. Mereka juga dapat mendistribusikan kondon dan materi serta menyediakan jasa. Mereka dapat bekerja di sekolah-sekolah, klub-klub pemuda, di jalanan, bar ataupun hotel.

b. Pendidikan Keterampilan Hidup Didalam dan Luar Sekolah.

Sekolah merupakan tempat ideal untuk menjangkau para pemuda dalam jumlah besar untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi, baik pada jam sekolah maupun melalui klub-klub sekolah, seperti kegiatan ekstra kurikuler dan aktivitas-aktivitas berbasis komunitas. Program-program seperti ini harus dimulai sedini mungkin, pada tahap SD, sebelum anak-anak tersebut mulai putus sekolah, UNICEF telah memulai mengembangkan strategi tersebut untuk Indonesia.

c. Berkomunikasi Melalui Layanan Kesehatan Reproduksi Dengan Ramah.

Klinik kesehatan reproduksi dapat menjadi saluran yang baik untuk mencapai para perempuan dan gadis muda, dalam beberapa kasus, juga untuk laki-laki muda dan dewasa, dengan konseling/bimbingan dan informasi seputar HIV. Klinik-klinik harus dibuat menjadi pihak yang bersifat menerima dan ramah, dengan cara pelatihan staf tentang pelayanan pasien dan penyediaan materi.

d. Komunikasi Antar Pribadi dan Konseling (KAPK).

Komunikasi antar pribadi dan konseling yang dilakukan oleh badan penyedia jasa kesehatan, social dan pendidikan, merupakan strategi kunci untuk mengkomunikasikan tentang ABC, VCT (untuk tes sebelum dan sesudah) dan penggunaan ART. Peralatan KAPK

untuk pekerja medis dapat berisi instruksi bimbingan, brosur, serta video tentang metoda konseling yang benar dan yang salah untuk klinik-klinik, yang ditargetkan untuk meyakinkan para pasien/pengunjung agar bersedia untuk melakukan tes. Materi-materi tersebut membutuhkan kurikulum dan pelatih yang baik untuk melatih para penyedia jasa medis. Ini sangat dibutuhkan di Indonesia karena kemampuan komunikasi antar pribadi dan konseling yang buruk akan membuat orang-orang yang khawatir mereka terinfeksi, justru takut berkunjung.

e. Peran Tokoh Panutan Melalui Saluran Olahraga.

Lelaki mudah menyimak, menghormati dan sering berusaha menyamakan perilaku tokoh-tokoh olahraga, yang berperan sebagai panutan. Para penggemar dan komunitas, pada saat tertentu, seharusnya menerima pesan-pesan yang memotivasi mereka untuk mempelajari tentang cara melindungi diri mereka dan keluarga mereka terhadap HIV dan AIDS. Ini akan berasal dari tokoh-tokoh olah raga yang berbicara tentang topik-topik seperti keuntungan menahan diri dari hubungan seks, atau mengapa penggunaan kondom secara konsisten merupakan pilihan yang bijak. Strategi ini didasarkan oleh ide bahwa atlet-atlet laki-laki yang berprofil tinggi, dapat melewati hambatan yang sering terjadi ketika ingin memberi informasi kepada lelaki pada umumnya tentang isu HIV dan AIDS, serta mendukung mereka untuk tidak segan mencari bantuan untuk masalah kesehatan, bertanggung jawab atas perilaku mereka yang berisiko dan masalah kesehatan reproduksi, termasuk penggunaan kondom.

f. Komunikasi Antar Pribadi dan Kelompok.

Diskusi kelompok yang terfasilitasi dengan baik dapat menjadi alat yang baik dan efektif untuk sebuah perubahan. Karena stigma umumnya didasari oleh ketidaktahuan dan ketakutan, sangat penting bagi intervensi-intervensi komunikasi untuk menciptakan

dialog dan kontak individu antara ODHA dan orang-orang yang tidak terinfeksi dalam diskusi-diskusi kelompok.

g. Saluran Komunikasi dan Sarana untuk Refleksi dan Tindakan.

LSM dan lembaga-lembaga berbasis komunitas membutuhkan metoda dan alat yang fleksibel dan sudah terbukti. Fokus seharusnya diarahkan pada peningkatan dialog tentang HIV dan AIDS dalam komunitas, menghubungkan orang-orang ke layanan kesehatan dan layanan komunitas, serta mendukung layanan-layanan tersebut menjadi proaktif.

h. Buku-Buku Komik.

Buku-buku komik telah terbukti sangat berhasil dalam mengirim pesan dengan cara yang menyenangkan, terutama untuk para pemuda. Cerita-cerita dalam komik harus ditulis dan dipersiapkan dengan baik, dan harus lebih mengandung lebih banyak cerita daripada pesan-pesan langsung. Mereka dapat digunakan untuk memicu diskusi di kalangan pemuda, sering dipandu oleh fasilitator.

i. Video Dengan Panduan.

Video hiburan pendidikan yang menggambarkan sebuah cerita dengan cara yang menggugah dapat dibuat untuk keperluan pendidikan kelompok. Representasi dramatis tentang kehidupan orang-orang biasa yang bersusah payah hidup dengan pencegahan HIV dan AIDS dan menghadapi stigma, dapat bersifat efektif untuk memunculkan diskusi dalam kelompok. Buku panduan atau brosur harus dirancang untuk para fasilitator agar video digunakan dengan cara yang paling efektif secara mendidik.

j. Penilaian Partisipatif.

Penilaian partisipatif komunitas dapat digunakan sebagai intervensi komunikasi perubahan perilaku dan juga sumber informasi untuk pengembangan strategi komunikasi perubahan perilaku lebih

lanjut. Hal tersebut membuka dan memberitahukan informasi mengenai kebutuhan komunitas, asset, serta aspirasi yang merupakan fondasi program berbasis komunitas yang cocok dan efektif.

k. Hiburan Edukatif Berbasis Komunitas.

Strategi hiburan pendidikan berjalan dengan baik ditingkat komunitas melalui saluran seperti teater, olahraga dan acara-acara music. Metoda-metoda hiburan pendidikan paling efektif ketika dikoordinasikan dengan komponen-komponen program berbasis komunitas lainnya.

l. FM dan Radio Komunitas.

Media masa lokal seperti stasiun radio lokal dan stasiun radio komunitas mungkin efektif, tetapi jarang memiliki personil dan kapasitas teknis untuk mengembangkan secara berkelanjutan program HIV dan AIDS. Dokumentasi, drama, dan surat berita regular tentang isu-isu HIV dan AIDS dapat memberikan isi yang berharga.

m. Drop-in Center dan Penjangkauan.

Para pemuda atau level lainnya dapat merasa tidak nyaman mengakses jasa klinik dalam setting klinik, atau mungkin tidak sadar bahwa mereka dalam keadaan berisiko dan harus mencari bantuan. Banyak kelompok dan intervensi proyek telah memberikan ruang yang aman dan nyaman untuk mendapatkan informasi, dukungan, konseling, kondom, dan pelicin, ataupun jasa klinik. Drop-in center harus didirikan di lokasi yang nyaman untuk kelompok rawan tersebut dan harus buka pada waktu-waktu ketika paling dibutuhkan.

7. Komunikasi Perubahan Perilaku Tentang Isu Kunci Untuk Disampaikan.

a. Hal yang harus diinformasikan kepada para penjaja seks.

- 1) Tekankan informasi tentang risikoinfeksi HIV.
- 2) Komunikasikan tentang manfaat dan penggunaan kondom yang benar.
- 3) Perkuat kemampuan negosiasi pemakaian kondom.
- 4) Tekankan informasi tentang pentingnya perlindunganpasangan tetap.
- 5) Promosikan VCT dan penanganan IMS.

b. Hal yang harus diinformasikan kepada LSL dan Waria.

- 1) Kuatkan pandangan mereka bahwa HIV tidak dapat terlihat, oleh karena itu gunakan pelindung seperti kondom saat berhubungan bebas.
- 2) Komunikasikan dengan jelas bahwa semua seks penetrative yang tidak terlindungi berisiko.
- 3) Jelaskan pandangan yang tidak tepat mengenai seks oral.
- 4) Promosikan metode non-penetratif.
- 5) Informasikan bahwa kondom harus digunakan secara benar dan konsisten.

c. Hal Yang Harus Diinformasikan kepada ODHA.

- 1) Luruskan informasi yang tidak tepat mengenai transmisi dan konsep lain yang dapat menstigmatisasi.
- 2) Tekankan pentingnya rasa kasih dan solidaritas.
- 3) Libatkan pemimpin kepercayaan dan tradisional yang memiliki ketertarikan untuk mengembangkan cara yang tepat untuk penanganan stigma dan pencegahan.
- 4) Tangani masalah norma jender dan praktik tradisional yang berbahaya.
- 5) Tentukan pesan-pesan yang dapat dilaksanakan mengenai kekerasan seksual dan seks transaksional dan antar generasi.

- 6) Promosikan metoda penanganan berbasis rumah dan strategi berbasis komunitas yang sukses bagi penderita.
- 7) Promosikan VCT, penanganan IMS dan penanganan infeksi oportunistik.
- 8) Tekankan bahwa semua orang memiliki risiko, bukan hanya mereka yang diidentifikasi sebagai kelompok berisiko tinggi.
- 9) Focus pada perilaku berisiko, bukan kelompok berisiko.
- 10) Klarifikasi bahwa kontak biasa dengan ODHA tidak mentransmisikan HIV.
- 11) Ikut sertakan ODHA asimtomatik dalam upaya pencegahan dan komunikasi visual untuk mendemonstrasikan bahwa “kamu tidak akan tahu jika hanya dari penglihatan.
- 12) Komunikasikan bahwa ODHA dapat memiliki hidup yang panjang, positif dan sehat jika mereka memiliki pilihan perawatan dan dukungan.
- 13) Tekankan hak asasi manusia dan rasa kasih sayang.

d. Hal Yang Perlu Diinformasikan Kepada Laki-laki dan Perempuan Dalam Jender.

- 1) Kesamaan jender dengan jelas.
- 2) Komunikasikan dengan sensitive bahwa ketidakseimbangan kekuasaan dalam hubungan dapat meningkatkan risiko HIV.
- 3) Tingkatkan efektivitas diri melalui tokoh panutan.
- 4) Identifikasi dan tampilkan penyimpangan positif dalam program.
- 5) Promosikan dialog terbuka.
- 6) Libatkan orang tua.

e. Hal Yang Perlu Diinformasikan Kepada Generasi Muda.

- 1) Motivasi generasi muda untuk tidak melakukan hubungan seks diluar nikah.

- 2) Tingkatkan pengetahuan dan pandangan mereka mengenai HIV/AIDS sehingga mereka juga dapat menyampaikan ke teman-teman lainnya tentang upaya pencegahan agar jangan sampai terkena.
- 3) Bangun rasa saling terbuka antara orang tua dan anak.
- 4) Bina hubungan baik antara orang tua, remaja dan pemangku agama.
- 5) Motivasi generasi muda untuk mengutamakan pendidikan.
- 6) Motivasi generasi muda untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan upaya pencegahan HIV/AIDS.
- 7) Mengkomunikasikan pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, N. (2011). *Sosiologi dan Politik*. Jakarta : Rajawali Pers
- Behrman, dkk. (2000). *Ilmu Kesehatan Anak Nelson*, Edisi 15. Jakarta : EGC
- Betz, Cecily L. (2002). *Keperawatan Pediatri*. Jakarta : EGC
- Doenges, Marilyn. E. (2001). *Rencana Keperawatan Maternal / Bayi*, Edisi 2. Jakarta : EGC
- Hutapea, R. (2011). *AIDS, PMS dan Perkosaan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2008). *Strategi Komunikasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia*. Jakarta : KPAN
- Kumalasari, I & Andhyantoro, I. (2012). *Kesehatan Reproduksi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam & Kurniawati, N.D. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV / AIDS*. Jakarta : Salemba Medika
- Pertiwi, S. (2011). *Asuhan Postpartum pada Perempuan dengan HIV/AIDS*. Bandung : Compac Female.
- Rampengan & Laurentz. (2000). *Ilmu Penyakit Tropik pada Anak*. Jakarta : EGC
- Ratminah, M, Sinar. P. (2011). *Asuhan Antenatal Pada Perempuan dengan HIV/AIDS*. Bandung : Compac Female
- Robbins, dkk. (2003). *Dasar Patologi Penyakit*, Edisi 5. Jakarta : EGC
- RSUD Dr. Soetomo. (2000), *Instalasi Rawat Inap Anak*. Surabaya : FK UNAIR
- Sunarto, K. (2004). *Pengantar Ilmu Sosiologi*. Jakarta : Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia
- Syahlan, JH. (2001). *AIDS dan Penanggulangan*. Jakarta : Studio Driya Media