

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Persepsi

##### 1. Pengertian

Persepsi adalah interpretasi yang tinggi terhadap lingkungan manusia dan mengolah proses informasi tersebut “*Human interpret their surroundings on a higher percive their word through information processing*” (Wilson, 2000).

Poerwadarminto (2005) memberi pengertian persepsi adalah sebagai tanggapan langsung dari sesuatu atau persepsi merupakan proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui panca indra. Hal ini dapat diartikan persepsi adalah tanggapan diri manusia yang menunjukkan bagaimana kita melihat, mendengar, merasakan, memberi serta meraba (kerja indra) di sekitar kita.

Widayatun (2002) menjelaskan bahwa pertama terjadinya persepsi adalah karena adanya obyek atau stimulus yang merangsang untuk ditangkap oleh panca indra lalu dibawa ke otak, kemudian dari otak terjadi “kesan” atau jawaban (*response*) yang dibalikkan ke indra kembali berupa “tanggapan” berupa pengalaman hasil pengolahan otak. Proses terjadinya persepsi ini perlu perhatian (*attention*).

Dapat disimpulkan bahwa pengertian persepsi adalah suatu pandangan individu terhadap suatu objek yang diperoleh dengan

menyimpulkan informasi atau menafsirkan pesan yang diterima melalui panca indra.

## 2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi

Thoha (1993) berpendapat bahwa persepsi pada umumnya terjadi karena dua faktor, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal berasal dari dalam diri individu, misalnya sikap, kebiasaan, dan kemauan. Sedangkan faktor eksternal adalah faktor-faktor yang berasal dari luar individu yang meliputi stimulus itu sendiri, baik sosial maupun fisik.

Dijelaskan oleh Robbins (2003) bahwa meskipun individu-individu memandang pada satu benda yang sama, mereka dapat mempersepsikannya berbeda-beda. Ada sejumlah faktor yang bekerja untuk membentuk dan terkadang memutar-balikkan persepsi. Faktor-faktor ini dari pelaku persepsi (*perceiver*), objek atau yang dipersepsikan dan konteks dari situasi dimana persepsi itu dilakukan.

Berbeda dengan persepsi terhadap benda mati seperti meja, mesin atau gedung, persepsi terhadap individu adalah kesimpulan yang berdasarkan tindakan orang tersebut. Objek yang tidak hidup dikenai hukum-hukum alam tetapi tidak mempunyai keyakinan, motif atau maksud seperti yang ada pada manusia. Akibatnya individu akan berusaha mengembangkan penjelasan-penjelasan mengapa berperilaku dengan cara-cara tertentu. Oleh karena itu, persepsi dan penilaian individu terhadap seseorang akan cukup banyak dipengaruhi oleh pengandaian-pengandaian yang diambil mengenai keadaan internal orang itu (Robbins, 2003).

Gilmer dalam Hapsari (2004) menyatakan bahwa persepsi dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain faktor belajar, motivasi, dan pemerhati perseptor atau pemersepsi ketika proses persepsi terjadi. Dan karena ada beberapa faktor yang bersifat yang bersifat subyektif yang mempengaruhi, maka kesan yang diperoleh masing-masing individu akan berbeda satu sama lain.

Persepsi individu dipengaruhi oleh faktor fungsional dan struktural. Faktor fungsional ialah faktor-faktor yang bersifat personal. Misalnya kebutuhan individu, usia, pengalaman masa lalu, kepribadian, jenis kelamin, dan hal-hal lain yang bersifat subjektif. Faktor struktural adalah faktor di luar individu, misalnya lingkungan, budaya, dan norma sosial sangat berpengaruh terhadap seseorang dalam mempresepsikan sesuatu Hapsari (2004).

Dari uraian di atas dapat ditarik sebuah kesimpulan, bahwa persepsi dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan eksternal, yaitu faktor pemersepsi (*perceiver*), obyek yang dipersepsi dan konteks situasi persepsi dilakukan.

## **B. Perawat**

### **1. Pengertian**

Sesuai dengan Kepmenkes RI No. 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat, perawat adalah seorang yang telah lulus pendidikan perawat, baik didalam maupun di luar negri sesuai dengan

ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Jadi dari pengertian perawat tersebut dapat artikan bahwa seorang dapat dikatakan sebagai perawat dan mempunyai tanggungjawab sebagai perawat manakala yang bersangkutan dapat membuktikan bahwa dirinya telah menyelesaikan pendidikan perawat baik diluar maupun didalam negeri yang biasanya dibuktikan dengan ijazah atau surat tanda tamat belajar. Dengan kata lain orang disebut perawat bukan dari keahlian turun temurun, melainkan dengan melalui jenjang pendidikan perawat (Kusnanto, 2004).

Perawat atau *nurse* berasal dari bahasa latin yaitu dari kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Menurut Harley (1997) menjelaskan pengertian dasar seorang perawat yaitu seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dan melindungi seseorang karena sakit, injuri dan proses penuaan. Perawat profesional adalah perawat yang bertanggung jawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya.

Perawat adalah seorang yang telah selesai mengikuti pendidikan formal keperawatan yang telah disahkan oleh pemerintahan RI untuk menjalankan tugas dan tanggung jawab keperawatan secara profesional dan sesuai dengan kode etik keperawatan (Pedoman Pelayanan Keperawatan RSUP Haji Adam Malik, 2002).

Dapat disimpulkan bahwa perawat adalah seseorang yang telah lulus dari pendidikan keperawatan yang mempunyai tugas dan tanggungjawab secara profesional.

## 2. Peran

Menurut Doheny (1982) didalam buku pengantar profesi dan praktik keperawatan profesional (Kusnanto,2004) mengidentifikasi beberapa elemen peran perawat profesional, meliputi :

- a. *Care giver*, sebagai pemberi asuhan keperawatan.
- b. *Client advocate*, sebagai pembela untuk melindungi klien.
- c. *Counsellor*, sebagai pemberi bimbingan/ konseling klien.
- d. *Educator*, sebagai pendidik klien.
- e. *Collaborator*, sebagai anggota tim kesehatan yang dituntut untuk dapat bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain.
- f. *Coordinator*, sebagai koordinator agar dapat memanfaatkan sumber-sumber dan potensi klien.
- g. *Change agent*, sebagai pembaharu yang selalu dituntut untuk mengadakan pembaharuan-pembaharuan.
- h. *Consullant*, sebagai sumber informasi yang dapat membantu memecahkan masalah klien.

## C. HIV/AIDS

### 1. Pengertian

Menurut Green (2007) HIV Merupakan singkatan dari *Human Immune Deficiency Virus*. Disebut *human* (manusia) karena virus ini hanya dapat menginfeksi manusia, *immuno-deficiency* karena efek virus ini adalah melemahkan kemampuan sistem kekebalan tubuh untuk melawan segala penyakit yang menyerang tubuh, termasuk golongan virus karena salah satu karakteristiknya adalah tidak mampu memproduksi diri sendiri, melainkan memanfaatkan sel-sel tubuh. Sel darah putih manusia sebagai sel yang berfungsi untuk mengendalikan atau mencegah infeksi oleh virus, bakteri, jamur, parasit dan beberapa jenis kanker diserang oleh HIV yang menyebabkan turunnya kekebalan tubuh sehingga mudah terserang penyakit.

AIDS singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. *Acquired* berarti diperoleh karena orang hanya menderita bila terinfeksi HIV dari orang lain yang sudah terinfeksi. *Immune* berarti sistem kekebalan tubuh, *Deficiency* berarti kekurangan yang menyebabkan rusaknya sistem kekebalan tubuh dan *syndrome* berarti kumpulan gejala akibat kekurangan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang disebabkan oleh virus yang disebut HIV Green (2007).

### 2. Pathofisiologi

HIV termasuk kelompok retrovirus, virus yang mempunyai enzim (protein) yang dapat merubah RNA, materi genetiknya, menjadi DNA.

Green (2007) berpendapat kelompok retrovirus karena kelompok ini membalik urutan normal yaitu DNA diubah (*replikasi*) menjadi RNA. Setelah menginfeksi RNA HIV berubah menjadi DNA oleh enzim yang ada dalam virus HIV yang dapat mengubah RNA virus menjadi (*reversetranscriptas*) sehingga dapat disisipkan ke dalam DNA sel-sel manusia. DNA itu kemudian dapat digunakan untuk membuat virus baru (*virion*), yang menginfeksi sel-sel baru, atau tetap tersembunyi dalam sel-sel yang hidup panjang, atau tempat penyimpanan, seperti limfosit sel-sel CD4 (sel T-pembantu) yang istirahat sebagai target paling penting dalam penyerangan virus.

Sel CD4 adalah salah satu tipe dari sel darah putih yang bertanggung jawab untuk mengendalikan atau mencegah infeksi oleh banyak virus yang lain, bakteri jamur dan parasit dan juga beberapa jenis kanker. Kemampuan HIV untuk tetap tersembunyi dalam DNA dari sel-sel manusia yang hidup lama, tetap ada seumur hidup membuat infeksi menyebabkan kerusakan sel-sel CD4 dan dalam waktu yang panjang jumlah CD4 menurun menjadi masalah yang sulit untuk ditangani bahkan dengan pengobatan efektif (Gallant, 2010).

Apabila sudah banyak sel T4 yang hancur, terjadi gangguan imunitas seluler, daya kekebalan penderita menjadi terganggu/cacat sehingga kuman yang tadinya tidak berbahaya atau dapat dihancurkan oleh tubuh sendiri (infeksi oportunistik) akan berkembang lebih leluasa dan menimbulkan penyakit yang serius pada akhirnya penyakit ini dapat

menyebabkan kematian. Apalagi sudah masuk ke dalam darah, HIV dapat merangsang pembentukan antibodi dalam sekitar 3-8 minggu setelah terinfeksi pada periode sejak seseorang kemasukan HIV sampai terbentuk antibodi disebut antibodi jendela (*window periode*). Periode jendela ini sangat perlu diketahui oleh karena sebelum antibodi terbentuk di dalam tubuh, HIV sudah ada di dalam darah penderita dan keadaan ini juga sudah dapat menularkan kepada orang lain (Yayasan Pelita Ilmu, 2012).

Cara pemeriksaan yang umum dipakai ialah dengan pemeriksaan darah serologi dengan cara ELISA (*Enzym Linked Immunosorbent Assay*) dan cara pemeriksaan penentu dengan teknik *western blot* (WB). Pertama kali dilakukan tes ELISA apabila hasil negatif berarti tidak terinfeksi HIV walaupun hasil itu negatif bila baru saja terinfeksi belum lama berselang. Bila tes memberi hasil positif laboratorium melakukan tes kedua dengan *western blot* (WB), bila kedua hasil tes terlihat positif maka penderita disebut seropositif atau HIV positif. Jika pemeriksaan ELISA Positif dan WB tidak dapat menentukan dengan pasti atau tidak sepenuhnya negatif namun tidak positif juga ada dua kemungkinan penyebab tes tidak dapat menentukan dengan pasti yaitu pertama kemungkinan baru terinfeksi dan dalam masa perkembangan serologi positif dalam waktu 1 bulan. Kedua mungkin negatif tetapi hasil tes tidak pasti dengan alasan yang tidak akan pernah diketahui dan bila tes tetap tidak pasti selama 1 sampai 3 bulan berarti tidak terinfeksi, hasil positif 90% dalam waktu 3 bulan dan 100% dalam waktu 6 bulan (Gallant, 2010).



### 3. Tahap-Tahap Perjalanan

Perjalanan infeksi HIV, jumlah limfosit T-CD4, jumlah virus dan gejala klinis menurut Nasrudin (2007) melalui 3 fase, yaitu :

#### a. Fase infeksi akut (*Acute Retroviral Syndrome*)

Setelah HIV menginfeksi sel target, terjadi proses replikasi yang menghasilkan virus-virus baru (virion) jumlah berjuta-juta virion. Begitu banyaknya virion tersebut memicu munculnya sindrom infeksi akut dengan gejala yang mirip sindrom semacam flu. Diperkirakan bahwa sekitar 50 sampai 70% orang terinfeksi HIV mengalami sindrom infeksi akut (ARS) selama 3 sampai 8 minggu setelah terinfeksi virus dengan gejala umum yaitu demam, faringitis, limfadenopati, mialgia, malaise, nyeri kepala, diare dengan penurunan berat badan. HIV juga sering menimbulkan kelainan pada sistem saraf. Pada fase akut terjadi penurunan limfosit T (CD4) yang dramatis yang kemudian terjadi kenaikan limfosit T karena mulai terjadi respon imun. Jumlah limfosit T-CD4 pada fase ini di atas  $500 \text{ sel/mm}^3$  dan kemudian akan mengalami penurunan setelah 8 minggu terinfeksi HIV.

#### b. Fase infeksi laten

Pembentukan respon imun spesifik HIV dan terperangkapnya virus dalam Sel Dendritik Folikuler (SDF) dipusat perminativum kelenjar limfe menyebabkan virion dapat dikendalikan, gejala hilang dan mulai memasuki fase laten (tersembunyi). Pada fase ini jarang

ditemukan virion di plasma sehingga jumlah virion di plasma menurun karena sebagian besar virus terakumulasi di kelenjar limfe dan terjadi replikasi di kelenjar limfe sehingga penurunan limfosit T terus terjadi walaupun virion di plasma jumlahnya sedikit. Pada fase ini jumlah limfosit T-CD4 menurun hingga sekitar 500 sampai 200 sel/mm<sup>3</sup>. Meskipun telah terjadi sero positif individu umumnya belum menunjukkan gejala klinis (*asintomatis*) fase ini berlangsung sekitar rata-rata 8-10 tahun (dapat juga 5-10 tahun).

c. Fase infeksi kronis

Selama berlangsungnya fase ini, didalam kelenjar limfe terus terjadi replikasi virus yang diikuti kerusakan dan kematian SDF karena banyaknya virus. Fungsi kelenjar limfe sebagai perangkap virus menurun atau bahkan hilang dan virus dicurahkan kedalam darah. Pada fase ini terjadi peningkatan jumlah virion secara berlebihan didalam sirkulasi sistemik respon imun tidak mampu meredam jumlah banyak. Terjadi penurunan limfosit T ini mengakibatkan sistem imun menurun dan pasien semakin rentan terhadap berbagai macam penyakit infeksi sekunder. Perjalanan penyakit semakin progresif yang mendorong kearah AIDS, infeksi sekunder yang sering menyertai adalah pneumonia, TBC, sepsis, diare, infeksi virus herpes, infeksi jamur kadang-kadang juga ditemukan beberapa jenis kanker yaitu kanker kelenjar getah bening.

#### 4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis infeksi HIV merupakan gejala dan tanda pada tubuh host akibat intervensi HIV. Manifestasi gejala dan tanda dari HIV menurut Nursalam (2007) dapat dibagi menjadi 4 stadium, yaitu :

##### a. Stadium pertama (infeksi akut HIV)

Sejak HIV masuk ke dalam tubuh akan menimbulkan gejala yang sangat sulit dikenal karena menyerupai gejala influenza saja, berupa demam, rasa letih, nyeri otot dan sendi, nyeri telan. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif disebut periode jendela, lama periode jendela antara 3-8 minggu bahkan ada yang berlangsung sampai 6 bulan.

##### b. Stadium kedua

Asimptomatik berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Penderita tampak sehat tetapi jika diperiksa darahnya akan menunjukkan sero positif kelompok ini sangat berbahaya karena dapat menularkan HIV ke orang lain. Keadaan ini dapat berlangsung antara 8-10 bahkan 5-10 tahun.

##### c. Stadium ketiga

Pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*) tidak hanya muncul pada satu tempat saja dan berlangsung lebih 1 bulan biasanya disertai demam, diare, berkeringat pada malam hari, lesu dan berat badan menurun pada

kelompok ini sering disertai infeksi jamur kandida sekitar mulut dan herpes zoster.

d. Stadium keempat (AIDS)

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit antara penyakit saraf dan penyakit infeksi sekunder. Gejala klinis pada stadium AIDS dibagi antara lain :

- 1) Gejala Utama atau mayor.
  - a) Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan.
  - b) Diare kronis lebih dari 1 bulan berulang maupun terus menerus.
  - c) Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam 1 bulan
  - d) Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis.
  - e) Ensefalopati HIV.
- 2) Gejala tambahan atau minor.
  - a) Batuk kronis selama lebih dari 1 bulan.
  - b) Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur kandida albicans.
  - c) Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita.
  - d) Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap diseluruh tubuh.
  - e) Munculnya herpes zoster berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh.

## 5. Cara Penularan

AIDS dikelompokkan dalam Penyakit Menular Seksual (PMS) karena paling banyak ditularkan melalui hubungan seksual (90%). Cairan tubuh yang paling banyak mengandung HIV adalah semen (air mani) dan cairan vagina/serviks serta darah, cairan mani yang keluar melalui penis pada laki-laki dan vagina pada perempuan sebagai perantara yang paling tinggi menularkan penyakit HIV karena bagian penis dan vagina memiliki struktur lapisan epitel skuamukosa tipis yang mudah ditembusi oleh kuman HIV sampai ke dalam jaringan ikat yang melalui 3 jalur yang melibatkan cairan tubuh tersebut, yaitu :

- a. Transeksual atau jalur hubungan seksual (homoseksual/heteroseksual).
- b. Transhorisontal atau jalur pemindahan darah atau produk darah seperti transfusi darah, melalui alat suntik, alat tusuk tato, tindik, alat bedah, dokter gigi, alat cukur dan melukai luka halus di kulit dan jalur transplantasi alat tubuh.
- c. Transvertikal atau jalur transplasental yaitu janin dalam kandungan ibu hamil dengan HIV positif akan tertular (infeksi transplasental) dan infeksi perinatal melalui ASI atau virus HIV dapat ditemukan dalam air liur, air mata tetapi penularan melalui bahan ini belum terbukti kebenarannya karena jumlah HIV-nya sangat sedikit. HIV juga tidak menular lewat jabat tangan, bercium pipi, bersin/batuk, dekat penderita AIDS, berenang bersama dalam satu kolam renang, hidup serumah

dengan pengidap HIV tanpa hubungan seksual, hewan seperti nyamuk, kutu busuk dan serangga lainnya belum terbukti dapat menularkan HIV.

## 6. Cara Pencegahan

Dengan mengetahui cara penularan HIV/AIDS dan sampai saat ini belum ada obat yang mampu memusnahkan HIV/AIDS maka lebih mudah melakukan pencegahannya.

### a. Prinsip ABCDE yaitu:

A = Abstinence (puasa seks, terutama bagi yang belum menikah).

B = Be faithful (setia hanya pada satu pasangan atau menghindari berganti-ganti pasangan).

C= Use Condom (gunakan kondom selalu bila sudah tidak mampu menahan seks).

D= Drugs No (jangan gunakan narkoba).

E= sterilization of Equipment (selalu gunakan alat suntik steril).

### b. Voluntary conseling testing

VCT merupakan satu pembinaan dua arah atau dialog yang berlangsung tak terputus antar konselor dan kliennya dengan tujuan untuk mencegah penularan HIV, memberikan dukungan moral, informasi serta dukungan lainnya kepada ODHA, keluarga dan lingkungannya. VCT mempunyai tujuan, yaitu :

1) Upaya pencegahan HIV AIDS.

2) Upaya untuk mengurangi kegelisahan, meningkatkan persepsi atau pengetahuan mereka tentang faktor-faktor resiko penyebab seseorang terinfeksi HIV.

3) Upaya mengembangkan perubahan perilaku, sehingga secara dini mengarahkan mereka menuju ke program pelayanan dan dukungan termasuk akses terapi antiretroviral (ARV), serta membantu mengurangi stigma dalam masyarakat.

4) Universal Precautions (UPI)

Universal precautions adalah tindakan pengendalian infeksi yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan untuk mengurangi resiko penyebaran infeksi serta mencegah penularan HIV/AIDS bagi petugas kesehatan dan pasien.

5) UPI perlu diterapkan dengan tujuan untuk :

- a) Mengendalikan infeksi secara konsisten.
- b) Memastikan standar adekuat bagi mereka yang tidak di diagnosis atau terlihat seperti beresiko.
- c) Mengurangi resiko bagi petugas kesehatan dan pasien.
- d) Asumsi bahwa resiko atau infeksi berbahaya.

Upaya perlindungan dapat dilakukan melalui cuci tangan, alat pelindung, pemakaian antiseptik, dekontaminasi, pembersihan dan sterilisasi atau disterilisasi atau desinfektan tingkat tinggi untuk peralatan bedah, sarung tangan, dan benda lain.

## 7. Pengobatan

Sampai saat ini, belum ada obat yang bisa menyembuhkan AIDS. Obat yang ada hanya memperpanjang hidup penderita. Obat Antiretroviral (ARV) seperti Zidovudin (ZDV), Didanosin (DDI) dan Stavudin, bukan pengobatan yang menyembuhkan namun semuanya bekerja menghambat enzimprotease terbaru seperti ritonavir, saquinavir dan indinavir yang mencegah virus membuat partikel baru. Virus hanya ditekan selama obat diminum secara teratur, jika berhenti mengkonsumsi ARV penyakit akan muncul lagi jadi sekali obat ini diminum seharusnya terus-menerus diminum seumur hidup. Obat terbaru dan menjanjikan adalah eufufirit yang berfungsi sebagai penghambat pelepasan HIV yang menghalangi virus ini melekat pada sel T. bila dikombinasikan dengan obat-obatan yang lain dapat mengurangi muatan viral hamper sampai 0. Semua obat yang dipakai dalam pengobatan AIDS memiliki efek samping yang hanya diketahui melalui tes laboratorium termasuk fungsi hati dan anemia (kurang darah merah).

## 8. Prinsip Etika

Nursalam (2007) berpendapat prinsip etika yang harus dipegang teguh oleh seluruh komponen baik seseorang, masyarakat, nasional maupun dunia internasional dalam menghadapi HIV/AIDS adalah:

- a. Empati, ikut merasakan penderita, sesama termasuk ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) dengan penuh simpati, kasih yang dan kesedihan saling menolong.



- b. Solidaritas, secara bersama-sama bahu membahu meringankan penderitaan dan melawan ketidakadilan yang diakibatkan oleh HIV/AIDS.
- c. Tanggung jawab, berarti setiap individu, masyarakat lembaga atau bangsa mempunyai tanggung jawab untuk mencegah penyebaran HIV/AIDS dan memberikan perawatan pada ODHA.

#### 9. Stigma Dan Diskriminasi

Stigma atau cap buruk adalah tindakan memvonis seseorang buruk moral/perilakunya sehingga mendapat penyakit tersebut. Orang-orang yang di stigma biasanya dianggap melakukan untuk alasan tertentu dan sebagai akibat mereka dipermalukan, dihindari didiskreditkan, ditolak dan ditahan. Penelitian yang dilakukan oleh Kristina (2007) di Kalimantan Selatan dan Cipto (2006) di Jember Jawa Timur tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap mengenai stigma pada orang dengan HIV/AIDS menunjukkan bahwa 72% orang yang berpendidikan cukup (SMU) kurang menerima ODHA dan hanya 5% yang cukup menerima. Faktor yang berhubungan dengan kurang diterimanya odha antara lain karena HIV AIDS dihubungkan dengan perilaku penyimpangan seperti seks sesama jenis, penggunaan obat terlarang, seks bebas, serta HIV diakibatkan oleh kesalahan moral sehingga patut mendapatkan hukuman (Nursalam, 2008).

Diskriminasi atau perlakuan tidak adil didefinisikan oleh UNAIDS sebagai tindakan yang disebabkan perbedaan, menghakimi orang

berdasarkan status HIV AIDS mereka baik yang pasti maupun yang diperkirakan sebagai pengidap. Diskriminasi ini juga dapat terjadi dibidang kesehatan antara lain kerahasiaan, kebebasan, pribadi, kelakuan kejam, penghinaan atau perlakuan kasar, pekerjaan pendidikan keluarga dan hak kepemilikan maupun hak untuk berkumpul. ODHA menghadapi diskriminasi dimana saja dan berbagai negara. Membiarkan diskriminasi akan merugikan upaya penanggulangan infeksi HIV AIDS (Nursalam, 2008).

#### **D. Perawatan ODHA**

##### **1. Pengertian**

Perawatan HIV/AIDS ini harus menyeluruh berkesinambungan adalah suatu konsep yang menyeluruh membentuk suatu HIV jejaring kerja di antara semua sumber daya yang ada dalam rangka memberikan pelayanan dan perawatan holistik, menyeluruh dan dukungan yang luas bagi ODHA dan keluarganya. Perawatam menyeluruh tersebut meliputi pula perawatan di rumah sakit dan di rumah selama perjalanan penyakit. Sebelum diputuskan untuk memberikan perawatan menyeluruh berkesinambungan perlu dipertimbangkan beberapa hal antara lain sumber daya yang memadai yaitu dukungan dana, bahan dan alat, sumber daya manusia, baik dari pihak pemerintah maupun dari masyarakat serta jalinan yang baik di antara mereka.

## 2. Prinsip

Perawatan HIV/AIDS menyeluruh berkesinambungan pada prinsipnya menurut Nursalam (2008) terdiri dari 4 komponen yang saling terkait satu sama lain, yaitu:

### a. Pengobatan dan perawatan tatalaksana klinis

Komponen ini meliputi beberapa layanan yaitu:

- 1) Konseling dan tes HIV sukarela untuk tujuan *screening* dan *diagnostic*.
- 2) Profilaksis infeksi oportunistik.
- 3) Tatalaksana penyakit terkait HIV, termasuk infeksi oportunistik.
- 4) Pengendalian TB.
- 5) Tatalaksana IMS
- 6) Tatalaksana HIV dengan HAART (*Highly Active Anti Retroviral Therapy*).
- 7) Pengobatan paliatif.
- 8) Akses kepada obat-obat HIV, termasuk obat untuk infeksi oportunistik, ARV, dan pengobatan tradisional.
- 9) Intervensi terhadap PMTCT.
- 10) Pengobatan dan perawatan klinis HIV bagi ibu dan bayinya.
- 11) Sistem pendukung misalnya laboratorium fungsional dan sistem pengaturan obat.
- 12) Dukungan gizi.
- 13) Penyuluhan kesehatan.

- 14) UP (*Universal Precaution* / Kewaspadaan Universal) dan PEP (*Post Exposure Prophylaxis* / PPP = Profilaksis Pasca Pajanan) yang memadai di penyelenggaraan layanan kesehatan.
- b. Dukungan psikologis termasuk didalamnya dukungan psikososial dan spiritual, mengurangi stress dan kecemasan ODHA dukungan ini dapat diberikan pada layanan VCT, konseling pra-nikah, konseling pre- dan pasca tes HIV, konseling KB dan perubahan perilaku, upaya-upaya untuk mengurangi rasa cemas dan depresi yang dialami dan dirasakan oleh ODHA.
- c. Dukungan Sosio-Ekonomik dapat diberikan dalam bentuk informasi, pengawasan atau rujukan kelompok peer, dukungan spiritual, material dan dukungan sosial di dalam masyarakat untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan gizi dan keperluan sehari-hari. Dari komponen ini juga dapat dikembangkan upaya untuk meningkatkan sumber pendapatan dan pemberdayaan ODHA sehingga mereka dapat hidup mandiri dan lebih layak, sehingga dapat meningkatkan rasa percaya diri dan penghargaan.
- d. Dukungan HAM dan aspek hukum dalam bentuk pelayanan dan hak yang sama pada ODHA, menghapus stigma dan diskriminasi di fasilitas kesehatan, di dalam masyarakat dan di tempat kerja.

Program perawatan HIV/AIDS dan sistem pendukungnya seharusnya menekankan pada pelayanan yang berkisar dari konseling hingga intervensi medis, hingga ke tatalaksana kebutuhan sosial, dukungan gizi, perawatan paliatif dan pemberdayaan ODHA. Program ini juga

berperanan dalam memperbaiki keadaan emosi pengidap HIV dan memberikan jaminan bahwa mereka memiliki hak untuk hidup dan penghargaan dari orang lain.

### 3. Model

Sebagaimana yang dijelaskan sebelumnya, perawatan HIV/AIDS menyeluruh meliputi berbagai intervensi di seluruh sistem layanan kesehatan. Walau demikian, sebagian besar negara tidak dapat menyediakan / melaksanakannya pada sistem layanan kesehatan setempat. Yang terbaik yang dapat dilakukan adalah mengembangkan layanan tersebut dengan pendekatan bertahap. Di lain pihak, beberapa tempat mungkin memiliki sumber daya yang cukup untuk melakukan implementasi program sesuai dengan respon yang terjadi dalam setiap tingkatan perawatan. Kesulitan dan kemudahan dalam memberikan layanan akan bervariasi sebagai hasil dari ketersediaan dana, sumberdaya teknis dan manusia dan infrastruktur kesehatan. Meski begitu, pada daerah dengan sumberdaya yang terbatas, ada kemungkinan untuk menerapkan suatu standar yang menjamin pemeliharaan dan peningkatan kualitas hidup dan produktifitas ODHA. Untuk memenuhi kebutuhan fisik, emosional, sosial dan ekonomi ODHA, perawatan harus dikelola menurut prinsip-prinsip berikut:

- a. Penghargaan dari sisi HAM dan harga diri seseorang.
- b. Ketersediaan perawatan yang tepat dilaksanakan pada semua tingkatan lokal.

- c. Kesetaraan perawatan diberikan pada semua ODHA tanpa memandang, jenis kelamin, usia, ras, etnis, identitas seksual, pendapatan dan tempat tinggal.
- d. Koordinasi dan integrasi untuk menjamin perawatan menyeluruh berkelanjutan dijalankan dan pada semua tingkatan perawatan.
- e. Efisien perawatan dilaksanakan pada biaya sosial yang masuk akal sebagaimana yang diperlihatkan melalui monitoring dan evaluasi.

#### 4. Standar

Menghasilkan program perawatan HIV/AIDS berkesinambungan yang efektif dan berjalan lama, beberapa standar perawatan perlu disepakati dan diaplikasikan. Standar tersebut haruslah merefleksikan kualitas optimal dan tingkatan yang diharapkan, akses dan mencakup semua perawatan HIV/AIDS. Secara teori standar haruslah diformulasikan untuk tingkat perawatan minimum dan optimum, memperhitungkan kemungkinan variasi sumberdaya dan kemampuan yang tersedia, pengembangan teknologi baru yang murah, kemudahan akses dan ketersediaan pada berbagai tempat pada negara tertentu. Untuk memastikan standar perawatan pada suatu tempat tertentu, haruslah mempertimbangkan tiga dimensi yang mempengaruhi pemilihan standar, yaitu :

- a. Dimensi pertama berkaitan dengan aspek teknis dari intervensi yang dilakukan dan ditentukan oleh efikasi dan efektifitas dari intervensi tertentu.

- b. Dimensi kedua adalah ditentukan oleh faktor sosial dan faktor kontekstual yang membuat intervensi tersebut efektif dalam kondisi operasional.
- c. Dimensi ketiga meliputi penentuan standar dan ditentukan oleh tingkatan sistem layanan kesehatan yang melaksanakan intervensi tersebut.

## 5. Tempat

### a. Rumah

Perawatan di rumah adalah perawatan yang diberikan pada ODHA di tempat tinggalnya sendiri. Dalam hal ini termasuk orang-orang yang merawat dirinya sendiri, keluarga, teman, tetangga, perawat, bidan, pekerja sosial atau petugas kesehatan lainnya. Perawatan tersebut dapat berupa perawatan fisik.

### b. Masyarakat

Dukungan masyarakat adalah perawatan/dukungan yang diberikan dalam masyarakat. Perawatan tersebut dapat diberikan oleh perawat, bidan, relawan yang terlatih, petugas kesehatan masyarakat, dukun tradisional, LSM, tokoh masyarakat setempat, pendidik/guru, kelompok pemuda, organisasi kemasyarakatan, tokoh agama dan lain-lain. Dengan melibatkan masyarakat dalam perawatan tersebut maka kualitas hidup ODHA akan ditingkatkan. Perawat dan petugas sosial dapat memiliki peranan penting dalam menarik partisipasi masyarakat

setempat dalam hal menerima dan memberikan dukungan kepada ODHA.

c. Pusat Kesehatan Masyarakat

Perawatan bagi ODHA di sarana pelayanan kesehatan primer atau dasar di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau Puskesmas Pembantu (Pustu) dapat diberikan oleh pembantu perawat.

d. Rumah Sakit Kabupaten / Kota

Pelayanan kesehatan lanjutan bagi para ODHA tersedia di Rumah Sakit Kabupaten di mana tersedia tenaga dokter, perawat, konselor, pekerja sosial dan sarana pendidikan dan pelatihan. Bantuan hukum juga dapat diberikan.

e. Rumah Sakit Rujukan Provinsi / Nasional

Pelayanan di tingkat rujukan tersebut berupa pelayanan medis spesialisik sebagai tambahan pelayanan yang berada di tingkat Kabupaten/Kota.

6. Membangun Kerangka Kerja

Menjalin kerjasama dalam memberikan layanan di rumah sakit, puskesmas, dan di masyarakat, agar terjadi perawatan dan pelayanan yang berkesinambungan dan memenuhi kebutuhan ODHA merupakan hal yang rumit. Hal yang terpenting adalah memusatkan upaya pada kerjasama yang saling mendukung bagi rekan/komponen yang lain. Dengan demikian komponen/kelompok lain yang memiliki keterampilan lebih spesifik dapat membantu memberikan pelatihan kepada komponen/kelompok lainnya.



Atau salah satu kelompok hanya memusatkan perhatian pada layanan tertentu yang merupakan sebagian dari perawatan lengkap, diikuti dengan sistem rujukan yang efektif kepada kelompok lain yang memiliki kemampuan untuk memberikan layanan di bidang lainnya.

Dengan pelayanan menyeluruh berkesinambungan diasumsikan bahwa sistem pendukung seperti di bawah ini tersedia secara terpadu dapat berjalan secara efektif dan efisien, yaitu :

- a. Tersedianya bahan KIE yang sesuai untuk promosi pencarian perawatan dan de-stigmatisasi penyakit.
- b. Mobilisasi masyarakat untuk membangun program pelayanan masyarakat.
- c. Terjalannya kemitraan antara pemerintah dan LSM yang bergerak di bidang kesehatan sosial.
- d. Tersedianya prosedur rujukan antara rumah sakit di pusat dan di daerah.
- e. Tersedianya prosedur rujukan antara pasien beserta keluarganya dengan lembaga dukungan sosial dan LSM.
- f. Tersedianya prosedur supervisi dari sarana kesehatan di tingkat pusat sampai ke daerah termasuk para relawan. Pelatihan bagi petugas dan relawan.

Untuk mempermudah pembahasan lebih jauh mengenai perawatan apa yang dapat disediakan dalam kaitannya dengan ketersediaan sumber daya, maka diusulkan 3 skenario yang berbeda. Alternatif perawatan yang mudah dan tepat yang berhubungan dengan tingkat layanan kesehatan

dijabarkan dalam kerangka kerja. Standar minimum yang harus disediakan oleh suatu negara dimasukkan dalam skenario I dan peningkatan batasan dan spesialisasi pelayanan yang diharapkan sejalan dengan bertambahnya sumberdaya (sumberdaya fisik/infrastruktur, sumberdaya keuangan, sumberdaya teknis, layanan pendukung) dan keterampilan (petugas kesehatan yang terlatih) termasuk dalam skenario II dan III.

Skenario tersebut adalah :

- a. Skenario I dimana dalam skenario ini, pemeriksaan dan pengobatan dasar (misalnya pengobatan TB, profilaksis dan terapi paliatif) tersedia dalam jumlah terbatas pada semua tingkatan sistem layanan kesehatan (primer, sekunder, dan tersier). Intervensi difokuskan pada kegiatan pencegahan sekunder (misalnya profilaksi IO, menghindari perilaku berisiko) untuk mencegah kemunduran fisik yang lebih berat dan pemberian pengobatan simptomatik. Terapi ARV disediakan untuk program pencegahan penularan HIV dari Ibu ke bayi pada sistem layanan kesehatan tingkat sekunder.
- b. Skenario II yang pada skenario ini, tes/pemeriksaan dan obat-obat tersedia pada semua tingkatan layanan kesehatan, termasuk beberapa ARV di tingkat sekunder sistem layanan kesehatan. Semua layanan yang terdapat dalam skenario I disediakan ditambah dengan pengobatan etiologis pada infeksi oportunistik. Sejumlah obat-obat yang mahal, misalnya obat antitumor, tidak tersedia pada sistem layanan kesehatan tingkat primer dan sekunder.

- c. Skenario III dimana pada skenario ini semua layanan yang ada di atas (skenario I dan skenario II) tersedia di tambah dengan terapi ARV dan pelayanan spesialisasi.

Pada setiap *bulding block*, setiap komponen harus dibaca dari atas ke bawah misalnya komponen yang dibuat dalam suatu rangkaian pola dengan gambaran komponen perawatan awal yang harus terpenuhi. Idealnya, semua komponen harus tersedia pada semua tingkatan layanan kesehatan.

Pelayanan dasar pada skenario I haruslah berjalan terlebih dahulu sebelum bergerak ke tingkatan berikutnya. Pencapaian semua pelayanan pada suatu skenario tertentu hendaknya menstimulasi pergerakan ke tingkatan berikutnya. Tujuan akhirnya adalah mendapatkan standar perawatan yang terdapat pada skenario III.

## 7. Monitoring Dan Evaluasi

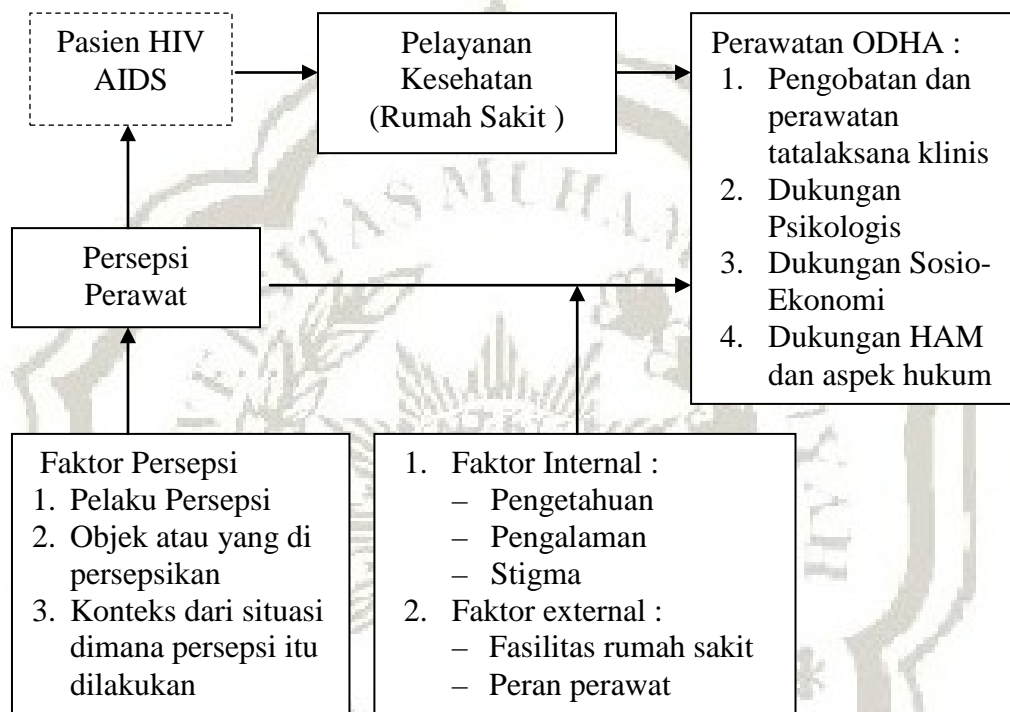
Program perawatan HIV/AIDS menyeluruh berkesinambungan harus pula termasuk komponen monitoring dan evaluasi, yang berperan untuk menemukan, mengadaptasi dan memperkuat pelayanan yang telah ada maupun yang baru. Pelayanan tersebut hanya akan efektif jika pelayanan tersebut secara konsisten dievaluasi untuk menilai keefektifan, efisiensi, kualitas pemanfaatan dan penerimaannya di dalam masyarakat. Program haruslah mencoba mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan data yang merefleksikan sampai dimanakah kualitas perawatan berjalan pada semua tingkatan layanan kesehatan, dan untuk mengidentifikasi masalah

yang timbul serta jurang pemisah yang mungkin timbul dan memerlukan tindakan penanganan dengan segera. Tujuan monitoring adalah untuk menjamin bahwa tugas telah berjalan sebagaimana yang direncanakan dan untuk mengantisipasi atau mendeteksi masalah-masalah yang muncul selama implementasi program (suplai yang memadai, ketepatan pelatihan). Evaluasi difokuskan pada penentuan tingkatan kemajuan tindakan dalam memenuhi tujuan atau penampilan program. Evaluasi meliputi penilaian masukan (sumberdaya manusia dan modal yang tersedia bagi pelaksanaan program) dan variabel operasi program (siapa melakukan apa, dimana, kapan dan bagaimana). Evaluasi juga meliputi penilaian mengenai dampak dan hasil yang mungkin pula termasuk perubahan dalam hal pengetahuan, sikap, prilaku, faktor risiko, penyakit dan kecacatan. Indikator yang tepat untuk tujuan monitoring dan evaluasi sebaiknya diseleksi selama tahap penyusunan program. Indikator harus dapat menilai kualitas perawatan selain menilai pencapaian tujuan program. Sebagai contoh, jika salah satu tujuan program perawatan HIV/AIDS menyeluruh berkesinambungan adalah meningkatkan cakupan konseling volunter dan konfidensial, maka indikator-indikator yang mungkin adalah:

- a. Jumlah individu yang menjalani tes HIV dibagi dengan jumlah individu yang telah diberi konseling pre-tes dan informasi mengenai tes HIV.
- b. Jumlah orang yang kembali untuk mengambil hasil tes HIV di bagi dengan jumlah individu yang dites.

- c. Jumlah individu yang membawa pasangannya untuk melakukan VCT di bagi dengan jumlah individu yang telah menjalani VCT.

### E. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

(Sumber Baratawidjaya, 2010; Nasrorudin, 2007; Smeltzer, 2002)